

UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR

MAESTRIA EN GERENCIA DE PROYECTOS PARA EL DESARROLLO



PROYECTO DE GRADO

**“ESTRATEGIAS DE GESTIÓN PARA INCREMENTAR LA EFICIENCIA Y
EFECTIVIDAD DE LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO DIRIGIDA AL
SECTOR SALUD”**

**PRESENTADO PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE MAESTRIA EN
GERENCIA DE PROYECTOS PARA EL DESARROLLO**

Postulante: Leslie Liliana La Torre Condorcett

Docente Tutor: Mba. José Luis Palacios

LA PAZ – BOLIVIA

2012

INDICE

INTRODUCCION	6
CAPITULO I – APECTOS METODOLÓGICOS	9
1.1. Antecedentes	9
1.2. Problemática	11
1.3. Pregunta de Investigación	13
1.4. Objetivos	13
1.5. Justificación	13
1.6. Alcances	17
CAPITULO II – SUSTENTO TEORICO REFERENCIAL DEL PROYECTO	20
2.1 Gestión de Proyectos y Programas Sociales para el Desarrollo	20
2.1.1 El ciclo de vida de los programas y proyectos sociales	21
2.2 Rectoría en Salud	22
2.2.1 Dimensión Conducción Sectorial	26
2.2.2 Dimensión del Financiamiento	27
2.2.3 Dimensión del Aseguramiento	28
2.2.4 Dimensión de Armonización de la Provisión	28
2.2.5 Dimensión de Funciones Esenciales de Salud Pública	29
2.2.6 Regulación Sectorial	30
2.3 Antecedentes de la Cooperación Internacional en el Contexto Global	32
2.3.1 Declaración de Paris sobre la Eficacia de la Ayuda para el Desarrollo	35
2.3.2 Programa de Acción de Accra	41
2.3.3 Análisis Crítico de la Cooperación Internacional al Desarrollo	44
CAPITULO III – MARCO PRÁCTICO	52
3.1 Diseño Metodológico	52

3.1.1 Método de Investigación	52
3.1.2 Método Científico	53
3.1.2.1 Elementos del Método Científico	55
3.1.2.2 Características del Método Científico.....	56
3.1.2.3 Aplicación del Método Científico.....	57
3.1.3 Método de Investigación	58
3.1.3.1 Método Deductivo	59
3.1.3.2 Método Inductivo	59
3.1.4 Tipo de Investigación	60
3.1.4.1 Descriptivo	60
3.1.4.2 Propositivo	61
3.1.5 Sujetos de Investigación	61
3.1.6 Población y Muestra	61
3.1.7 Técnicas de Investigación.....	61
3.1.7.1 Fuentes Primarias	62
3.1.7.2 Fuentes Secundarias	62
3.1.7.3 Fuentes Documentales	62
3.1.8 Estudio Transversal	63
3.2.Trabajo de Campo	64
3.2.1. Diagnóstico de la Situación Actual de la Gestión de Recursos Externos en el Ministerio de Salud y Deportes	64
3.2.1.1. Contexto Sanitario	64
3.2.1.1.1 Estructura Sistema de Salud.....	64
3.2.1.1.3 Exclusión en Salud.....	71
3.2.1.1.4 Política Sectorial e Institucional	73
3.2.2 Programas y Proyectos en Salud	75
3.2.3 Contextos Específicos de la Cooperación Sanitaria	82

CAPITULO IV. PROPUESTA.....	87
4.1 Marco Estratégico	87
4.2 Modelo Operativo	90
4.2.1 Condiciones Previas del ES	90
4.2.2 Etapa de Instrumentación	93
4.2.2.1 Fase de Diseño.....	93
4.2.2.2 Fase de Prueba Piloto y Validación del Modelo	96
4.2.2.3 Acciones de Mejora de la Gestión Pública MSD	98
4.2.2.4 Niveles de Responsabilidad	101
4.2.2.5 Plan de Acciones Inmediatas	102
CAPITULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	106
5.1. Conclusiones Finales	106
5.2 Recomendaciones	109
5.3.Marco Lógico.....	111
5.3.1 Programación de Actividades	113
5.3.2 Bibliografía	118

Introducción

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación propone alternativas para incrementar la efectividad y eficiencia del uso de los recursos externos de la Ayuda Oficial al Desarrollo que recibe el Ministerio de Salud y Deportes.

El Proyecto contempla una serie de elementos analizados, evaluados y explicados desde diferentes perspectivas y dimensiones, su propósito es el de describir las actuales falencias y deficiencias así como las virtudes y ventajas en la gestión de recursos externos de la Ayuda Oficial al Desarrollo y a partir de éstas generar estrategias alternativas que permitan mejorar la captación de nuevos fondos.

La primera parte del trabajo comprende en una primera instancia el Planteamiento del problema, que consiste en la estructuración formal de la idea de investigación, donde se parte de la identificación de los problemas relacionados a la debilidad en la gestión de recursos externos en el MSD y que son relevantes en la situación que además se encuentran vinculados con las causas que lo producen.

De la misma manera esta parte contiene la Formulación del problema de investigación, donde se puede observar la pregunta de investigación o problemática, que es aquella que define de manera concreta cuál es el problema y la sistematización del mismo, que es la descomposición o desagregación en la pregunta problemática.

Asimismo, también contempla la formulación de los objetivos de la investigación que son los propósitos por los cuales se realiza, partiendo del objetivo general del trabajo o propósito que se desea alcanzar y luego los objetivos específicos, los cuales permitirán el logro del objetivo general. Finalmente se incluye la justificación y los alcances del presente Proyecto de Grado.

La segunda parte del trabajo contempla el Marco Teórico, en el cual se presenta la construcción de la perspectiva teórica la cual se basa el estudio, en éste se pueden apreciar las teorías relacionadas; partiendo de la descripción general y concepto de la Rectoría en Salud, Antecedentes de la Cooperación Internacional, Declaración de París, el Programa de Acción de Accra y el Enfoque Sectorial.

La Tercera Parte del presente trabajo de investigación comprende el Marco Práctico, donde se puede observar en primer lugar al Diseño metodológico que muestra el método de estudio, el tipo de estudio, el diseño metodológico, incluyendo la determinación de la Unidad de Análisis y del Universo o Población a ser estudiada.

En ésta tercera parte, también se puede apreciar el trabajo de campo donde se presentan en primera instancia un diagnóstico de la gestión de recursos externos en el MSD, partiendo del contexto sanitario, la situación de proyectos y programas en el Ministerio de Salud y Deportes y finalmente brindando un contexto de la cooperación sanitaria.

La Cuarta parte contiene la propuesta del trabajo en la cual se considera el marco estratégico y marco operativo de la propuesta, en este último, se parte de la etapa de instrumentación del enfoque sectorial ampliado (ESA), pasando por una fase de diseño y finalmente se concluye con un plan de acciones inmediatas.

Para finalizar el presente Proyecto se presenta la Quinta Parte que contiene las conclusiones y recomendaciones del Proyecto de grado que se hace en base al objetivo general y a los objetivos específicos del trabajo.

PARTE I - ASPECTOS GENERALES

CAPITULO I – APECTOS METODOLÓGICOS

1.1. Antecedentes

El concepto de cooperación para el desarrollo ha ido evolucionando con las concepciones de desarrollo y las prioridades económicas con el paso del tiempo, en el marco de valores y el sentido de corresponsabilidad de los países con mayor ingreso económico con la situación de países con un considerable menor grado de ingresos.

Hoy por hoy la cooperación al desarrollo involucra al conjunto de acciones realizadas por instancias público - privados, con el objetivo final de promover el progreso social y económico social, en el marco de la sostenibilidad y equidad, bajo principios de transparencia, efectividad y honestidad.

Un elemento fundamental para determinar el contenido de la cooperación al desarrollo es la concepción que se tenga de cuáles son las prioridades del desarrollo. Según éstas vayan cambiando, los objetivos perseguidos por la cooperación al desarrollo deben evolucionar, lo que a su vez condiciona las modalidades de cooperación.

De hecho, la cooperación al desarrollo nació después de la II Guerra Mundial como consecuencia del despertar de la preocupación por el desarrollo de los países. El crecimiento económico como objetivo central y la confianza de un crecimiento ilimitado, hizo de la cooperación al desarrollo un instrumento dependiente de las estrategias económicas. Los sucesivos cambios de énfasis en la concepción del desarrollo son claves para entender las modalidades de cooperación puestas en práctica.

Desde su origen, la cooperación al desarrollo quedó marcada por dos hechos clave. El primero, la existencia de la Guerra Fría, que fue decisiva para que Estados Unidos se comprometiera a aportar recursos para terceros países con el objetivo de atraerlos hacia su esfera de influencia. No se puede entender el comportamiento de la cooperación externa norteamericana sin tener como referente su rivalidad militar, política y económica con el bloque soviético. El segundo hace referencia al comportamiento de los países europeos, en los que su pasado colonial tuvo un gran peso a la hora de impulsar

sus políticas oficiales de cooperación. A este respecto fue importante su cierto sentido de responsabilidad, al comprobar que al llegar el momento de la independencia las economías de muchos de esos nuevos países eran prácticamente inviables por las carencias básicas en infraestructuras y recursos.

Esta concepción de la cooperación al desarrollo, dominada por los países donantes, no se caracterizó por la igualdad y la colaboración mutua, sino que fue entendida más como una iniciativa voluntaria y generosa de éstos que como una obligación hacia los receptores. La idea de donación implica la no obligatoriedad y establece una posición de inferioridad por parte de quien recibe, al que no concede derecho alguno a reclamar, y sólo le queda esperar que el donante decida cuándo y cómo exprese su voluntad de dar. La carencia de una colaboración real entre los países donantes y receptores adquiere todo su significado en la existencia y funcionamiento de diversas formas de condicionalidad de la ayuda, que han formado parte sustancial de la cooperación.

Es importante distinguir entre cooperación al desarrollo y ayuda oficial al desarrollo (AOD) ; según el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) la AOD la constituyen los flujos que las agencias oficiales, incluidos los gobiernos estatales y locales, o sus agencias ejecutivas, destinan a los países en desarrollo y a las instituciones multilaterales y que en cada operación satisfacen las siguientes condiciones: a) tienen como principal objetivo la promoción del desarrollo económico y el bienestar de los países en desarrollo y b) son de carácter concesional y contienen un elemento de donación de al menos el 25%. En la categoría de cooperación al desarrollo también se ubican otras modalidades de cooperación, como la Cooperación Sur-Sur, la Cooperación Triangular, la Cooperación Descentralizada y la Cooperación del Sector Privado.

Dentro de la AOD se suelen distinguir cuatro grandes grupos según su contenido: cooperación financiera, cooperación técnica, ayuda alimentaria y ayuda humanitaria.

Aunque las ayudas técnica y humanitaria han aumentado su peso relativo en los últimos años, la cooperación financiera continúa siendo el capítulo más importante.¹

Otros receptores de recursos provenientes de la cooperación al desarrollo han sido las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), que por sus características de trabajo han llegado con sus acciones principalmente en el área social, a territorios en los cuales la presencia del estado ha sido muy débil, principalmente territorios rurales y/o de conflicto.

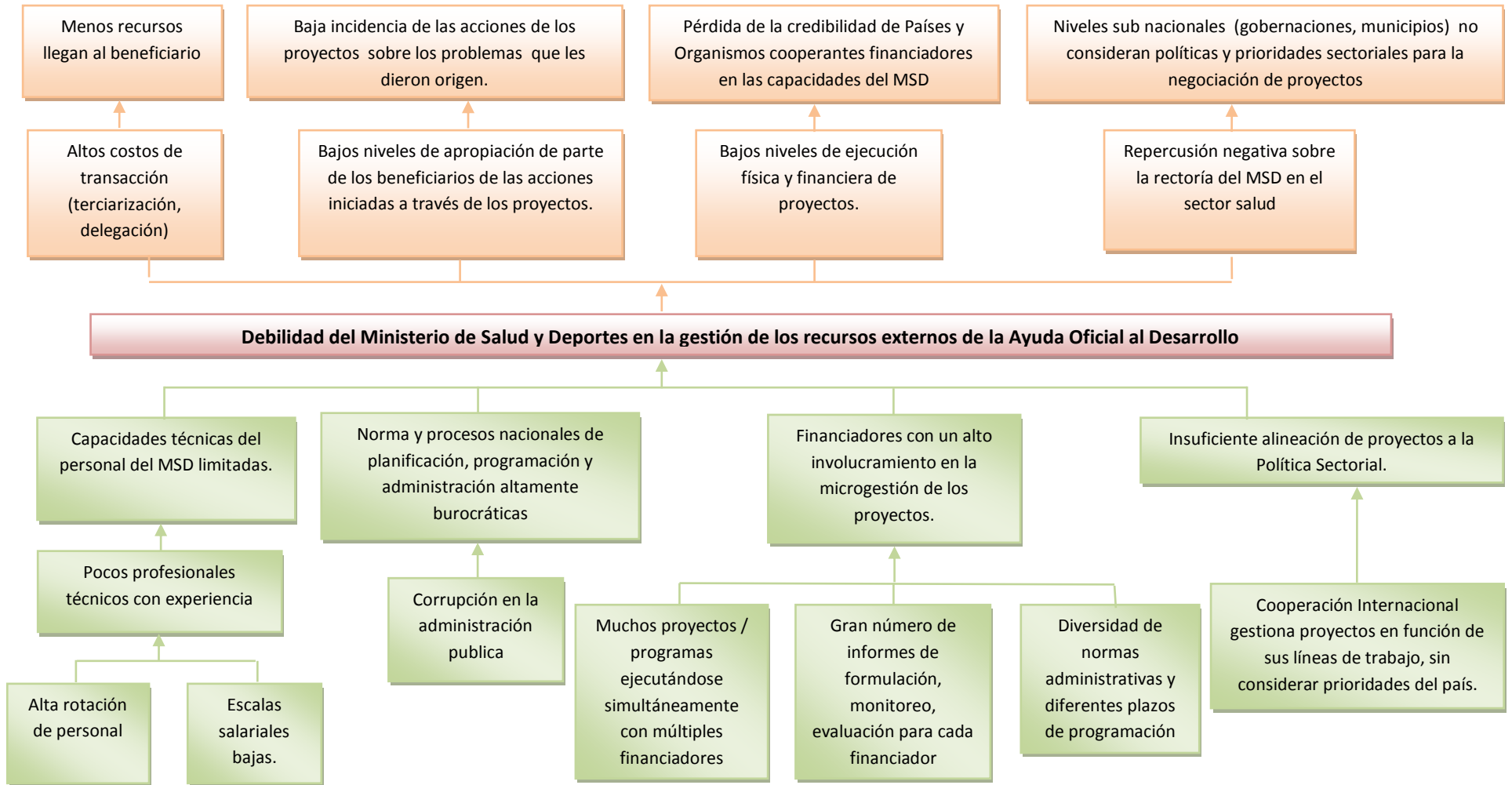
Las permanentes condiciones de cambio, han hecho que al terminar la década de los 90, existe un consenso sobre la necesidad de revisar los esquemas de la cooperación al desarrollo y de la ayuda oficial, en atención al nuevo contexto global.

1.2. Problemática

La identificación del problema se realizó bajo la técnica del “árbol de problemas”, en la cual, a partir de la organización de la información recolectada (ideas) se realiza un modelo de relaciones causales que lo explican. Donde el tronco del árbol es el problema central, las raíces son las causas y la copa los efectos. Cada problema es consecuencia de los que aparecen debajo de él y, a su vez, es causante de los que están encima, reflejando la interrelación entre causas y efectos.

¹ Alonso, J. A. (dir.) (1999), Estrategia para la Cooperación Española, Ministerio de Asuntos Exteriores, SECIPI, Madrid. Dac, Development Aid Committee (varios años), Development Co-operation: Efforts and Policies of the Members of the Development Assistance Committee, OCDE, París. Gómez Galán, M. y J. A. Sanahuja (1999), El sistema internacional de cooperación al desarrollo, CIDEAL, Madrid. Stokke, O. (ed.) (1996), Foreign Aid Towards the Year 2000: Experiences and Challenges, EADI Book Series nº 18, Frank Cass, Londres. Unceta, K. y P. Yoldi (2000), La cooperación al desarrollo: surgimiento y evolución histórica, Cooperación Pública Vasca, Gobierno Vasco.

Grafico No. 1 Árbol de Problemas



1.3. Pregunta de Investigación

¿De qué manera la mejora en la gestión de recursos externos permitirá incrementar la efectividad y eficiencia del uso de los recursos de la Ayuda Oficial al Desarrollo que recibe el Ministerio de Salud y Deportes?

1.4. Objetivos

General:

Proponer alternativas para incrementar la efectividad y eficiencia del uso de los recursos externos de la Ayuda Oficial al Desarrollo que recibe el Ministerio de Salud y Deportes.

Específicos:

1. Diagnosticar la situación actual de la gestión de recursos externos que se administran a través del Ministerio de Salud y Deportes.
2. Documentar la teoría relacionada con la cooperación internacional en el marco de la Ayuda Oficial al Desarrollo.
3. Identificar los aspectos que podrían ser mejorados en la gestión de recursos externos en el Ministerio de Salud y Deportes.
4. Diseñar una estrategia que mejore la gestión de recursos externos en el Ministerio de Salud y Deportes.

1.5. Justificación

Teórica

El presente documento se basa en la teoría relacionada a: i) cooperación internacional para el desarrollo en general y en particular el caso boliviano, ii) gestión de proyectos sociales, ii) evaluaciones de las capacidades del Ministerio de Salud y Deportes en particular.

Práctica

Desde la década de los 90 se resalta la insatisfacción de la Cooperación para el Desarrollo (CD) con los resultados de sus intervenciones a través de proyectos y programas, la efectividad de los recursos destinados a la ayuda es fundamental en el momento de aumentar el volumen de la cooperación. En más de una ocasión se ha visto que las prácticas de los donantes a menudo han debilitado en vez de reforzar la eficacia de los sistemas e instituciones propias del país. Los costos de hacer llegar la ayuda a las personas beneficiarias finales, son considerables lo cual representan recursos que hubieran podido invertirse para reducir la pobreza, salvar vidas y promocionar el crecimiento.

Frente a estas percepciones, los datos muestran la aceleración de la globalización neoliberal, la agudización de las desigualdades (20% de la población mundial retiene el 90% de la riqueza), la persistencia de la pobreza y el surgimiento de nuevos procesos de empobrecimiento (más de 1.000 millones de seres humanos viven con menos de 1 dólar al día), aun cuando ha aumentado el producto bruto mundial.

El enfoque de desarrollo humano es un tema que se encuentra vigente en las agendas globales, por lo que su consideración dentro de los objetivos de la cooperación al desarrollo no es más que una consecuencia. Asimismo, el tema de la participación social, la equidad de género y generacional, libertades políticas, el fortalecimiento de las instituciones y sistemas públicos y los derechos humanos, entre otros, se constituyen en ámbitos de profundo interés, en la edificación de una sociedad internacional más justa, en cuyo proceso la cooperación al desarrollo encuentra su propio lugar de acción.

La limitada efectividad que se ha conseguido con la ejecución de muchos proyectos financiados por la cooperación al desarrollo, tiene relación directa con la manera en la cual fueron identificados y ejecutados dichos proyectos. De pronto, la gestión de proyectos realizadas por los propios organismos no fue la mejor idea para garantizar su apropiación y sostenibilidad por parte de los beneficiarios últimos de la intervención.

En situaciones en las cuales la cooperación al desarrollo no se inserta en las políticas del Gobierno, no sólo no refuerzan las capacidades públicas ni garantizan la continuidad de las acciones que promueven y desarrollan, si no que en muchos casos las debilitan. Asimismo, la cooperación al desarrollo que involucra a sus agencias en la micro gerencia de los recursos (procesos de contratación de bienes y servicios, informes, etc), generan mayor burocracia, mayores gastos transaccionales y sus acciones no generan el impacto deseado, pues la sostenibilidad de las mismas es escasa.

Las agencias que representan a la cooperación para el desarrollo, demandan gran número de visitas para la gestión de los proyectos/programas desde su identificación, aprobación, ejecución y cierre, lo cual se traduce en misiones, o en diferentes espacios de coordinación por cada proyecto (comités, consejos, etc) y por lo tanto, la elaboración de informes de formulación, monitoreo y evaluación para cada uno de los organismos financiadores. Los esfuerzos que el personal de las instituciones públicas invierte para responder a las demandas de la cooperación, no favorecen a la mejora de la gestión gubernamental, y sobre todo, substraen al personal de la administración pública de sus funciones esenciales y reducen ya las limitadas capacidades y recursos de las institucionales nacionales.

Este tipo de situaciones, incrementan los costos de transacción y debilitan a los Gobiernos receptores. Estas dificultades son mucho más visibles cuanto mayor sea la dependencia de la AOD y la diversidad de los países y agencias de cooperación que actúan en el país y sector.

Una gran contradicción es que los gobiernos de países con menor cantidad de recursos humanos y materiales sean los que dedican un mayor esfuerzo de los mismos y de su tiempo a gestionar la AOD, en detrimento de su propia acción de gobierno y sus prioridades.

Bolivia como país receptor de gran volumen de cooperación externa (dependencia de recursos externos para proyectos de inversión para el año 2003 de 62%), por lo que experimenta en gran medida los problemas mencionados en los párrafos anteriores. Solo como ejemplo de esta compleja realidad se muestra a continuación el número de proyectos y misiones con las diferentes agencias de cooperación para el año 2003.

Tabla No. 1
Número de Proyectos y Misiones Bolivia

N° Proyectos	% Ayuda Atada*	N° Misiones
1771	90	289

*Ayuda Atada: este tipo de ayuda es la que la cooperación decide y se involucra en la microgerencia.

Fuente: “Qué son y cómo se emplean los enfoques sectoriales”, Consultora HLSP Elizabeth Jane

Estos datos entre otros, fueron los que motivaron al país, a suscribir la Declaración de París en el 2005, en el marco de los compromisos a nivel internacional junto a 86 países y 25 organismos de cooperación en la cual se reconoce la necesidad de incrementar significativamente la eficacia de la ayuda al desarrollo para reducir la pobreza y desigualdad. En este sentido, la Declaración de París respalda los esfuerzos que realizan los países y sus Gobiernos para asumir el liderazgo de estos, premisa congruente con los principios expresados en el Plan Nacional de Desarrollo vigente desde el 2007.

El sector salud históricamente ha tenido un alto grado de dependencia de recursos externos, para el 2008 ocupaba el quinto lugar en la cartera de proyectos con una participación del 6.1% que significa en monto 259.0 millones de \$us y un promedio de 14 programas y/o proyectos en ejecución a través del Ministerio de Salud y Deportes, entre inversión y gasto corriente con recursos de la cooperación externa.

El gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales 2010) en Bolivia es el más bajo (95 \$) en comparación con sus vecinos (Chile 947\$, Argentina 742\$, Brasil 990\$), lo cual repercute en la calidad de los servicios de salud que la población recibe. Las enfermedades que provocan mayor mortalidad en Bolivia, son aquellas que están relacionadas con las condiciones de pobreza.

Si bien el gasto público en salud en los últimos años se ha incrementado de 279.094 \$us a 309.190 \$us en miles de \$us, del 2000 al 2003 la situación de salud en general no ha cambiado, los indicadores de salud ubican a Bolivia entre los últimos del continente (la mortalidad materna sigue siendo una de las más altas de América Latina, de acuerdo a los

informes de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud), grandes sectores de la población aún están discriminados del acceso a la salud, sólo por el hecho de ser pobres. Esta información es la que evidencia que los recursos que destina del Estado al sector no es suficiente para cubrir las necesidades del sistema de salud en la provisión de servicios de calidad, y más aún ahora que se está analizando la implementación de un sistema único de salud con un carácter de gratuidad en el punto de atención.

Tomo demasiado tiempo el entender y aceptar que el camino adoptado no era el más eficaz para lograr resultados efectivos en la reducción de la pobreza y en la promoción del desarrollo, ahora la evidencia es irrefutable. En el sector salud, la historia no ha sido diferente, en términos de que, los niveles de salud no se han mejorado en la misma proporción de la inversión realizada por la AOD, en este sentido, la imperiosa necesidad de cambiar la forma en que se ha prestado tradicionalmente la AOD se hace cada vez más urgente, pues se busca revertir el contexto actual, donde el impacto de estos recursos ha sido significativamente menor del esperado.

Metodología

Se utilizará el método científico para la elaboración del Proyecto que contiene los pasos exigidos para la generación de conocimiento, asimismo se planteará una metodología de revisión documental.

1.6. Alcances

Temático

Se pretende tocar temas relacionados con:

- ✓ Ayuda oficial al desarrollo en general y en particular en salud.
- ✓ Gestión de proyectos sociales.
- ✓ Evaluación de capacidades de las instituciones públicas en general en el país y en particular del Ministerio de Salud y Deportes.

- ✓ Enfoques sectoriales ampliados aplicados a sectores sociales.

Geográfico

El Proyecto se centrará en el Ministerio de Salud y Deportes, ubicado en la ciudad de La Paz, Bolivia.

Temporal

La investigación se desarrollará durante la gestión 2012 con información de las gestiones 2007 al 2012.

PARTE II - MARCO TEORICO

CAPITULO II – SUSTENTO TEORICO REFERENCIAL DEL PROYECTO

2.1 Gestión de Proyectos y Programas Sociales para el Desarrollo

Los programas y proyectos sociales como materialización de la política social, se elaboran para satisfacer necesidades de la población. Cuando éstas se traducen en bienes o servicios que se transan en un mercado donde hay alguien que vende y otro que compra, la expresión de dichas necesidades se denomina «demanda efectiva», y la «demanda insatisfecha», o déficit de demanda, corresponde a la brecha entre esta última y la oferta.

En el caso de problemas sociales, normalmente, se opera fuera del mercado, pretendiendo satisfacer necesidades cuyos portadores no tienen capacidad de compra. Aquí, cabe distinguir entre «demanda real» y «potencial». La primera, refleja el conjunto de la población que expresa y reclama una solución a sus necesidades. La segunda contempla a toda la población que tiene la carencia, independientemente si la traduce o no en demanda. En este contexto, «demanda insatisfecha» equivale a necesidad insatisfecha.

Dicha demanda se satisface vía las políticas sociales, que operan subsidiando los productos (bienes o servicios) del proyecto, para entregarlos a la población beneficiaria, a un precio inferior al del mercado, a uno menor al de su costo de producción o, inclusive, en forma gratuita. Las necesidades básicas insatisfechas de la población que presenta mayores carencias, pueden, así, ser concebidas como problemas y los proyectos sociales como soluciones a los mismos.

De ahí que los extremos polares de un proyecto social puedan ser definidos como una «situación actual» en la que aparece tal problema y una «situación deseada» en la que el mismo ha sido eliminado o ha disminuido como resultado de la intervención que el programa o proyecto representa.

En la lógica del análisis de proyectos, éstos son definidos como la mínima unidad de asignación de recursos para el logro de uno o más objetivos específicos. Tienen una

población objetivo y localización espacial determinadas y un tiempo de inicio y finalización previstos. Los programas se definen como conjuntos de proyectos que persiguen los mismos objetivos. Resulta, así, posible analizar los programas vía los proyectos que los integran.²

2.1.1 El ciclo de vida de los programas y proyectos sociales

Describe la secuencia de estados, etapas y acciones que se deben realizar en un programa o proyecto para materializarlo. Comienza con la identificación del problema que le da origen y concluye con la entrega de los productos (bienes o servicios) a los beneficiarios.

Los estados del ciclo de vida:

Es posible distinguir tres estados en el ciclo: Preinversión/Formulación; Inversión, y Operación. Dado que esta nomenclatura tiene su origen en los proyectos productivos, la etapa de inversión es considerada un elemento central. Sin embargo, en los proyectos sociales puede que no exista inversión en activos físicos, en cuyo caso este estado debe ser obviado.

i) Preinversión/Formulación. Abarca la identificación del problema, el diagnóstico de la situación, la definición de áreas de intervención, la elaboración de alternativas de solución y el análisis comparativo de las mismas para seleccionar la óptima.

Este proceso se lleva a cabo con niveles de profundidad crecientes, reflejado en sus etapas: Idea del proyecto, Perfil, Prefactibilidad y Factibilidad. Avanzar en las etapas puede ser descrito como una adquisición progresiva de certidumbre. Esto es, la incertidumbre, disminuye, en la medida en que se afrontan los costos adicionales de profundizar los estudios que suponen el pasar de una a otra etapa.

² Gestión de Programas Sociales en América Latina – Serie Políticas Sociales 25 Comisión Económica para América Latina y el Caribe Naciones Unidas.

ii) Inversión. Es la instancia de adquisición de los bienes de capital requeridos para la operación del proyecto (compra de terrenos, construcción de edificios y equipamiento). En el campo de lo social, es necesario diferenciar dos situaciones típicas: i) proyectos que requieren inversión (postas, hospitales, escuelas, etc.); y ii) aquellos en los que ésta no existe o es de carácter marginal (proyectos de capacitación, asistencia técnica, campañas de salud, etc.). Cuando la inversión no es requerida, se pasa directamente del estado de la preinversión a la operación del proyecto.

iii) Operación. Comienza cuando el proyecto inicia su proceso productivo (compra de insumos, articulación de recursos y generación de productos) para entregar los productos (bienes o servicios) a la población objetivo. Los estados descritos son dimensiones analíticas que aparecen interconectadas dentro del proceso de gestión.³

2.2 Rectoría en Salud

Durante la década de los noventa, producto de las políticas de ajuste estructural que se dan en varios países latinoamericanos en los que procesos de reforma de salud empiezan a ser ejecutados, se observa una permanente y gradual pérdida de la capacidad rectora y de autoridad sanitaria que deben tener los ministerios de salud producto de la transferencia de competencias de los procesos de descentralización y la aparición de otros sectores en el quehacer sanitario se constata una debilidad institucional que impide a los ministerios ejecutar esta capacidad de rectoría. El Ministerio de Salud de Bolivia también pierde su capacidad de rectoría por el proceso de descentralización segmentada producto de las leyes de Participación Popular y Descentralización Administrativa.

Este fenómeno tiene un impacto aun mayor por la crisis estructural del conjunto del Estado Boliviano.

³ Gestión de Programas Sociales en América Latina – Serie Políticas Sociales 25 Comisión Económica para América Latina y el Caribe Naciones Unidas.

Como respuesta a estos hechos la OPS/OMS lidera un proceso que permita a los ministerios de salud recuperar su rol rector. Esta iniciativa permite generar consensos en cuanto a la definición de rectoría, sus dimensiones y sus mecanismos de implementación.

Uno de estos resultados importantes, por ejemplo es el de definir las once funciones esenciales de la salud pública, cuyo consenso se realiza en base a tres estudios, uno realizado por el National Public Health Standard Program, el estudio Delphi, solicitado por la OPS y el Estudio de la OPS.

Con estos antecedentes, considero pertinente desarrollar en forma sintética las conceptualizaciones de rectoría que tiene en el presente la mayor aceptación técnica.

“Existen diversas clasificaciones de las funciones de rectoría, que pueden estar dadas según el peso que tenga la responsabilidad pública en salud, el grado de descentralización de las acciones sectoriales y en razón de las características de la separación estructural de atribuciones que asuma la organización institucional.

Algunas veces se trata de atribuciones previamente existentes en la práctica o definidas en códigos, leyes o reglamentos. Otras veces se trata de nuevas competencias, para las cuales las instituciones necesitan fortalecer o adecuar su funcionamiento, su estructura organizacional, y el perfil profesional de su personal directivo, técnico y administrativo.”

Por ello es indispensable definir dos conceptos que determinan el nuevo rol que ejercerá el Ministerio de Salud y Deportes, que son: La función rectora y la autoridad sanitaria

La primera puede ser definida como:

Tabla N°2

Concepto de Rectoría

La función rectora en salud es el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno, es competencia característica del gobierno, y es ejercida mediante la Autoridad Sanitaria.

Su propósito es definir e implementar las decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud del conjunto de los actores sociales.

Fuente: Regulación y Legislación en Salud 2002

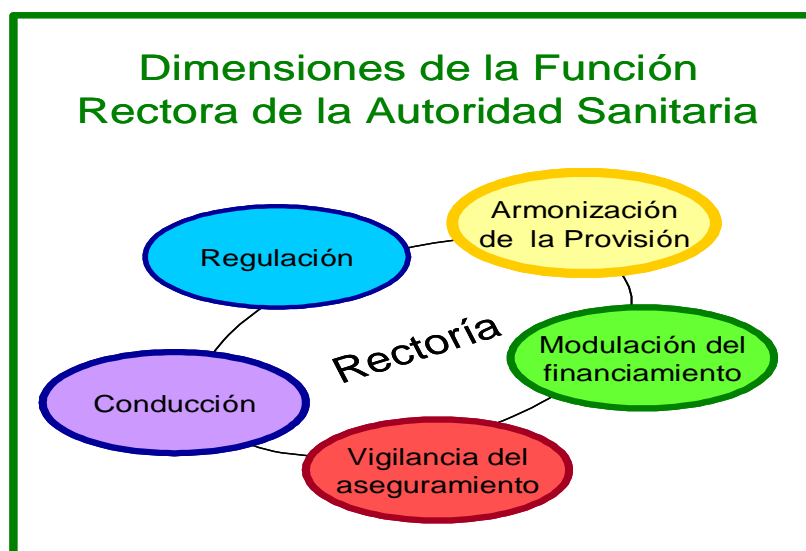
Durante el XL Consejo Directivo de la OPS/OMS (99) se presentó a consideración de los Estados Miembros las Dimensiones del Rol Rector en Salud las cuales comprenden seis grandes áreas de responsabilidad y de competencias institucionales cuya incumbencia corresponden a la Autoridad Sanitaria. En tal ocasión los Estados Miembros discutieron y ratificaron las siguientes seis Dimensiones del Rol Rector en Salud.

1. Conducción Sectorial comprende la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de la Política Nacional de Salud.
2. Regulación, dimensión que abarca el diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud; al igual que la garantía de su cumplimiento.
3. Modulación del Financiamiento que incluye las competencias de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.

4. Garantía del Aseguramiento, la cual focaliza su quehacer en garantizar el acceso a un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o planes específicos para grupos especiales de la población.
5. La Armonización de la Provisión constituida por la capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente.
6. La ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESPs) que son competencia indelegable

Gráfico N°2

Dimensiones de la Rectoría



Fuente: Regulación y Legislación en Salud 2002

La Regulación Sectorial es una de las funciones más importantes de la rectoría en salud ejercida por la autoridad sanitaria, sin embargo esta dimensión no puede realizarse al margen de las otras cinco, por ello es importante que para implementar la dimensión de la regulación del sector salud en Bolivia, esta tarea debe ser parte de la implementación de las otras cinco funciones de la rectoría

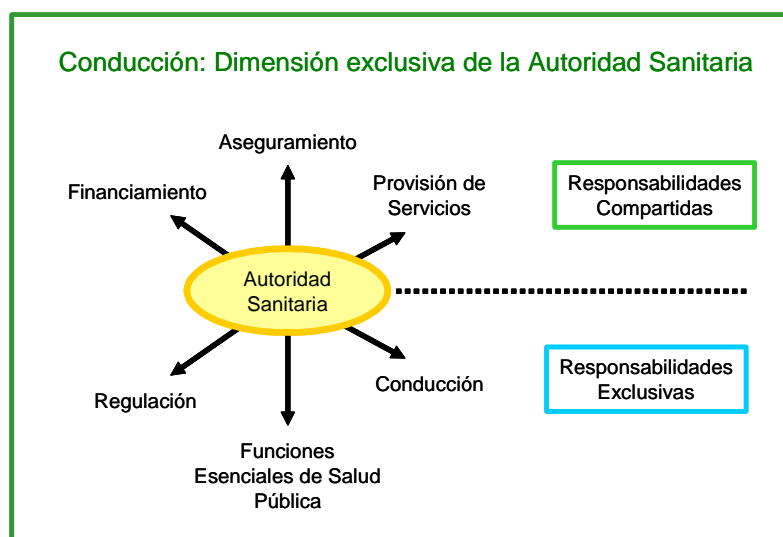
Para sistematizar el presente trabajo se inicia con un breve análisis de las otras funciones sin cuyo desarrollo la función de regulación será imposible de ser ejecutada.

2.2.1 Dimensión Conducción Sectorial

La función de conducción sectorial⁴ focaliza su quehacer en el fortalecimiento de la capacidad del gobierno para orientar las instituciones del sector y movilizar grupos sociales en apoyo de la Política Nacional de Salud. Constituye una de las tres dimensiones de la Función Rectora que es responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud y Deportes, que es la autoridad sanitaria del Estado Boliviano.

Gráfico N°3

Dimensión de Conducción



Fuente: Regulación y Legislación en Salud 2002

Para ejercer esta dimensión los Ministerios de Salud deben realizar las siguientes acciones:

- Análisis de Situación en Salud, con énfasis en la capacidad para recolectar y garantizar la disponibilidad y calidad de la información.

⁴ Regulación y Legislación en Salud 2002

- Definición de Prioridades y Objetivos Sanitarios, focalizado en la realización de diagnósticos en temas claves; y capacidad institucional para definir prioridades y objetivos nacionales de salud, es decir definir su ruta crítica.
- Formulación, Diseminación, Monitoreo y Evaluación de estrategias, políticas, planes y programas de salud.
- Dirección, Concertación, Movilización de actores y recursos del sector.
- Promoción de la Salud, participación y control social en salud incluyendo el diseño y promoción de políticas de salud pública; y el fomento de la coordinación intersectorial.
- Armonización de la Cooperación Técnica Internacional en Salud.
- Participación Política y Técnica en Organismos Internacionales y Sub-Regionales.
- Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud incluyendo la medición del logro de metas; de los recursos utilizados; y de la eficiencia del sistema de salud.

2.2.2 Dimensión del Financiamiento

Para ejercer esta dimensión el Ministerio de Salud y Deportes debe tener la responsabilidad de:

1. Formular políticas que permitan modular y corregir distorsiones del financiamiento sectorial e incrementar la equidad.(TGN)
2. Vigilar el proceso de financiamiento sectorial.
3. Negociar con financiadores (Créditos, donaciones).
4. Redistribuir fondos para compensar asimetrías
5. Definir criterios de asignación de recursos

2.2.3 Dimensión del Aseguramiento

Consiste en garantizar a los ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago, protección social básica universal en materia de salud, que conduzca a una reducción de la desigualdad en el acceso a servicios necesarios, eficaces y de calidad.

Tabla N°3

Dimensión Aseguramiento

Garantía de Aseguramiento
1. Definición de un Conjunto Garantizado de Prestaciones
2. Definición de poblaciones y territorios que serán cubiertos por el Conjunto de Prestaciones
3. Regulación y control del cumplimiento público, privado y de la seguridad social de los planes de Aseguramiento garantía del acceso a un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes o planes específicos para grupos especiales de población

Fuente: Regulación y Legislación en Salud 2002

2.2.4 Dimensión de Armonización de la Provisión

Constituye la capacidad que debe tener el Ministerio de Salud y Deportes para promover la complementariedad para extender la cobertura de salud equitativa y eficientemente. (Ejemplo: atención del Seguro Médico Gratuito de Vejez por el sector público especialmente en el área rural)

Para ello deberá asegurar que se planifican los servicios ya sea con criterio regional o con criterio funcional mediante la armonización de los planes de acción de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados. De igual manera, deberá definir los criterios de asignación de recursos que deben ser adjudicados a los organismos y/o establecimientos públicos de provisión de servicios, que estén descentralizados o

desconcentrados, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto. Deberá armonizar los planes de acción y de gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios de salud en el país; precisar los contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del Estado, y establecer con criterios de complementariedad, la distribución de competencias y recursos entre los distintos ámbitos de la gestión pública

Tabla N°4

Dimensión de Servicios de Salud

<p style="text-align: center;">Dimensión de Provisión de los Servicios de Salud</p> <p>Capacidad para promover la complementariedad para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente</p> <ol style="list-style-type: none">1. Planificación de servicios con criterio regional o funcional2. Desarrollo de mecanismos regulatorios para la protección del público y garantizar estándares mínimos de calidad en la prestación de los servicios3. Fomento de mancomunidades municipales y oferta de incentivos para la auto regulación
--

Fuente: Regulación y Legislación en Salud 2002

2.2.5 Dimensión de Funciones Esenciales de Salud Pública

Esta es una competencia ineludible de la Autoridad Sanitaria que son:

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgo y daños
3. Promoción de la salud
4. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión

5. Participación de los ciudadanos
6. Fortalecimiento de la capacidad de regulación y fiscalización
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación
9. Garantía y mejoramiento de los servicios de salud necesarios
10. Investigación en salud pública
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres

2.2.6 Regulación Sectorial.

Tabla N°5

Dimensión de Regulación

La función regulatoria sectorial tiene como propósito diseñar el marco normativo que protege y promueve la salud de la población, así como garantizar su cumplimiento.

La regulación y la vigilancia de su aplicación es necesaria para garantizar el papel estatal de ordenar las relaciones de producción y distribución de los recursos, bienes y servicios de salud en función de principios de solidaridad y equidad.

Fuente: Regulación y Legislación en Salud 2002

No obstante, existen tendencias a restringirla a los aspectos esenciales en función de la expansión del mercado.

El marco para el ejercicio de la función regulatoria surge a lo interno del Estado y en el contexto internacional. Al interior del Estado, los mandatos regulatorios surgen fundamentalmente de la normativa constitucional a través de la cual se crean derechos y obligaciones (para individuos e instituciones). Esto lleva a ejercer la potestad regulatoria

orientada a hacer efectivas las normativas a través de la cual se da la orden de regular y se empoderan instancias para hacerlo. Si dicha orden no cobra vida –es decir no se ejerce--, los preceptos constitucionales pierden efectividad ya que su función es solamente programática (programan una acción pero no la cumplen) o declarativos.

El contexto internacional también modula la dimensión regulatoria. Por un lado se encuentran las urgencias regulatorias que surgen de las nuevas estructuras de asociación de los Estados en el plano económico –sea a través de los compromisos de instancias como la Organización Mundial del Comercio (OMC), o de instancias supranacionales como los mercados comunes o grupos de integración--, y generan inquietudes en cuanto a la posible relajación de estándares o creación de barreras en el acceso. Por otro, las que surgen de otro tipo de compromisos internacionales más asociados a la salud como, por ejemplo, del recientemente adoptado Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, o la revisión del Reglamento Sanitario Internacional.

Para hacerla efectiva se requiere reconocer que es una función indelegable. Si bien el Estado ha ido variando sus funciones en relación con la salud, la regulación se ha mantenido como una constante. Esto se debe a la función que cumple la regulación como uno de los mecanismos principales con que el Estado modula las relaciones entre actores con asimetrías de poder. Asimismo, al hecho de que la regulación de salud tiene como finalidad el interés de toda la sociedad.

Por lo tanto, crea las bases para la articulación de las demás dimensiones de la función rectora: conducción, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento, armonización de la provisión de servicios y ejecución de las funciones esenciales de salud pública.

Para el ejercicio pleno de la regulación en salud se debe construir el marco institucional y su respaldo legal. Esto significa desarrollar los siguientes instrumentos y acciones

1. Desarrollo y perfeccionamiento del marco legal
2. Fiscalización y control para hacer cumplir las regulaciones

3. Regulación y control de insumos médicos (Medicamentos, equipos y dispositivos médicos y tecnología sanitaria)
4. Regulación y control sanitario de bienes y servicios
5. Normativas para el control sanitario del medio ambiente
6. Regulación y certificación de recursos humanos en salud⁵

2.3 Antecedentes de la Cooperación Internacional en el Contexto Global

Puede decirse que la cooperación internacional, con sus características actuales, nace como respuesta a los desastres de la Primera y Segunda Guerra Mundial. Un primer hecho es la firma del Tratado de Paz de Versalles, el 28 de junio de 1919, que tenía como objetivo ponerle fin a la primera guerra mundial. El tratado estableció la creación de la Sociedad de Naciones (SDN) la cual se constituye en la primera institución política internacional permanente.

Tras la segunda guerra mundial, los Estados Unidos se afianzan en el continente americano con las conferencias de Río de Janeiro de 1947 y de Bogotá de 1948, en la que fue creada la Organización de los Estados Americanos (OEA). A este proceso le precedió la conferencia de San Francisco en la cual se redactó la Carta de las Naciones Unidas (25 de junio de 1945). Cuarenta y seis estados firmaron la carta fundacional y se adhirieron a ella inmediatamente. El mismo grupo de estados fundadores estableció las instituciones especializadas que constituirían el Sistema de las Naciones Unidas. El objetivo de esta organización era mantener la paz y la seguridad entre las naciones y preservar a las generaciones futuras del azote de la guerra. Por la misma época, Estados Unidos organizó la ayuda económica a las potencias europeas (Plan Marshall, junio 1947). De otra parte, impulsaron la creación de la OTAN (abril de 1949).

⁵ Rectoría y Legislación en Salud 2002

Finalizada la Segunda Guerra Mundial, las preocupaciones de las grandes potencias se concentraban en las relaciones políticas europeas y la Guerra Fría, mientras las transformaciones que ocurrían en el Sur pasaron a un segundo plano.

En 1948 se firmó el acuerdo de fundación de la Organización Europea de Cooperación Económica (OECE) como agencia coordinadora, conformada por Alemania Occidental, Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, Grecia, Islandia, Italia, Luxemburgo, los Países Bajos, Noruega, el Reino Unido, Suecia, Suiza, Turquía; Posteriormente ingresarían España y Estados Unidos. La OECE, se transformó en 1961 en la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). El cambio de denominación expresa fielmente las preocupaciones dominantes.

La década del 70 se caracterizó por la recomendación a los países del norte de dedicar el 0.7% del PNB a AOD (ayuda con concesionalidad de al menos un 25%). Fue una época que se caracterizó por las crisis del petróleo y la deuda externa. El momento histórico da cuenta de una búsqueda activa de un nuevo orden internacional: La conferencia Norte-Sur y el nuevo orden económico Internacional.

En 1978 se introduce una nueva dinámica de la cooperación para América Latina y en general para los países en desarrollo como una forma alternativa de cooperar entre sí. A través de la Declaración de Buenos Aires, se adoptó el Plan de Acción para Promover y Realizarla Cooperación Técnica entre los Países en Desarrollo, CTPD. Eso implicó, en términos prácticos, que los países en vía de desarrollo adquirieran el compromiso de adoptar una institucionalidad propia para la gestión de esta modalidad de cooperación.

El fracaso de los debates sobre el nuevo orden económico internacional a comienzos de la década de 1980, dio paso a una etapa diferente, de desinterés en la asistencia oficial para el desarrollo, fue una época de graduación de los países en desarrollo, especialmente los de ingreso medio.

Los años ochenta fueron testigos de la ampliación de la brecha Norte-Sur. Fue en esta década que América Latina tuvo que hacer frente a la crisis de la deuda y sufrir así el estancamiento de su desarrollo, hasta el punto de ser catalogada por la Cepal como la “década perdida para el desarrollo”. Tal profundización de las desigualdades entre los países ricos y los subdesarrollados se evidencia con más claridad tras el fin de la guerra fría y hace de la cooperación internacional para el desarrollo una necesidad más urgente de la que ya representaba durante la vigencia del conflicto Este-Oeste.

En la década de los noventa, en el contexto de la cooperación internacional promueve la figura de socios (partnership), coherente con la política internacional de corresponsabilidad en las relaciones exteriores entre los países. Esta nueva orientación surge, entre otras razones, como consecuencia del fin de la Guerra Fría, los avances del proceso de globalización y la consolidación de la economía de mercado, que hacen nuevas exigencias al desarrollo.

La década de los noventa es la década del llamado Consenso de Washington, que establece el programa económico que durante más de dos décadas han seguido los países de la OCDE y las instituciones financieras internacionales por ellos gobernadas.

Durante la década de los 90 se celebraron importantes conferencias de las Naciones Unidas, que han planteado planes concretos en diferentes campos. En el año de 1990, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) lanza la propuesta de un enfoque de desarrollo humano, el cual afirma que el crecimiento económico no debe ser el objetivo central del desarrollo, sino únicamente uno de sus referentes. En su primer Informe Sobre Desarrollo Humano de ese año propone agregar otros aspectos sociales, medioambientales, culturales y políticos a los aspectos económicos que habían sido considerados en forma exclusiva para definir el desarrollo. A partir de ese momento, el desarrollo comienza a plantearse nuevos retos con mucha más fuerza, más allá del crecimiento económico, como la gobernabilidad, la extensión de los derechos humanos, la sostenibilidad ambiental, o la distribución equitativa de los recursos y las oportunidades.

El nuevo siglo comienza con la famosa Cumbre del Milenio, del año 2000, en la que volvieron a reiterarse algunos acuerdos no cumplidos en las anteriores conferencias y se hizo énfasis en el compromiso de reducir a la mitad el nivel de pobreza para el año 2015. La Declaración del Milenio establece unos objetivos y unas metas concretas de desarrollo y de reducción de la pobreza, que son actualmente el referente más importante para la definición de apoyo internacional.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio comprometen a los países a luchar firmemente contra la insuficiencia de ingresos, el hambre, la desigualdad de género, el deterioro del medio ambiente y la falta de educación, atención médica y agua potable, además de acciones para reducir la deuda y aumentar la ayuda, el comercio y la transferencia de tecnologías a los países pobres. De esta manera, el nuevo milenio ha sido protagonista de una nueva relación entre los países en desarrollo y los países cooperantes y les planteó un nuevo rumbo en el camino de la cooperación.

La comunidad internacional se ha comprometido a ayudar a los países en desarrollo en el cumplimiento de las metas del milenio, que requieren una cooperación más eficaz y armonizada a las necesidades de los países socios de cooperación.⁶

2.3.1 Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda para el Desarrollo

En febrero de 2005 se llevó a cabo el Foro de Alto Nivel (FAN) celebrado en París del que participaron unos 90 países y 27 instituciones de Desarrollo, el mismo fue acogido por el Gobierno de Francia y patrocinado por el Banco Africano de Desarrollo, el Banco Asiático de Desarrollo, el Banco Europeo de Reconstrucción y Fomento, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y el Banco Mundial, el mismo precede a los siguientes encuentros:

- Naciones Unidas: Cumbre del Milenio, New York (2000)

⁶ Acción Social República de Colombia “ 40 Años de la Institucionalidad de la Cooperación Internacional en Colombia”

- Naciones Unidas: Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo, Monterrey (Marzo 2002).
- OCDE/Comité de Asistencia para el Desarrollo: Foro de Alto Nivel sobre Armonización, Roma (Febrero 2003)
- BID y Banco Mundial: Taller regional de armonización y coordinación en América Latina y el Caribe, Tegucigalpa (Noviembre 2004)
- OPS/OMS y ASDI: Taller regional sobre armonización y coordinación de la cooperación internacional y enfoque sectorial en salud, Managua (Diciembre 2004).

En cada uno de estas reuniones se analizó los resultados de la cooperación para el desarrollo, en términos de su eficacia, eficiencia y equidad en la reducción de la pobreza, los objetivos y compromisos a los que se llegaron en estos compromisos fueron evaluados en el FAN, en el cual Bolivia fue representada por el Viceministro de Inversión Pública y Financiamiento Externo.

Las conclusiones del FAN fue la Declaración de Paris sobre la Eficacia de la Ayuda para el Desarrollo (DPEAD), contiene 50 compromisos para mejorar la calidad de la ayuda, que se supervisarán mediante 12 indicadores cuantitativos.

La DPEAD, centra su análisis en cinco puntos fundamentales:

1. El protagonismo: Los países asociados son los verdaderos titulares de sus políticas y estrategias de desarrollo y coordinan las iniciativas de desarrollo.
2. La convergencia: Los donantes basan su apoyo global en las estrategias, instituciones y procedimientos nacionales de desarrollo de los países asociados.
3. La armonización: Las acciones de los donantes son más armonizadas y transparentes y consiguen mayor eficacia colectiva.
4. Los resultados: Administrar los recursos y mejorar la toma de decisiones orientada a los resultados.
5. Responsabilidades mutuas: Donantes y asociados son responsables de los resultados en términos de desarrollo

En base a estos puntos, se establecieron compromisos:

- Los países asociados comprometen a: tomar la iniciativa en la formulación y ejecución de sus estrategias nacionales de desarrollo por medio de amplios procesos consultivos.
- Traducir estas estrategias de desarrollo nacional en programas operativos, clasificados por orden de prioridad y orientados a los resultados, tal como se recogen en los marcos de gastos a mediano plazo y en los presupuestos anuales.
- Los donantes se comprometen a: respetar el liderazgo de los países asociados y ayudarlos a reforzar su capacidad de ejercerlo.
- Los donantes se comprometen a: basar su apoyo global —estrategias nacionales, diálogos sobre políticas y programas de cooperación para el desarrollo— en las estrategias de desarrollo nacional de los asociados y en exámenes periódicos del progreso constatado en la puesta en práctica de estas estrategias.
- Basar sus condiciones, cuando sea posible, en la estrategia de desarrollo nacional de un país asociado o su examen anual del progreso realizado en la puesta en práctica de esta estrategia. Se incluirían otras condiciones únicamente si existiera una sólida justificación para ello, y se deberían introducir de manera transparente y consultando atentamente a otros donantes y partes interesadas.
- Vincular el financiamiento con un marco único de condiciones y/o un conjunto manejable de indicadores derivados de la estrategia nacional de desarrollo. Esto no significa que todos los donantes tengan condiciones idénticas, sino que cada condición de los donantes debería proceder de un marco coordinado común destinado a alcanzar resultados duraderos.
- Los donantes utilizan los sistemas reforzados de los países: el hecho de utilizar las propias instituciones y los sistemas nacionales, donde haya bastante garantía de que la ayuda se va a utilizar con los objetivos aprobados, aumenta la eficacia de la ayuda reforzando la capacidad sostenible del país asociado para formular y aplicar sus políticas y responder de ellas ante sus ciudadanos y su parlamento. Los sistemas y

procedimientos nacionales incluyen por lo general, pero no únicamente, disposiciones y procedimientos nacionales sobre gestión de las finanzas públicas, contabilidad, auditorías, adquisiciones, marcos de resultados y seguimiento.

- Los donantes se comprometen a: utilizar los sistemas y procedimientos nacionales de la manera más amplia posible y, cuando no sea viable el uso de sistemas nacionales, establecer salvaguardias y medidas adicionales con vistas a reforzaren vez de socavar los sistemas y procedimientos de los países.
- Evitar, en la medida de lo posible, la creación de estructuras específicas para la administración cotidiana y la ejecución de los proyectos y programas financiados con la ayuda.
- Adoptar marcos de evaluación del desempeño armonizados para los sistemas de los países, con el fin de evitar que se presente a los países asociados un número excesivo de objetivos potencialmente incompatibles.
- Los países asociados se comprometen a tomar la iniciativa en el proceso de reforma de la contratación y las adquisiciones y a ponerlo en práctica.
- Los donantes se comprometen a: utilizar cada vez más los sistemas nacionales de adquisición cuando el país haya aplicado normas y procesos adoptados de común acuerdo.
- Adoptar enfoques armonizados cuando los sistemas nacionales no respondan a los criterios de desempeño mutuamente adoptados o cuando los donantes no los utilicen.
- Aplicar en los países, cuando sea posible, disposiciones comunes para planificar, financiar (por ejemplo, disposiciones conjuntas de financiamiento), desembolsar, supervisar, evaluar e informar al gobierno sobre las actividades de los donantes y los flujos de ayuda. Puede contribuir a ese fin el uso más frecuente de modalidades de ayuda basadas en programas.

- Trabajar juntos para reducir el número de misiones independientes que puedan suponer una duplicación de esfuerzos y promover la capacitación conjunta para compartir las enseñanzas aprendidas y construir una comunidad de prácticas.
- La fragmentación excesiva de la ayuda a escala global, nacional o sectorial disminuye la eficacia de la ayuda. Un enfoque pragmático de la división del trabajo y de la distribución de la carga aumenta la complementariedad y puede reducir los costos de transacción.
- Los donantes y países asociados se comprometen conjuntamente a: reformar los procedimientos y reforzar los incentivos —en particular en materia de contratación, evaluación y capacitación— para que directivos y personal busquen la armonización, la convergencia y los resultados.
- Los países asociados se comprometen a: avanzar hacia la creación de instituciones y el establecimiento de estructuras que ofrezcan a sus ciudadanos un sistema de gobierno eficaz, seguridad y protección pública y acceso equitativo a los servicios sociales básicos.
- Los donantes se comprometen a: armonizar sus actividades. La armonización es todavía más crucial en ausencia de un fuerte liderazgo gubernamental. Debería centrarse en el análisis de las fases iniciales, las evaluaciones y estrategias conjuntas, la coordinación del compromiso político e iniciativas prácticas, como la creación de oficinas de donantes comunes.
- Buscar la máxima convergencia posible con las estrategias del gobierno central; si ello no fuera factible, los donantes deberían utilizar al máximo los sistemas nacionales, regionales, sectoriales o no gubernamentales.
- Evitar actividades que impidan el fortalecimiento de las instituciones nacionales, por ejemplo la elusión de los procesos presupuestarios o el establecimiento de altos sueldos para el personal local.

- Los países asociados se comprometen a: reforzar los vínculos entre las estrategias de desarrollo nacional y procesos presupuestarios anuales y multianuales.
- Esforzarse por establecer marcos de información y evaluación orientados a los resultados que supervisen el progreso con respecto a dimensiones clave de las estrategias nacionales y sectoriales de desarrollo y que estos marcos permitan el seguimiento de un número manejable de indicadores sobre los que se pueda obtener información en forma eficaz en función de los costos.
- Los donantes se comprometen a: vincular la programación y los recursos de los países con los resultados y armonizarlos con marcos eficaces de evaluación sobre el desempeño de los países asociados, evitando introducir indicadores de desempeño que no sean compatibles con las estrategias de desarrollo nacionales de los países asociados.
- Colaborar con los países asociados para contar lo más posible con sus marcos de evaluación del desempeño orientados a los resultados.
- Fomentar enfoques basados en la participación recurriendo sistemáticamente a un amplio conjunto de asociados en el desarrollo para formular y evaluar el progreso en la aplicación de las estrategias nacionales de desarrollo.
- Los donantes se comprometen a: proporcionar información oportuna, transparente y completa sobre los flujos de ayuda para que las autoridades de los países asociados puedan presentar informes presupuestarios completos a sus órganos legislativos y ciudadanos.
- Países asociados y donantes se comprometen conjuntamente a: evaluar conjuntamente, utilizando para ello los mecanismos nacionales existentes y en forma cada vez más objetiva, los progresos conseguidos en el cumplimiento de los

compromisos acordados sobre la eficacia de la ayuda, incluidos los Compromisos de asociación.⁷

2.3.2 Programa de Acción de Accra

El 4 de septiembre del 2008 Accra, Ghana, los ministros de los países en desarrollo y los países donantes responsables de la promoción del desarrollo, junto con los directores de instituciones multilaterales y bilaterales de desarrollo, suscribieron la declaración del Programa de Accra, con el objetivo de acelerar y profundizar la aplicación de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda.

Se mantiene el compromiso con la erradicación de la pobreza y la promoción de la paz, a través de la construcción de asociaciones más fuertes y más eficaces que permitan que los países en desarrollo cumplan con sus objetivos de desarrollo.

Se ha progresado. Hace quince años, dos de cada cinco personas vivía en la pobreza extrema; actualmente, esa proporción se redujo a una de cada cuatro. Sin embargo, 1.400 millones de personas – en su mayoría, mujeres y niñas –siguen viviendo en la pobreza extrema¹, y la falta de acceso a agua potable y atención médica sigue siendo un gran problema en muchas partes del mundo. Además, los nuevos desafíos mundiales – el aumento de los precios de los alimentos y el combustible, y el cambio climático – amenazan los progresos que muchos países lograron en la lucha contra la pobreza.

Se debe lograr mucho más si pretendemos que todos los países cumplan con los objetivos de desarrollo del milenio (ODM). La asistencia no es más que una parte en el panorama general del desarrollo. La democracia, el crecimiento económico, el progreso social y el cuidado del medio ambiente son los principales factores que impulsan el desarrollo en todos los países. El abordaje de las desigualdades en términos de ingreso y de oportunidades que existen dentro de cada país y entre distintos Estados es fundamental para el progreso internacional. La igualdad de género, el respeto por los derechos humanos y la sostenibilidad ambiental son esenciales para lograr un efecto duradero sobre las vidas y el

⁷ Foro de Alto Nivel “Aumentar Justos la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo” Febrero 2005 París OCDE

potencial de mujeres, hombres y niños pobres. Es vital que todas nuestras políticas aborden estos temas de manera más sistemática y coherente.

En 2008, tres conferencias internacionales nos ayudarán a acelerar el ritmo del cambio: el Foro del alto nivel de Accra sobre la eficacia de la ayuda, el Evento de alto nivel de las Naciones Unidas sobre los ODM (en Nueva York) y la reunión de seguimiento sobre Financiamiento para el Desarrollo, en Doha. Hoy, en Accra, estamos mostrando el camino a seguir, unidos en torno de un objetivo común: liberar todo el potencial que posee la ayuda para lograr resultados de desarrollo duraderos.

En función de éxitos y fracasos pasados en la cooperación para el desarrollo, y tomando como referencia la Declaración de Roma sobre la armonización (2003), en marzo de 2005 adoptamos un conjunto ambicioso de reformas: la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda. En la Declaración de París, acordamos desarrollar una asociación genuina, en la que los países en desarrollo estuviesen claramente a cargo de sus propios procesos de desarrollo. También acordamos que existiera una responsabilidad mutua entre los participantes respecto del logro de resultados de desarrollo concretos. Después de tres años y medio, volvemos a reunirnos en Accra para examinar el progreso y abordar los desafíos que enfrentamos actualmente.

Los datos empíricos muestran que estamos progresando, pero no lo suficiente. Una evaluación reciente indica que la Declaración de París generó un ímpetu importante para cambiar la forma en que los países en desarrollo y los donantes colaboran para solucionar problemas concretos. De acuerdo con la encuesta de seguimiento de 2008, una gran cantidad de países en desarrollo ha mejorado su gestión de los fondos públicos. Los donantes, a su vez, están haciendo más eficiente su coordinación a nivel nacional. Aun así, el ritmo de progreso es demasiado lento. Sin mayores reformas y una acción más rápida, no cumpliremos con nuestros compromisos y metas en relación con la mejora de la calidad de la ayuda.

Los datos empíricos muestran que tendremos que abordar tres desafíos principales para acelerar el progreso de la eficacia de la ayuda:

- La identificación del país es clave. Los gobiernos de los países en desarrollo asumirán un liderazgo más fuerte de sus propias políticas de desarrollo y trabajarán con sus parlamentos y ciudadanos para conformarlas. Los donantes los respaldarán respetando las prioridades nacionales, invirtiendo en sus recursos humanos e instituciones, haciendo un mayor uso de sus sistemas para la provisión de ayuda y aumentando la previsibilidad de los flujos de ayuda.
- La construcción de asociaciones más eficaces e inclusivas. En los últimos años, más actores involucrados en el desarrollo —países de ingreso mediano, fondos mundiales, el sector privado, organizaciones de la sociedad civil— han ido aumentando sus contribuciones y aportando experiencias valiosas. Esto también genera desafíos para la gestión y la coordinación. Todos los actores involucrados en el desarrollo trabajarán juntos en asociaciones más inclusivas, a fin de que todas nuestras iniciativas tengan un mayor efecto sobre la reducción de la pobreza.
- El logro de resultados de desarrollo — y rendir cuentas abiertamente por esos resultados — debe ser parte central de todo lo que hacemos. Hoy más que nunca, los ciudadanos y los contribuyentes de todos los países esperan ver resultados tangibles de las iniciativas de desarrollo. Demostraremos que nuestras acciones conllevan efectos positivos sobre la vida de las personas. Respecto de estos resultados, rendiremos cuentas entre nosotros y ante nuestros respectivos parlamentos y órganos de gobiernos.

Sin abordar estos obstáculos para la aceleración del progreso, no llegaremos a cumplir con nuestros compromisos y perderemos oportunidades para mejorar la vida de las personas más vulnerables del mundo. Por lo tanto, reafirmamos el compromiso que asumimos en la Declaración de París y, mediante este Programa de Acción de Accra, acordamos medidas concretas y a las cuales pueda realizarse seguimiento, a fin de acelerar el progreso y cumplir esos compromisos.⁸

⁸ Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo 2005 y Programa de Acción de Accra 2008. OCDE

2.3.3 Análisis Crítico de la Cooperación Internacional al Desarrollo

De la misma manera que muchos propugnan los resultados positivos de la Cooperación Internacional al Desarrollo en términos de reducir la pobreza en el planeta y preservar la paz entre los países, también hay quien no se encuentran del todo de acuerdo con la lógica positiva. Sus críticas no son al instrumento en sí, ósea a la Cooperación Internacional al Desarrollo, sino a la forma cómo ha sido aplicada y los efectos negativos que ha tenido en países receptores.

Para los críticos de la Cooperación Internacional al Desarrollo, está nace por dos hechos en concreto, el primero: como producto de la rivalidad entre Estados Unidos y la Unión Soviética por el poder, que consistía en la compra de voluntades de países; y el segundo: tiene que ver con el pasado colonial de los países europeos, cuyo apoyo no tenía que ver con una política de igualdad y colaboración de carácter desinteresado, sino más bien, tenía que ver con una iniciativa voluntaria y generosa de éstos.

A las grandes potencias poco les interesa promover el desarrollo humano, la paz y otros objetivos sobre los cuales descansa en la Cooperación Internacional, este argumento de los críticos, se complementa con la evidencia de que, incluso cuando el verdadero interés de cooperar exista muchas veces falta la cultura, las capacidades para traducirlo con eficacia en hechos.⁹

Producto de esa llamada “falta de cultura y capacidades” por parte de los países receptores, nacen las dificultades a la hora de ejecutar las acciones de la cooperación internacional al desarrollo, entre las principales se tienen:

- Para que la cooperación en el país receptor sea eficiente es indispensable que las instituciones centrales del Estado funcionen bien, pero contradictoriamente en el proceso de implementación de las acciones de la cooperación se degenera el sistema que debería garantizar un equilibrio justo entre los poderes del Estados y el de los actores locales.

⁹ Libro Perlas y Piratas – Luciano Carrino

- Los acuerdos bilaterales para la gestión de financiamiento de proyectos, son negociados a puerta cerrada y suscritos entre funcionarios públicos de agencias de cooperación y de los gobiernos, sin participación de la representación de la sociedad civil receptora, lo cual impide la apropiación de acciones y la sostenibilidad de sus acciones.
- Se privilegia a ciertas élites por encima de los verdaderos interesados en recibir la ayuda, al ser considerados los "gurús" que tienen la respuesta al problema de la pobreza. Esto hace ver a los ciudadanos del tercer mundo como los ignorantes, los que tienen que esperar la respuesta de los grandes países o, de lo contrario, caerán en desgracia.
- El asistencialismo, desincentiva la participación de los beneficiados, al suministrarles todo lo que necesitan, se les priva de los medios para asumir un papel activo en la sociedad y tiende a perpetuar la necesidad de servicios y programas especiales para ello. Se refuerza el neocolonialismo, bajo el cual la cooperación internacional se muestran como protectores de los países del sur, usando allí el modelo intervencionista, sin contar a sus empresas, muchas de ellas depredadoras del medio ambiente y la sociedad.
- Bajo la lógica de proyectos es que la cooperación internacional ha provisto su apoyo a los países, lo cual ha contribuido a la degeneración de la necesaria actividad de la programación integral, pues estos son ejecutados de manera aislada y autónoma, sin coordinarse con las acciones propias de los gobiernos.¹⁰

En este sentido, se han centrado las críticas y es en respuesta a éstas que la Cooperación Internacional al Desarrollo reacciona propugnando una reforma estructural la misma que se refleja en la Declaración de París y posteriormente se profundiza con el Programa de Accra. Sin embargo, está claro que el proceso de implementación de las reformas a la Cooperación Internacional al Desarrollo ha sido lento y a la fecha aún no se cuenta con resultados

¹⁰ Libro Perlas y Piratas – Luciano Carrino

concretos, pero avances se dieron, particularmente desde el punto de vista de la concepción de la corresponsabilidad, asimismo, está claro que el papel de los gobiernos de los países receptores es fundamental para permitir que el instrumento que se constituye la Cooperación Internacional sea utilizado efectivamente para apoyar al desarrollo de sus sociedades en el marco de la equidad, soberanía y justicia.

2.4 Enfoque Sectorial (ES)

Por enfoque sectorial se entiende la asociación continuada entre los gobiernos de los países receptores de ayuda y los países donantes y agencias de cooperación para contribuir al desarrollo de un sector determinado, apoyando los planes y políticas definidos por el Gobierno y asumiendo su liderazgo en la implementación de los mismos. Al asociarse para un propósito común, el Gobierno y las agencias se hacen corresponsables de los resultados obtenidos, de donde nace la noción de socios para el desarrollo (SPD) que utilizaremos en este documento. Entre los objetivos del enfoque sectorial están la coordinación, el alineamiento y la armonización de la AOD.

Las definiciones de enfoque sectorial se han ido forjando con el tiempo y el desarrollo del proceso, por lo tanto son dinámicas como el proceso mismo. A continuación se presentan algunas de las más aceptadas:

Andrew Cassels (1997)

Enfoque sectorial para el Sector Salud es:

- Una asociación sostenible, liderada por las autoridades nacionales, formada por diferentes departamentos del Gobierno, grupos de la sociedad civil, y una o más agencias donantes.
- Con el objetivo de mejorar la salud de la población y contribuir al desarrollo humano.

- En el contexto de un sector coherente, con una estructura institucional apropiada y un programa de financiación nacional.

- Mediante un plan de trabajo en colaboración centrado en:
 - el desarrollo de políticas sectoriales y estrategias que definan los papeles del sector público y privado en cuanto a la financiación y prestación de servicios, y proporcionen las bases adecuadas para priorizar qué gastos públicos realizar.
 - la preparación de proyecciones a medio plazo sobre la disponibilidad de recursos así como de planes de financiación y gastos del sector, consistentes con un marco de gasto público sólido.
 - el establecimiento de sistemas de gestión, tanto por parte de los gobiernos nacionales como de las agencias de donantes, que faciliten el establecimiento de acuerdos comunes en cuanto a temas de desembolso y contabilidad financiera; compras de bienes y servicios; y monitoreo del rendimiento del sector.
 - la reforma institucional y el fortalecimiento de la capacidad institucional, de acuerdo con las políticas sectoriales y la necesidad de desarrollar sistemas.
 - con procesos y estructuras que se establecen para negociar temas estratégicos y gerenciales, y revisando el rendimiento sectorial de acuerdo con las metas consensuadas.

Michael Foster (2000)

Existe un enfoque sectorial en marcha cuando todas las fuentes de financiamiento significativas del sector apoyan una única política sectorial y un solo programa de gastos bajo el liderazgo del Gobierno, adoptando abordajes comunes para todo el sector y

avanzando progresivamente hacia la utilización de los procedimientos del Gobierno para la gestión de todos los fondos.

Banco Mundial (2001)

El enfoque sectorial es un mecanismo por medio del cual las agencias de desarrollo colaboran mutuamente para apoyar programas de reforma sectorial que se apoyan en una visión de desarrollo del país a largo plazo. Normalmente se utilizan en los sectores sociales (salud y educación) aunque también en otros sectores como por ejemplo infraestructuras. Con este mecanismo se busca incrementar el impacto de la ayuda, crear una relación de trabajo más estrecha entre los diferentes donantes y mejorar la capacidad de gestión de las entidades prestatarias para manejar los recursos de cada uno de sus sectores.

Comisión Europea (2003)

El enfoque sectorial es un medio para el trabajo conjunto entre el Gobierno y los socios para el desarrollo (SPD). Su propósito es ampliar el liderazgo del Gobierno en las políticas públicas y las decisiones sobre asignación de recursos en el sector, incrementar la coherencia entre política, gastos y resultados y reducir los costos de transacción. Implica el desarrollo progresivo de una política y estrategia sectorial integral y coherente, un solo marco de gasto para las fuentes locales y externas y un marco común de gestión, planificación e información.

A partir de estas definiciones puede establecerse que:

El enfoque sectorial es un proceso, no un instrumento, que se inicia en un momento dado por decisión de los principales actores (Gobierno y países y agencias de cooperación), en las condiciones específicas de cada país receptor, y que avanza progresivamente hacia su completo liderazgo y dirección, a través de sus políticas, planes, presupuestos, procedimientos y mecanismos de control.

El enfoque sectorial es una forma de asociación entre los ministerios y la comunidad cooperante para trabajar juntos de una forma diferente. Por esta razón no se puede considerar que un enfoque sectorial esté concluido o que todos sus objetivos hayan sido alcanzados, salvo en el caso de que un país dejara de percibir AOD. En todo caso, el enfoque sectorial podrá ir incorporando nuevas modalidades de asociación y nuevos instrumentos financieros, como puede ser el apoyo presupuestario directo, que se explica más adelante.

El enfoque sectorial no es, como a veces se ha dicho erróneamente, un mecanismo para solicitar más recursos a la cooperación internacional. Se trata de optimizar la utilización de la AOD, de disminuir los costos que no aportan valor añadido al país receptor y de contribuir a aumentar su efectividad. Sin embargo, las agencias de cooperación suelen tener en cuenta las mejoras en el liderazgo, la transparencia, la planificación y la capacidad de gestión nacionales a la hora de asignar recursos, por lo que la implementación de un enfoque sectorial podría dar lugar, indirectamente, a un aumento del financiamiento externo.¹¹

En el cuadro siguiente pueden encontrarse las diferencias que distinguen a un ES de un enfoque tradicional basado en proyectos. En ella se puede apreciar las características de política pública que forman parte de un ES y su enfoque hacia el protagonismo del sector, el énfasis en una visión de conjunto.

¹¹ Qué son y cómo se emplean los enfoques sectoriales? Elisabet Jané, Ariadna García, Javier Martínez
Dan Wilde HLSP Limited

Tabla N° 6

Diferencias entre ES y Enfoques Tradicionales

Enfoque Sectorial	Enfoque de Proyectos Convencional
Visión holística nacional del sector entero.	Focalización en proyectos para apoyar objetivos fijados de manera más estrecha.
Sociedad con confianza mutua y Responsabilidad compartida	El país receptor responde al donante.
Coordinación entre los socios externos y diálogo colectivo.	Negociaciones y acuerdos bilaterales.
Incremento en el uso de procedimientos locales.	Acuerdos de implementación en paralelo.
Desarrollo de capacidades/sistemas sectoriales con visión de largo plazo.	Desembolso y éxitos de los programas en el corto plazo.
Enfoque orientado a procesos mediante el “aprender haciendo”.	Enfoque de proyectos puntuales.

Fuente: Evaluación Enfoques Programáticos en Bolivia José Volkmar F. Barragan

PARTE III - MARCO PRACTICO

CAPITULO III – MARCO PRÁCTICO

3.1 Diseño Metodológico

El diseño metodológico define el método, el tipo y las técnicas de investigación que se utilizan en el presente Proyecto de Grado.

3.1.1 Método de Investigación¹²

La teoría y la aplicación de la ciencia plantean la necesidad de la epistemología para una mejor interpretación de la realidad y una integración de las distintas disciplinas científicas.

Epistemología significa ciencia o teoría de la ciencia; según Aristóteles es ciencia, y tiene por objeto conocer las cosas en su esencia y en sus causas; viene de la palabra griega epíteme.

El enfoque actual de la epistemología la sitúa como la teoría del conocimiento científico, y se caracteriza por su método (el método científico), el cual nos lleva a plantearnos problemas científicos y de investigación, a formular hipótesis y mecanismos para su verificación, razón por la cual podemos decir que la epistemología de la ciencia es el método científico.

La epistemología presenta el conocimiento como el producto de la interacción del hombre con su medio, conocimiento que implica un proceso crítico mediante el cual el hombre va organizando el saber hasta llegar a sistematizarlo, como en el caso del conocimiento científico.

12 TAMAYO, Mario. (2003). El proceso de la investigación científica. México: Limusa S.A (4ª ed). Pág. 23 y 24.

Por el concepto anteriormente expuesto el presente trabajo tendrá un fundamento basado en el Método Científico.

3.1.2 Método Científico¹³

El método científico es un procedimiento para descubrir las condiciones en que se presentan sucesos específicos, caracterizado generalmente por ser tentativo, verificable, de razonamiento riguroso y observación empírica.

Para Pardinás¹⁴: “Método de trabajo científico es la sucesión de pasos que debemos dar para descubrir nuevos conocimientos o, en otras palabras, para comprobar o disprobar hipótesis que implican o predicen conductas de fenómenos, desconocidos hasta el momento”.

El método científico no es otra cosa que la aplicación de la lógica a las realidades o hechos observados.

Para Cohen y Nagel¹⁵: “Método científico es la persistente aplicación de la lógica para poner a prueba nuestras impresiones, opiniones o conjeturas, examinando las mejores evidencias disponibles a favor y en contra de ellas”.

Por lo tanto, el método científico es un conjunto de procedimientos por los cuales se plantean los problemas científicos y se ponen a prueba las hipótesis y los instrumentos de trabajo investigativo.

Lo que importa y es fundamental en el método científico no es el descubrimiento de verdades en todo momento, sino más bien el determinar cuál ha sido el procedimiento para

13 TAMAYO, Mario. (2003). El proceso de la investigación científica. México: Limusa S.A (4ª ed). Pág. 27-30.

14 PARDINAS, citado por Tamayo y Tamayo, El proceso de la investigación científica. Pág. 26.

15 COHEN y NAGEL, citados por Tamayo y Tamayo, El proceso de la investigación científica. Pág. 26.

demostrar que un enunciado es así, pues cada ciencia plantea y requiere de un método especial, según sea la naturaleza de los hechos que estudia, pero los pasos que se han de dar o seguir están regulados por el método científico.

El punto de partida del método científico está en la realidad de su interpretación objetiva, lo que nos permite formular los problemas de investigación, los cuales no pueden formularse de una manera general sino que es necesario delimitarlos y especificarlos, a fin de darles un tratamiento adecuado.

El método científico lleva a eliminar el plano subjetivo en la interpretación de la realidad, permitiéndonos la objetividad en el proceso investigativo.

Para Bunge¹⁶: “el método científico es un rasgo característicos de la ciencia, tanto de la pura como de la aplicada: donde no hay método científico, no hay ciencia. Pero no es infalible ni autosuficiente. El método científico es falible: puede perfeccionarse mediante la estimación de los resultados a los que llega por medio del análisis directo. Tampoco es autosuficiente, no puede operar en un vacío de conocimientos, sino que requiere algún conocimiento previo que pueda luego ajustarse y elaborarse, y tiene que complementarse mediante métodos especiales adaptados a las peculiaridades de cada tema”.

Para Barragán¹⁷: Lo que importa del método científico es su independencia respecto de aquello (materia) que se investiga o estudia. Cada ciencia tendrá sus propios problemas y para ello debe utiliza prácticas o técnicas que se acomoden al objeto del estudio. Puede considerarse, entonces, que el método científico es la técnica o procedimientos más adecuados y, desde luego, más seguro para penetrar en el conocimiento de las cosas y llegar a establecer teoría más o menos estables.

16BUNGE, M., La investigación científica. Pág. 30.

17BARRAGÁN, H., Epistemología. Pág. 101.

El método científico rechaza o elimina todo procedimientos que busque manipular la realidad en una forma caprichosa, tratando de imponer prejuicios, creencias o deseos que no se ajusten a un control adecuado de la realidad y de los problemas que se investigan.

Entendemos por método un orden epistemológico, a partir de la lógica del pensamiento científico que surge de la teoría, teoría y método van siempre juntos, mientras que la metodología es la parte instrumental de la investigación, y como tal me lleva al objeto.

3.1.2.1 Elementos del Método Científico¹⁸

Goode y Hart¹⁹ presentan como elementos fundamentales del método científico los conceptos y las hipótesis, teniendo en cuenta su carácter sistemático.

Los conceptos. Puesto que la ciencia investiga aspectos de la realidad para comunicar sus hallazgos, cada una de las ciencias utiliza términos o conceptos propios. De ahí que se puede decir que cualquier ciencia tiene su sistema conceptual.

Puesto que todos estos conceptos son abstracciones y solamente algunos aspectos de la realidad, conviene determinar cuáles son los que debemos estudiar, teorías e hipótesis, y cómo establecer conceptos para ellos; es decir, establecer una conceptualización.

El concepto como abstracción. Los conceptos son construcciones lógicas creadas a partir de impresiones de los sentidos o de percepciones y experiencias. Es un error considerar que los conceptos existen realmente como fenómenos. El concepto no es el fenómeno en sí. Los conceptos, como hechos, son abstracciones y tienen significado dentro de un marco de referencia, dentro de un sistema teórico.

18 TAMAYO, Mario. (2003). El proceso de la investigación científica. México: Limusa S.A (4ª ed). Pág. 30-31.

19GOODE y HART, Método de Investigación Social. Pág. 57-96.

Todo hecho se afirma como una relación entre conceptos, pues cada término representa el fenómeno descrito por el hecho.

En este sentido, un hecho es una construcción lógica de conceptos. A su vez, los conceptos se abstraen de impresiones sensoriales o percepciones; el proceso de la conceptualización consiste en abstraer y generalizar impresiones de los sentidos. Estos en función del pensamiento.

3.1.2.2 Características del Método Científico²⁰

Según Ander Egg,²¹ pueden concretarse en las siguientes:

- **Es fáctico.** En cuanto se ciñe a los hechos, es decir, tiene una referencia empírica.
- **Trasciende los hechos.** Los científicos expresen la realidad, para ir más allá de las apariencias.
- **Verificación empírica.** Se vale de la verificación empírica para formular respuesta a los problemas planteados y para apoyar sus propias afirmaciones.
- **Auto-correctivo.** Esta permanente confrontación hace que el método científico sea además auto-correctivo y progresivo; auto-correctivo en cuanto va rechazando o ajustando las propias conclusiones; es progresivo, ya que al no tomar sus conclusiones como infalibles y finales, está abierto a nuevos aportes y a la utilización de nuevos procedimientos y nuevas técnicas.
- **Formulaciones de tipo general.** La cosa en particular o el hecho singular interesa en la medida en que éste es un miembro de una clase o caso de una ley; más aún, presupone que todo hecho es clasificable o legal.

20 TAMAYO, Mario. (2003). El proceso de la investigación científica. México: Limusa S.A (4ª ed). Pág. 32-33.

21ANDER EGG, op.cit. Pág. 17

- **Es objetivo.** La objetividad no sólo es lograr el objeto tal como es, sino evitar la distorsión del sujeto que lo conoce mediante las circunstancias concretas. Un hecho es un dato real y objetivo.

3.1.2.3 Aplicación del Método Científico²²

Los investigadores emplean el método científico para resolver diversos tipos de problemas.

El científico que se dedica a la investigación usa este método para lograr nuevos conocimientos. Quienes cultivan la investigación aplicada, lo utilizan cuando quieren hallar un nuevo producto que mejore las condiciones de vida.

La búsqueda del conocimiento es un proceso lento, pero las soluciones son aproximativas.

A pesar de los avances logrados en la búsqueda de conocimiento, el hombre no ha encontrado aún un método perfecto para obtener respuesta a su pregunta. Los razonamientos inductivo y deductivo presentan ciertas limitaciones como instrumento~ de investigación. El método científico ha demostrado ser un medio útil para adquirir conocimientos en las ciencias de la naturaleza, poco a poco aplicable a la solución de los problemas de la vida en el mundo moderno.

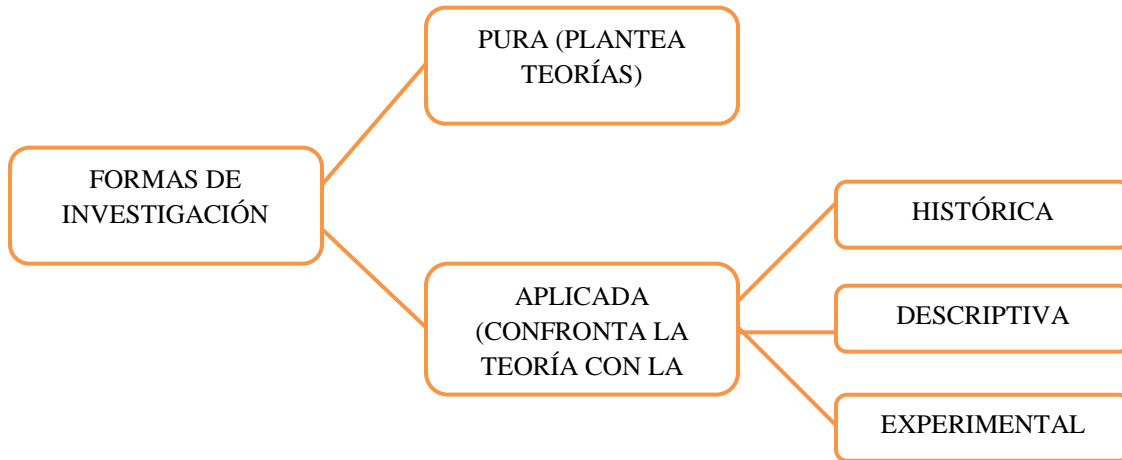
- a) **Metodólogo:** En la literatura de la investigación científica, metodólogo es la persona del investigador que se ocupa del planteamiento de los problemas que las hipótesis intentan resolver y de su comprobación, es decir, es quien aplica la metodología científica.
- b) **Forma de investigación.** Tradicionalmente, y de acuerdo con los propósitos inmediatos que persigue el autor de la investigación, ésta se ha dividido en dos

22 TAMAYO, Mario. (2003). El proceso de la investigación científica. México: Limusa S.A (4ª ed). Pág. 33.

formas y tres tipos, de los cuales se desprenden o puede incluirse los diferentes estudios de investigación.²³

Gráfico N° 4

Formas de Investigación



Fuente: TAMAYO, Mario. (2003). El proceso de la investigación científica. México: Limusa S.A (4ª ed). Pág. 42.

Según el propósito o razón la forma de investigación sobre la cual se basará el presente trabajo será Aplicada debido a que lo que se busca es relacionar la teoría (descripción) para luego aplicar la misma en una organización con el objeto de proponer una solución alternativa en base al estudio realizado en el presente trabajo.

3.1.3 Método de Investigación

La presente investigación aplicará el método deductivo e inductivo.

23TAMAYO, Mario. (2003). El proceso de la investigación científica. México: Limusa S.A (4ª ed). Pág. 42.

3.1.3.1 Método Deductivo

El cual consiste en descomponer los hechos generales a hechos particulares o específicos. Parte de un marco general de referencia y se va hacia un caso en particular. En la deducción se compran las características de un caso objeto y fenómenos. En la deducción se realiza un diagnostico que sirve para tomar decisiones, por tanto, la definición cobra particular importancia. Si la definición no se realiza pueden sobrevenir muchas confusiones.

Se tomará la base teórica general sobre la ayuda oficial al desarrollo, enfoque sectorial y gestión de proyectos sociales.

Asimismo, teniendo en cuenta las razones y motivos que originaron el problema se procede a recabar información del Ministerio de Salud y Deportes.

3.1.3.2 Método Inductivo

"Proceso de conocimiento que se inicia por la observación de fenómenos particulares con el propósito de llegar a conclusiones y premisas generales que pueden ser aplicadas a situaciones similares a la observada." También menciona que: "A partir de verdades particulares, concluimos en verdades generales"²⁴.

El presente trabajo de investigación se llevará a cabo también mediante los lineamientos del método inductivo, puesto que se partirá del análisis y observación de los fenómenos o situaciones particulares suscitadas en el contexto de los programas y proyectos del Ministerio de Salud y Deportes con el fin de poder explicar y proponer alternativas de solución al problema de la eficacia en la su gestión y ejecución , las conclusiones que se obtengan puedan servir como base para explicaciones posteriores a realidades parecidas que atraviesan hoy en día las Instituciones en el país y en el mundo y sobre todo las del rubro de salud.

24MENDEZ A., C. (1995). Metodología. Colombia: Editorial McGraw Hill, Pág. 27.

3.1.4 Tipo de Investigación

Cuando se va a resolver un problema en forma científica, es muy conveniente tener un conocimiento detallado de los posibles tipos de investigación que se pueden seguir. Este conocimiento hace posible evitar equivocaciones en la elección del método adecuado para un procedimiento específico.²⁵

Conviene anotar que los tipos de investigación difícilmente se presentan puros; generalmente se combinan entre sí y obedecen sistemáticamente a la aplicación de la investigación.²⁶

3.1.4.1 Descriptivo

Comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o procesos de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre cómo una persona grupo o cosa se conduce o funciona en el presente.²⁷

La investigación descriptiva trabaja sobre realidades de hecho, y su característica fundamental es la de presentarnos una interpretación correcta.

El presente trabajo es descriptivo²⁸ porque en un principio el presente estudio realizará una descripción general de la problemática de la gestión y ejecución de los programas y proyectos en el Ministerio de Salud y Deportes.

25TAMAYO, Mario. (2003). El proceso de la investigación científica. México: Limusa S.A (4ª ed). Pág. 43.

26Ibid. Pág. 43-44.

27BEST, J.W., Op.Cit. Pág. 53.

28ORTIZ Frida y María GARCÍA. Metodología de la Investigación. México: Limusa. (5ta ed.) 2005.

3.1.4.2 Propositivo²⁹

La investigación propositiva se caracteriza por generar conocimiento, a partir de la labor de cada uno de los elementos de investigación para alcanzar reconocimiento científico interno y externo. Así como las líneas de investigación donde los elementos estudiados concuerdan con el objetivo del estudio y establezcan soluciones a problemas determinados.

La coordinación de este tipo de investigación propone y organiza los espacios de interacción entre los elementos a ser investigados, sociabiliza las propuestas y cristaliza la integralidad científica, aspectos que son indispensables en el diseño y el desarrollo de proyectos de investigación.

El presente trabajo resulta también ser propositivo a razón de que el resultado que vaya a ser obtenido del estudio realizado en el transcurso del presente estudio tiene como objetivo proponer una solución alternativa al problema de gestión y ejecución financiamiento con una opción teórica y metodológica de mejora de la eficacia a la ayuda oficial al desarrollo.

3.1.5 Sujetos de Investigación

La unidad objeto de estudio es el Ministerio de Salud y Deportes.

3.1.6 Población y Muestra

Para la presente investigación no se define población y muestra ya que la investigación se la realiza íntegramente en la unidad objeto de estudio: Ministerio de Salud y Deportes.

3.1.7 Técnicas de Investigación³⁰

El investigador cuenta con fuentes primarias y secundarias.

29 Tamayo Op. Cit. Pag 46

30 TAMAYO, Mario. (2003). El proceso de la investigación científica. México: Limusa S.A (4ª ed). Pág. 45.

3.1.7.1 Fuentes Primarias

Las fuentes primarias constituyen los elementos básicos de la investigación. En el presente estudio las fuentes primarias las constituyen los libros utilizados en el Marco teórico que sirven para el sustento teórico del Proyecto.

3.1.7.2 Fuentes Secundarias

El investigador recurre también a fuentes secundarias, es decir, a la información que proporcionan las personas que no participan directamente en ella. Estos datos los encuentra en enciclopedias, diarios, publicaciones periódicas y otros materiales.

Se debe hacer referencia a ellas cuando no se puede utilizar una fuente primaria por una razón específica, cuando los recursos son limitados y cuando la fuente es confiable. La utilizamos para confirmar nuestros hallazgos y ampliar el contenido de la información.

La técnica de investigación aplicada en el presente trabajo será de fuentes secundarias, debido a que el objetivo del presente trabajo es proponer una alternativa basada en la información proporcionada por el Ministerio de Salud y Deportes y otros estudios publicados.

3.1.7.3 Fuentes Documentales

Es aquella que se basa en la obtención y análisis de datos provenientes de materiales impresos u otros tipos de documentos.³¹

Según Alfonso (1995), la investigación documental es un procedimiento científico, un proceso sistemático de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información o datos en torno a un determinado tema. Al igual que otros tipos de investigación, éste es conducente a la construcción de conocimientos.

Investigación Documental podemos caracterizarla de la siguiente manera:

31TAMAYO, Mario. (2003). El proceso de la investigación científica. México: Limusa S.A (4ª ed). Pág. 45.

- Se caracteriza por la utilización de documentos; recolecta, selecciona, analiza y presenta resultados coherentes.
- Utiliza los procedimientos lógicos y mentales de toda investigación; análisis, síntesis, deducción, inducción, etc.
- Realiza un proceso de abstracción científica, generalizando sobre la base de lo fundamental.
- Realiza una recopilación adecuada de datos que permiten redescubrir hechos, sugerir problemas, orientar hacia otras fuentes de investigación, orientar formas para elaborar instrumentos de investigación, elaborar hipótesis, etc.
- Puede considerarse como parte fundamental de un proceso de investigación científica, mucho más amplio y acabado.
- Es una investigación que se realiza en forma ordenada y con objetivos precisos, con la finalidad de ser base a la construcción de conocimientos.
- Se basa en la utilización de diferentes técnicas de: localización y fijación de datos, análisis de documentos y de contenidos.

La información con la que se realizará la propuesta del Proyecto, está contenido en los documentos del Ministerio de Salud y Deportes y otras publicaciones nacionales e internacionales.

3.1.8 Estudio Transversal

Se realiza en un lapso de tiempo corto. Es como tomar una instantánea de un evento.

Un estudio transversal, estudio de prevalencia o estudio vertical es un estudio estadístico y demográfico, utilizado en ciencias sociales y ciencias empresariales. Es un tipo de estudio observacional y descriptivo, que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto de la investigación documental en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de los resultados estadísticos. Los estudios transversales, frente a los estudios longitudinales, muestran información en un momento de corte en el tiempo.

Para el presente estudio se contara con la información tomada el momento de la investigación que es la información histórica hasta el año 2012.

3.2. Trabajo de Campo

3.2.1. Diagnóstico de la Situación Actual de la Gestión de Recursos Externos en el Ministerio de Salud y Deportes

3.2.1.1. Contexto Sanitario

3.2.1.1.1 Estructura Sistema de Salud

Bolivia tiene una población de 10.426.154 habitantes al 2010 según las proyecciones realizadas a partir del Censo poblacional del 2001 (*Fuente: Instituto Nacional de Estadística*), en este sentido la tasa anual de crecimiento estimada es de 1,9%. El país se encuentra atravesando una transición demográfica, determinada por la disminución de la natalidad, lo cual da lugar a un envejecimiento de la población, lo cual se demuestra en el descenso de la tasa global de fecundidad de 4.8 hijos en 1994 a 3.5 hijos en el 2008 (*Fuente: ENDSA 1994 y 2008*). Es evidente que esta transición no es generalizada en todo el territorio, debido a la creciente disparidad entre regiones y áreas del país.

La esperanza de vida al nacer por sexo es de 65 años para varones y 68 para mujeres (*Fuente: OMS, 2010*), asimismo, la tasa de mortalidad infantil (TMI) 2004-2008 es de 50 x 1000 nacidos vivos (*Fuente: ENDSA, 2008*), y la razón de mortalidad materna 1999-2003 de 223 x 100.000 nacidos vivos (*Fuente: ENDSA 2003*).

De acuerdo al Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015 del Ministerio de salud, el perfil epidemiológico se caracteriza por la alta incidencia y prevalencia de enfermedades transmisibles (tuberculosis, chagas, leishmaniasis, etc.), así como infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y patologías relacionadas con las condiciones maternas y neonatales, que están vinculadas a nuestro nivel de desarrollo y con las condiciones de pobreza y exclusión social. Asimismo, se encuentra en proceso una modificación del perfil

epidemiológico debido al incremento de enfermedades crónicas, no transmisibles y degenerativas (*Fuente: OMS 2009 Mortality and Burden of Disease Estimates for WHO Member States 2004*).

El Anuario Estadístico del INE 2005, establece que el 39.6% de la población del país vive en pobreza extrema, mientras que el 29.1% de la población del área urbana y el 58.6% del área rural se encuentran en esta categoría.

Con la aprobación de la Constitución política el 9 de febrero de 2009, Bolivia funda un nuevo Estado unitario, plurinacional, intercultural, descentralizado y con autonomías. Reconoce cuatro tipos de gobiernos autonómicos, departamental, regional, municipal e indígena originario campesino. La concepción del “El Vivir Bien” es el fundamento del modelo de desarrollo económico social y cultural conducido por el Estado con la participación de agentes privados, comunitarios y públicos. Propone el encuentro entre pueblos y comunidades respetando la diversidad e identidad cultural descolonizadora, así como los derechos de la Madre Tierra.

El Estado Plurinacional de Bolivia, establece nuevos paradigmas respecto al derecho a la salud y la vida que han generado transformaciones profundas y significativas en la concepción de la salud desde la perspectiva del Derecho y de su Determinación Social. Estos paradigmas se describen en el Plan de Desarrollo Sectorial 2011-2015, de tal manera que la política de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI articulada al sistema único de salud constituyen la base estructural para el acceso universal a servicios de salud, y a los programas de “Desnutrición Cero”, “Bono Juana Azurduy”, “Desarrollo Infantil Temprano”, “Moto Méndez”, “Fortalecimiento Funcional e Integrado de las Redes de Servicios de Salud”, “Malaria, TB y VIH-SIDA”, que en conjunto contribuyen al ejercicio pleno del derecho a la salud y a la eliminación de la exclusión social en salud.

Entre los principales cambios competenciales están: el nuevo modelo de desarrollo económico social y cultural conducido por el Estado (2006), la Ley de Marco de Autonomías y Descentralización (2010), la política de la salud familiar comunitaria intercultural del sistema único (2010), la rectoría para la recuperación de la soberanía sanitaria y de la autoridad en todo nivel, la incorporación de nuevos niveles de gestión

territorial, la transferencia a estos de nuevas responsabilidades y recursos, y la participación de nuevos líderes sociales en la gestión y en la toma de decisiones.

Respecto de la gestión autonómica en salud esta se encuentra en la etapa de institucionalización en los Estatutos Orgánicos a nivel departamental y en las Cartas Municipales a nivel municipal. En consecuencia, el sistema de salud, el sector y las instituciones de salud en Bolivia se encuentran inmersos en un proceso de cambios profundos que requieren, entre otros, voluntad política concertada entre todos los involucrados en el quehacer en salud: el gobierno, el MSD y SEDES, los gobiernos municipales, las organizaciones sociales, sindicales, de profesionales y la cooperación internacional, no solo para hacer más eficiente y transparente la administración sectorial, sino para lograr las transformaciones estructurales demandadas en la Constitución Política del Estado.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se define como el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud bajo la regulación del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) (*Fuente: UDAPE, 2007*) está dividido en subsectores, entre los cuales se tiene: i) público, ii) de la seguridad social, iii) el privado con y sin fines de lucro iv) y la medicina tradicional, asimismo, la estructura de establecimientos de salud se subdivide en: i) públicos, ii) privados, iii) de la seguridad social, iv) de la iglesia y v) de las fuerzas armadas / policía.

El gasto nacional en salud como % del PIB se ha incrementado de 4.97% en 1998 a 6.95% en el 2002, asimismo, el gasto nacional en salud per cápita en dólares americanos ha aumentado de 55.45\$ en 1998 a 61.37\$ en el 2002 (*Fuente: Análisis de la Situación de Salud en Bolivia, 2004*)

El Decreto Supremo N° 29601 Modelo Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) en su Artículo N°5, define al modelo como el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

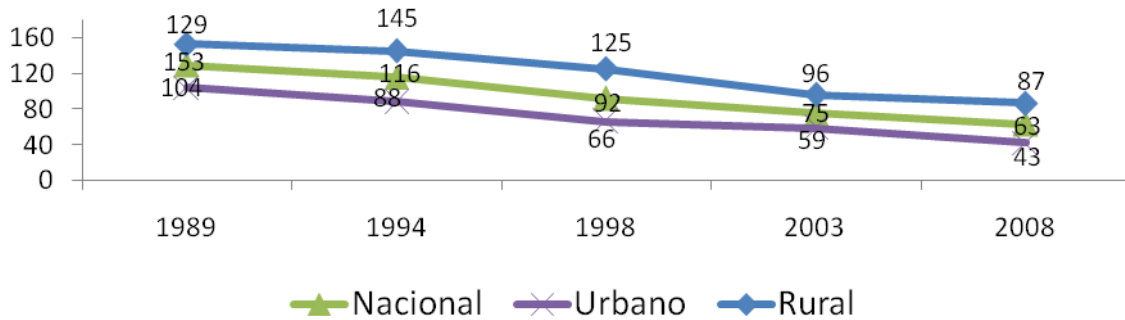
3.2.1.1.2 Situación de Salud

Los seguros públicos han ido evolucionando partiendo del Seguro Madre Niño, al Seguro Básico de Salud, al Seguro Universal Materno Infantil y actualmente al Seguro Universal Materno Infantil Ampliado, este progreso se traduce en el incremento significativo del número de prestaciones otorgadas a las mujeres embarazadas y niños menores de 5 años; se ha incrementado el uso de servicios de salud, acompañado por un aumento sostenido de recursos humanos. Sin embargo, todos estos esfuerzos no han cumplido su fin último, que es favorecer principalmente a la población más pobre, sino que se concentra en población de mediano a bajos ingresos. La mortalidad infantil y la mortalidad materna han disminuido en mayor medida en el área urbana mientras que en el área rural no se establece una disminución significativa. Si bien se han realizado muchas mejoras en el Sistema de Salud, los principales indicadores de salud muestran que el impacto en la situación de salud de la población del área rural es leve determinando brechas importantes con el área urbana en relación a la mortalidad, parto institucional, cuarto control prenatal y vacunación de pentavalente.

De manera general, Bolivia presenta un perfil de morbilidad con incidencia y prevalencia de enfermedades transmisibles por vectores: tuberculosis, mal de Chagas, leishmaniasis, etc., así como de infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y problemas relacionados a las condiciones maternas y neonatales. Sin embargo, el país se encuentra en proceso de transición epidemiológica y la mejora de las condiciones de vida hace que la población tenga una mayor esperanza de vida y consecuente presencia de enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas, como afecciones cardiovasculares, cáncer, diabetes, sobrepeso y obesidad, además de causas externas, como accidentes, suicidios y homicidios. Por lo tanto, el perfil epidemiológico de la salud en Bolivia en la actualidad es de doble carga.

Los siguientes gráficos muestran la situación de algunos indicadores actuales:

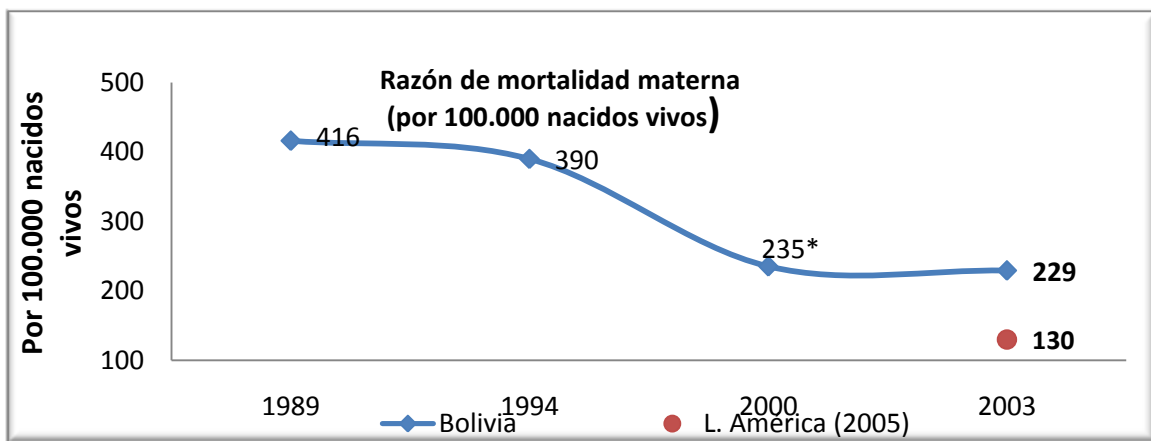
Gráfico N° 5
TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ
Tasa de Mortalidad en menores de 5 años (por mil nacidos vivos)



Fuente: UDAPE 2010

La reducción de la mortalidad de la niñez ha sido muy importante desde 1989. Sin embargo, Bolivia continúa lejos del promedio de Latinoamérica en mortalidad infantil (26 por mil nacidos vivos, 2005). La brecha para el cumplimiento de este ODM al 2015 es de 20 pts.

Gráfico No. 6
TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD MATERNA
Razón de Mortalidad Materna



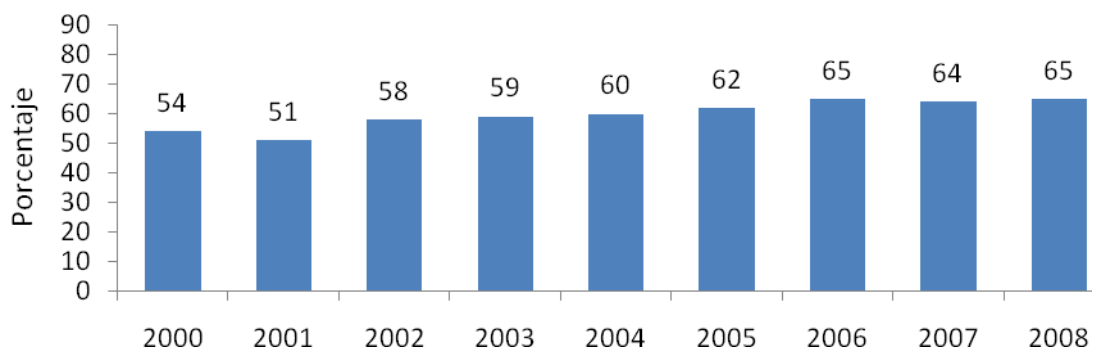
Fuente: UDAPE 2010

Para el 2003 se observa que por cada 100.000 nacidos vivos, murieron 229 madres a causa de complicaciones en el embarazo o parto, que representa 1.7 veces más que la razón para Latinoamérica. Se espera que la mortalidad materna se reduzca con el Bono Juana Azurduy.

Gráfico No. 7

TENDENCIAS DE LA COBERTURA DE PARTOS INSTITUCIONALES

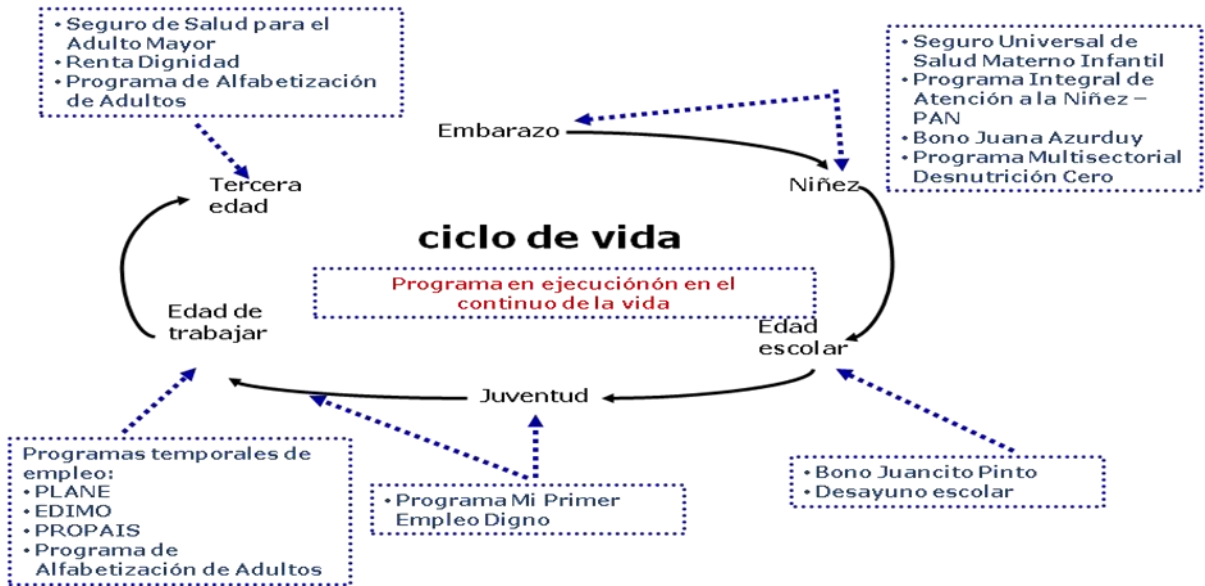
Cobertura de parto institucional 2000 - 2008



Fuente: UDAPE 2010

La cobertura de parto institucional en el periodo 1996-2006 tuvo un comportamiento creciente, pero aún casi 4 de cada 10 madres no tiene asistencia profesional durante el parto. En el periodo 2006-2008 el indicador es constante. Se espera mejore con la consolidación del Bono Juana Azurduy. La brecha para el 2015 de este ODM es de 20 puntos. Para el cumplimiento de los ODMs, como estrategia, el país está implementando los programas siguientes:

Gráfico No. 8
PROGRAMAS EN EJECUCIÓN 2010



Fuente: UDAPE 2011

La población indígena originaria tiene condiciones de pobreza y de salud más precarias en que la población no originaria..

Tabla No. 7
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN EL IDIOMA
QUE HABLA LA MADRE

Idioma que habla la madre	Tasa mortalidad infantil 2001
BOLIVIA	61 x 1.000 nv.
Quechua	100
Guaraní	84
Aymara	75
Castellano y nativo	70
Otro nativo	63
Castellano solamente	53
Castellano y extranjero	40

Fuente: INE (CNPV 2001)

Por otra parte, los Municipios de Bolivia que han adoptado la autonomía indígena originaria campesina también muestran más mortalidad infantil y menos desarrollo humano que el promedio nacional.

Finalmente, la MECOVI 2.007 muestra que los pueblos indígenas originarios tienen menos acceso a servicios de salud: sólo un 51,4% de las personas de origen aymara que buscaron atención, la recibieron; en tanto que un 63,9% de pobladores no indígenas fueron atendidos.

3.2.1.1.3 Exclusión en Salud

Gran parte de la población que vive en condiciones de vulnerabilidad se encuentra excluida total o parcialmente de los servicios de salud. Según la MECOVI 2.002, la tasa de exclusión en salud alcanzó al 58% de la población. De acuerdo al Sistema Nacional de Información en Salud Del otro 82% que buscó algún servicio de salud, el 55% fueron atendidos por personal de salud (no se considera la calidad ni el resultado); el otro 45% no

accedió a ningún servicio institucional aunque había percibido la necesidad de hacerlo. De este, el 6% se hizo atender con un farmacéutico y el 39% por algún familiar u otra persona.

Además, parece existir una relación negativa entre atención institucional y pobreza. El 59% de las personas que tiene un ingreso mayor a la línea de pobreza ha logrado atender su demanda de salud institucionalmente, comparado con sólo el 44% y el 35% de los pobres y pobres extremos respectivamente.

La exclusión en salud también es posible medirla a través de la tasa de partos atendidos en el sistema de salud: la ENDSA 2008 muestra que para el periodo 2.003-2.008, el 24,8% de las parturientas fueron atendidas por una persona no capacitada (generalmente un familiar), o no fueron atendidas por nadie. Esta proporción alcanza a un 42,7% en el área rural, y a un 54,5% de las mujeres más pobres.

Por otra parte, la distribución del riesgo de exclusión *en salud* según área geográfica y región muestra que el mayor riesgo está en el occidente urbano y en el oriente rural, con 40% y 41% respectivamente.

Tabla No. 8
DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO DE EXCLUSIÓN EN SALUD, SEGÚN
ÁREA GEOGRÁFICA Y REGIÓN

Área	Región	Grado del riesgo de exclusión			
		Severo	Alto	Moderado	Leve
Urbana	Occidente	40%	4%	10%	46%
	Valles	26%	7%	22%	45%
	Oriente	3%	0%	80%	17%
Rural	Occidente	21%	75%	0%	5%
	Valles	16%	82%	0%	2%
	Oriente	41%	5%	6%	48%

Fuente: UDAPE OPS 2004, Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia

Los departamentos del oriente (Santa Cruz, Beni y Pando), son los que muestran menor grado de riesgo de exclusión. En cambio, el departamento del Beni es el menos excluido (95) sumando los tramos de riesgo severo y alto, seguido por Santa Cruz (16%) y Pando

(22%). Los departamentos que presentan el mayor grado de riesgo de exclusión (severo y alto) son Potosí (89%), Chuquisaca (76%) y Oruro (62%).

De acuerdo a la ENDSA 2008 el 92% de las mujeres bolivianas identifica al menos un problema de acceso a servicios de salud, la proporción de mujeres con problemas de acceso no disminuyó desde el 2003.

3.2.1.1.4 Política Sectorial e Institucional

El Plan Sectorial de Desarrollo 2.011-2.015: “*Movilizados por el derecho a la salud y la vida*”, es el que orienta el accionar de todo el sector salud en Bolivia. Se halla alineado con los nuevos paradigmas de desarrollo del Estado Plurinacional establecidos en NCPE, con el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan de Gobierno 2.010-2.015 y con la política de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural.

El marco teórico y estratégico del PSD está orientado a fundamentar las relaciones entre los diversos ámbitos y niveles en los que se desarrolla el proceso salud/enfermedad (curación, rehabilitación, recuperación, prevención y promoción de la salud), desde la epidemiología, la salud pública y la protección social.

La salud no puede y no debe considerarse como un fenómeno ajeno a las características sociales, económicas, políticas y culturales propias de nuestro país y de su diversidad, por lo tanto se puede afirmar que el proceso salud/enfermedad no tiene únicamente causas, sino determinantes y condicionantes.

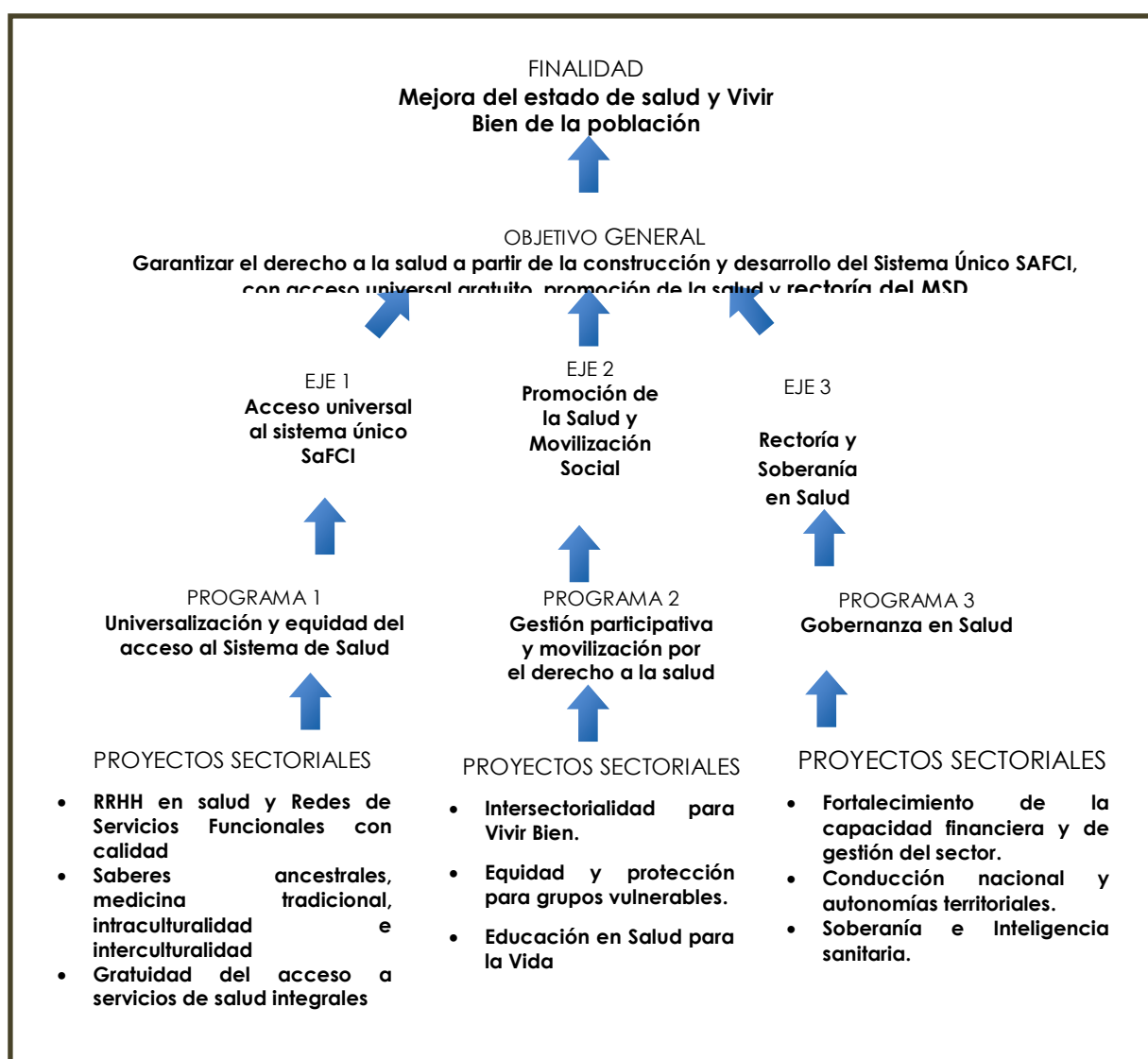
En tal sentido, el Plan Sectorial de Salud 2011-2015, indica que la propuesta en torno a la definición de salud obliga a incorporar nuevos valores y por consiguiente, nuevas responsabilidades personales y sociales. Esto implica asumir completamente valores de igualdad, accesibilidad, gratuidad y equidad, principios que privilegian la vigencia la salud y la vida como derechos humanos fundamentales.

En el marco del replanteamiento conceptual señalado, se asume la salud como: *un proceso multidimensional de contradicciones*, entre situaciones destructivas y protectoras para la vida y la salud, las cuales son específicas en cada espacio social, con sus características productivas, organizativas, culturales y de relaciones históricas con el medio

ambiente, que se dan en momentos concretos e interdependientes de clase social, género y etnia. (Fuente: Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015)

Para cada eje, se han creado programas y proyectos sectoriales, con objetivos específicos que contribuirán a alcanzar tanto los objetivos estratégicos como el objetivo general para contribuir al mejoramiento del estado de salud y al Vivir Bien. La estructura programática que resulta de esta cascada de objetivos se presenta en el Gráfico No. 9

Gráfica No. 9
ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA DEL PSD 2.011-2015



Fuente: PSD 2011-2015

3.2.2 Programas y Proyectos en Salud

Bolivia experimento a partir del segundo quinquenio de los ochenta importante flujo de desembolsos de financiamiento externo, como resultado de la firma de convenios de asistencia externa por un monto cercano a los \$us 18000 millones³² para el periodo comprendido entre el 1986 -2008. El sector salud y seguridad social participa con el 5.7% del total de estos recursos.

Se distinguen dos subperiodos: 1986-1990, cuando el promedio de desembolsos alcanzó a \$us 478 millones y 1991-2002 cuando este promedio ascendió a \$us 618 millones. En el caso de desembolsos asignados a programas y proyectos de salud y seguridad social, durante el primer subperiodo se alcanzó a \$us 28 millones, en tanto que durante el segundo, el promedio ascendió a \$us 44 millones, denotando un incremento del 75%.

El análisis por agencias de cooperación multilateral y bilateral señala que de un total de 54 donantes para el 2003, 30 de ellos financian programas o proyectos de salud y seguridad social.

El Decreto Supremo N° 29803 establece las normas y procedimientos q deben observar el órgano rector del Sistema Nacional de Inversión Pública y Financiamiento Externo y toda entidad beneficiaria o ejecutora de recursos externos de donación³³ provenientes de organismos financiadores multilaterales, agencias de cooperación, gobiernos y organizaciones no gubernamentales.

En el caso de recursos externos provenientes de créditos que podrían ser concesionales o no, las normas y procedimientos para su disposición son determinadas de acuerdo a ley específica del Estado.

32Este monto incluye créditos contratados y donaciones con agencias multilaterales y bilaterales de cooperación. Documento de Trabajo N°18 Mecanismos de Coordinación entre el Gobierno y la CI en Salud – Lic. Marina Cárdenas Diciembre 2003

³³ El Decreto Supremo N°29308 establece tres tipos de donación: i) Oficial, es aquella otorgada a través de un Acuerdo o Convenio suscrito con el Estado; ii) Directa, otorgada en forma directa a entidades públicas sin la suscripción de un Acuerdo o Convenio; y iii) No Oficial o Unilateral, aporte no reconocido como cooperación al Estado.

Asimismo, el Decreto Supremo N° 29308 determina la obligatoriedad del registro de todas las donaciones que reciben organismos multilaterales, agencias de cooperación, gobiernos y organizaciones no gubernamentales a nombre del Estado Boliviano.

En lo que se refiere a la donación oficial y directa, los mecanismos de ejecución, administración y condiciones de efectividad de los proyectos están determinadas por los Acuerdos Específicos de Financiamiento, Convenios Marco y Convenios Subsidiarios determinados en el Decreto Supremo N° 29308.

Aquellos proyectos cuya ejecución se realice en el marco de la normativa nacional y bajo la rectoría de alguna institución pública, el registro del financiamiento externo en el presupuesto y en los informes fiscales, descansa íntegramente bajo la responsabilidad de la entidad ejecutora o beneficiaria que tiene a su cargo la ejecución del proyecto, debiendo sustentar los mismos con los convenios suscritos con los financiadores, cronogramas de desembolso y la certificación de disponibilidad de recursos del VIPFE. De forma similar, la entidad debe también cumplir con la programación del gasto (corriente y de inversión) para programas y proyectos con financiamiento externo, siguiendo los clasificadores presupuestarios aplicables e identificando la fuente de financiamiento y organismo financiador.

Con el propósito de determinar la instancia ante la cual se debe efectuar el registro presupuestario, se debe determinar si la iniciativa constituye un Proyecto de Inversión Pública o un Proyecto de Fortalecimiento Institucional (gasto corriente) en el marco de lo establecido por las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP), en el primer caso, le corresponde al VIPFE validar y aprobar el registro correspondiente y en el segundo caso, será el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas quien realiza la tarea.

Bajo esta normativa, y a partir de la inclusión de los ingresos y gastos de los proyectos con financiamiento externo en el presupuesto, éstos forman también parte de los reportes fiscales, tanto mensuales disponibles en el SIGMA, como en los estados financieros anuales de la administración central que elabora la Dirección General de Contabilidad Fiscal.

Ahora bien, aquellos proyectos cuya ejecución técnica y administrativa no se encuentran bajo la norma nacional y han sido delegadas a instituciones no públicas en el país, el financiador tiene la responsabilidad de informar al VIPFE sobre los recursos ejecutados en territorio boliviano.

En el marco de las atribuciones delegadas al VIPFE está el centralizar la información sobre el financiamiento externo (créditos/préstamos y donaciones), otorgada a través de convenios y/o acuerdos suscritos con el Estado Boliviano. El VIPFE mantiene registros por fuente de financiamiento, detallando en cada caso el monto comprometido según convenio, estimaciones de desembolso para cada año y los desembolsos efectivos. Esta información es registrada a través del Sistema de Información sobre Financiamiento Externo (SISFIN).

En el caso del Ministerio de Salud y Deportes, en su calidad de máxima autoridad del sector salud, conduce la política sanitaria del país. En este marco, ejecuta los recursos, financieros y no financieros, otorgados a través de créditos y donaciones por los Gobiernos, las agencias bilaterales y organismos multilaterales a través de programas y proyectos que contribuyen directamente a cumplir los objetivos y metas del Plan Sectorial de Salud.

Las fuentes de asistencia externa se clasifican en: multilaterales, bilaterales, sistema de naciones unidas y cooperación técnica para el desarrollo; las principales agencias que cooperan al MSD son las siguientes:

Tabla N° 5
CLASIFICACIÓN POR TIPO DE AGENCIA

Multilaterales	Abreviaturas
Banco Interamericano de Desarrollo	BID
Banco Mundial	BM - AIF
Comisión de la Unión Europea	UE
Fondo Nórdico para el Desarrollo	NDF
Bilaterales	
Bélgica	CTB
Canadá	ACDI
Corea	KOICA
España	AECI
Estados Unidos de América	USAID
Francia	FRA
Italia	ITA
Japón	JICA
Sistema de las Naciones Unidas	
Organización Panamericana de la Salud	OPS
Organización Mundial de la Salud	OMS
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo	PNUD
Fondo de Población de las Naciones Unidas	UNFPA
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia	UNICEF
Cooperación Técnica para el Desarrollo	
Argentina	ARG
Brasil	BRA
Chile	CH
México	MX
Venezuela	VEN

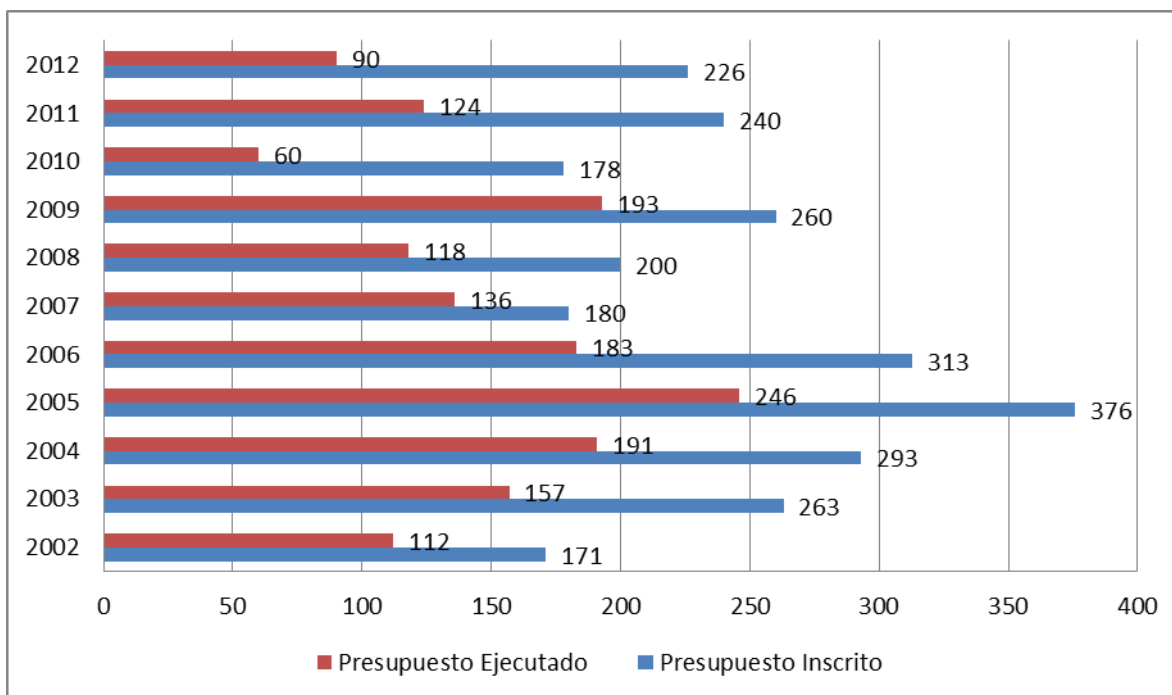
Fuente MSD

La ejecución de recursos financieros, no financieros y cooperación técnica en el MSD se da a través de programas o proyectos que siguen la siguiente dinámica:

- Las Agencias multilaterales y bilaterales suscriben convenios específicos multianuales para la ejecución específica de determinado programa /proyecto, bajo un presupuesto pre acordado que incluye normalmente una contraparte nacional que podrá ser en especie o en efectivo. En el caso de los créditos, este convenio tiene rango de ley del Estado.
- Las Agencias del Sistema de Naciones Unidas, suscriben planes de acción multianuales de asistencia técnica y financiera, en los cuales los presupuestos son referenciales y los desembolsos anuales dependen de la asignación de fondos por ejes temáticos (salud materna, VIH, etc), no se exige contraparte nacional.
- Los países que brindan cooperación técnica también conocida como “cooperación sur – sur”, brindan fundamentalmente apoyo técnico en temas específicos e intercambio de experiencias exitosas entre países con contextos parecidos. Normalmente, se suscriben convenios previa negociación a través del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.

A continuación se presenta un resumen desde la gestión 2002 al 2010 de los recursos financieros de fuente externa (donación y créditos) inscritos en el presupuesto del MSD y ejecutados anualmente:

Gráfico N° 10
ESTADO DE EJECUCIÓN DE PRESUPUESTO POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO
(En Millones de Bolivianos)



Fuente: SIGMA

A partir del 2002 se puede observar un ascenso progresivo de recursos inscritos en el MSD a través de proyectos o programas, teniendo su pico más alto en el 2005, esto se debe a la contratación de nuevos financiamientos que anualmente desembolsan fondos al MSD. Normalmente el plazo de ejecución de proyectos en el MSD es de 5 años, por lo que en la gestión 2007 disminuye los desembolsos porque muchos proyectos se encontraban en periodo de cierre. A partir de la gestión 2008 al 2010 caen los desembolsos al MSD comparando con la primera etapa (2002 – 2006) por el menor número de proyectos que se administran. Normalmente el periodo de negociación para la contratación de nuevos financiamientos demora 1 año entre la presentación de propuestas y la firma de convenios.

El 2010 muestra una caída en los desembolso y en la ejecución financiera, la cual se debe a la crisis política que vivió el sector con el cambio de tres autoridades en el mismo año y la correspondiente rotación de autoridades intermedias y personal técnico del MSD y de los proyectos inscritos.

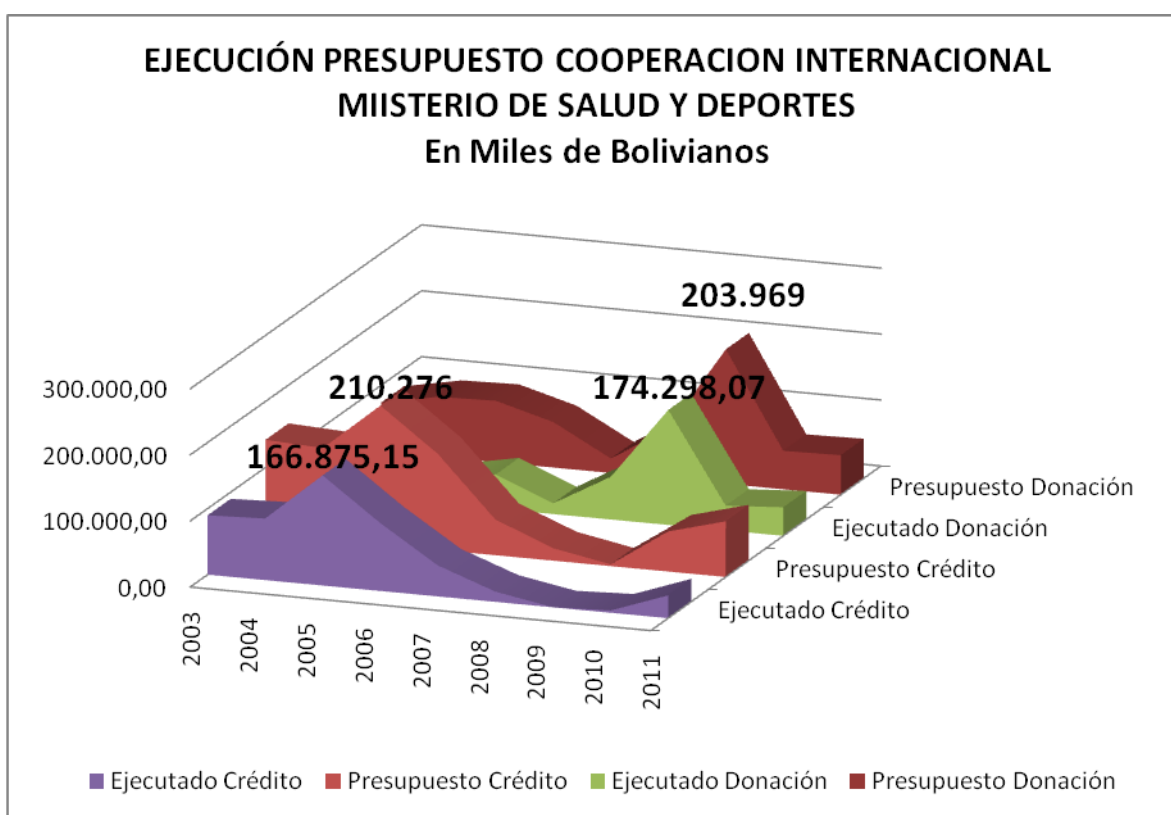
El contexto político de transformación que vivió el país desde el 2003 al 2010 y que aún continúa tiene repercusión directa en la contratación de nuevos recursos financieros externos y en la ejecución de los fondos inscritos.

La ejecución financiera en promedio de los recursos externos es de 63% promedio, lo cual también afectó el desembolso de fondos, y el promedio de recursos fuente externa en el presupuesto anual del MSD es del 35% en promedio en el periodo analizado.

A continuación se presenta la relación de los recursos financieros externos en el periodo 2002-2010 discriminados entre donación y crédito.

Gráfico No. 11

EJECUCIÓN DE PRESUPUESTO EN EL MSD



Fuente: SIGMA - MSD

En la primera etapa del 2002 a 2006 los proyectos con crédito repuntan en el presupuesto del MSD, principalmente a través del Banco Mundial y Banco Interamericano de

Desarrollo. En la segunda etapa 2007 – 2010 proyectos de donación incrementan sus recursos a través de la cooperación bilateral de países como Canadá, España, Bélgica y Francia.

El MSD ejecuta en promedio 10 proyectos/programas de agencias multilaterales, bilaterales y del Sistema de Naciones Unidas anualmente, entre proyectos de inversión y gasto corriente.

Para el 2012 se encuentran inscritos 17 proyectos/programas para ejecución en el MSD, entre inversión y gasto corriente cuyo alcance geográfico es variable. Asimismo, se encuentra en negociación la contratación de 4 nuevos proyectos, 2 de los cuales corresponden a donación de la República de Corea a través de su agencia KOICA por un valor estimado de \$us 29.3 millones para construcción y equipamiento de hospitales (Proyecto Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva de Hospitales en Beni y Pando \$us 18 millones; Proyecto Construcción Hospitales de Segundo Nivel de atención en Moxos y Montero \$us 11.3 millones), los restantes 3 corresponden a créditos concesionales con el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de Italia por un valor de \$us 58 millones (Programa de Mejoramiento de la Atención Hospitalaria en el Alto y Potosí \$us 33 millones, Programa de Fortalecimiento del Sistema Sociosanitario de Bolivia \$us 25 millones).

3.2.3 Contextos Específicos de la Cooperación Sanitaria

Tanto el país como la cooperación internacional que trabaja en este han aprendido a convivir en un ámbito de respeto mutuo. Su relacionamiento ha ido evolucionando en el tiempo, en el marco de los compromisos internacionales (Declaración de Monterrey, París, Accra, etc.) y la voluntad política de los diferentes gobiernos, lo cual a la fecha a permitido desarrollar un diálogo fluido sobre las diferentes reformas que el país ha adoptado.

En 1999 el gobierno presenta a la comunidad internacional el “Nuevo Marco de Relacionamiento entre el Gobierno y la Cooperación Internacional” (*Fuente: VIPFE*) que señala los principios en torno a los cuales se organizará esta relación. Estos son:

- la compatibilidad y complementariedad con los planes de desarrollo gubernamentales,
- la fijación y rumbo de los objetivos por parte del país,
- la eficacia, responsabilidad, sostenibilidad y fortalecimiento de las capacidades institucionales,
- la complementariedad de esfuerzos, y
- la transparencia.

Bajo el liderazgo del Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE) se crean mecanismos de coordinación Gobierno – Cooperación Internacional a través de la creación de un Grupo Gerencial y 5 mesas para el análisis y trabajo de los siguientes temas:

- Dialogo Nacional y Estrategia Boliviana de Erradicación de la Pobreza.
- Asamblea Constituyente
- Competitividad y productividad
- Temas Fiscales
- Armonización de Procesos

En el MSD las diferentes agencias (bilaterales, multilaterales, sistema de naciones unidas y cooperación sur – sur) que aportan al sector salud se reúnen de regularmente en un espacio de coordinación llamado Comité Interagencial de Salud (CCI), el cual es presidido por la máxima autoridad de la institución y tiene las siguientes atribuciones:

1. Conocer y analizar constructivamente políticas, estrategias, programas y proyectos del que hacer en salud, en el marco de la Política Nacional de Salud.
2. Consensuar el alineamiento de las acciones de salud de las Agencias de Cooperación Internacional en Salud a la Política Nacional de Salud.

3. Promover acciones conjuntas entre el Ministerio de Salud y Deportes y las Agencias de Cooperación Internacional en Salud
4. Gestionar financiamiento para las prioridades de la Política Nacional de Salud.
5. Realizar la evaluación conjunta a proyectos y programas de salud, en el marco de la Política Nacional de Salud.
6. Convocar a instituciones o personas a participar del CIS para el análisis de temas específicos.
7. Facilitar la complementariedad de acciones entre Agencias de Cooperación Internacional.

Desde el 2000 funciona el CCI, el cual ha tenido una actividad regular a través de los años y ha sido reconocido por las diferentes autoridades que pasaron por el MSD. A la fecha se está regularizando su constitución legal y reglamentando su funcionamiento, atribuciones y participantes en el MSD. Asimismo, se ha elaborado un Código de Conducta cuyo propósito es regular las relaciones entre el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y los Países, Agencias de Cooperación que trabajan para el sector salud. En este sentido sus objetivos son:

- Mejorar la coordinación, armonización, alineamiento y transparencia de la cooperación, buscando que responda a las prioridades del Sector y a los compromisos internacionales adquiridos por el Gobierno Boliviano expresados en las políticas y planes del Ministerio de Salud y Deportes.
- Fortalecer el liderazgo y rol rector del Ministerio de Salud y Deportes en la conducción y gestión del Sector, respaldando exclusivamente

Incrementar la efectividad de la cooperación internacional en salud, apoyando exclusivamente la implementación del Plan Sectorial de Salud.

Este Código ya fue revisado por todas las agencias que participan del CCI y el 70% de ellas han manifestado su interés de suscribirlo, en este sentido en el curso de los siguientes meses se firmara el documento con el Ministro de Salud y Deportes.

PARTE IV - PROPUESTA

CAPITULO IV. PROPUESTA

La propuesta se dividirá en un marco estratégico y un marco operativo que estarán orientados a mejorar la gestión de recursos externos en el Ministerio de Salud y Deportes. Los aspectos considerados de acuerdo al árbol de problemas son los siguientes:

- Muchos proyectos / programas ejecutándose simultáneamente con múltiples financiadores
- Gran número de informes de formulación, monitoreo, evaluación para cada financiador
- Diversidad de normas administrativas y diferentes plazos de programación
- Cooperación Internacional gestiona proyectos en función de sus líneas de trabajo, sin considerar prioridades del país.

4.1 Marco Estratégico

La propuesta de solución de estos problemas está basada en la implantación del Enfoque Sectorial (ES), entendiendo a este como la asociación continuada entre el MSD como receptor oficial de la ayuda al sector salud en el país y la cooperación internacional en salud, a fin de contribuir al desarrollo del sector, apoyando en la implementación de las políticas sectoriales definidas por el Gobierno y asumiendo su liderazgo en la implementación de los mismos. Al asociarse para un propósito común, el MSD y las agencias se hacen corresponsables de los resultados obtenidos.

La construcción de un ES puede apoyar a:

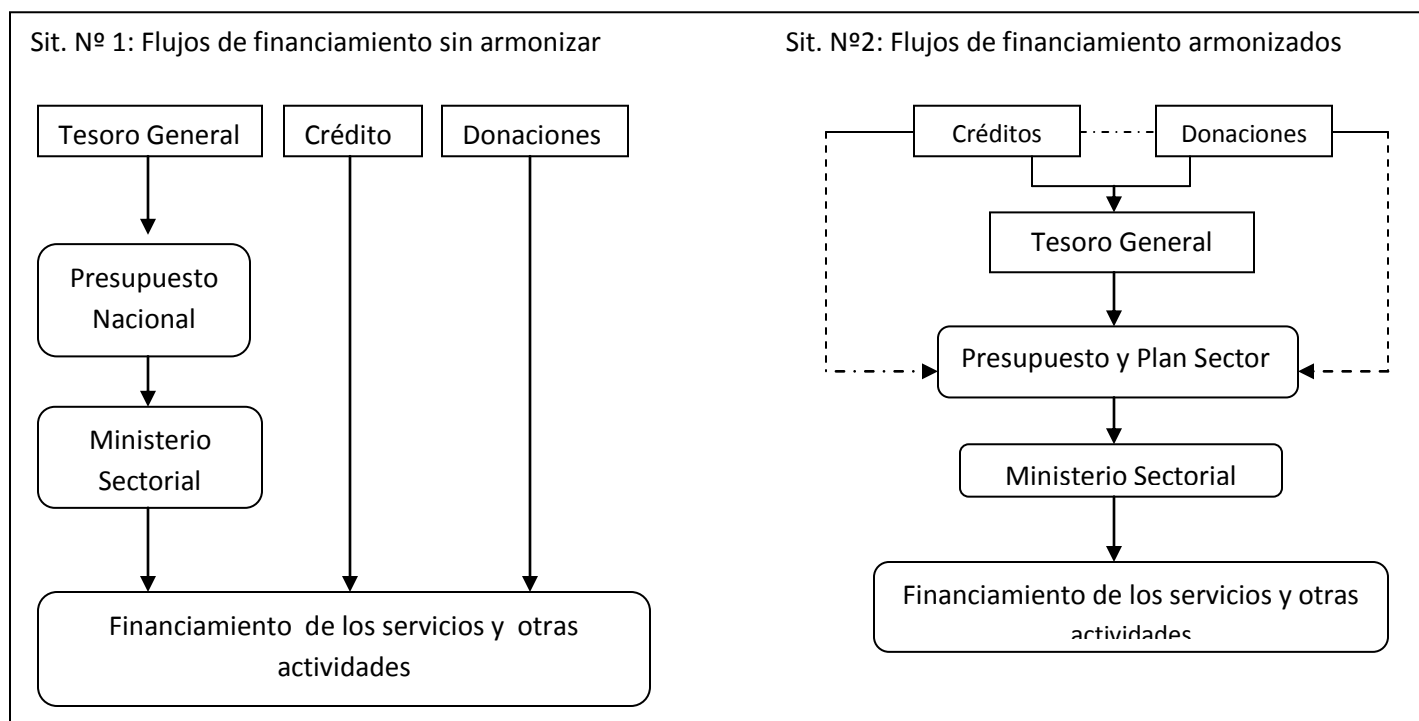
1. Fortalecer el proceso de recuperación de la rectoría de la autoridad sanitaria (MSD) en el marco de la gestión de financiamiento externo.
2. Ampliar la apropiación por parte del MSD, de las decisiones de política sectorial, estrategia y gasto.

3. Incrementar la coherencia entre la política sectorial, el gasto y los resultados de desarrollo mediante la mayor transparencia más amplio diálogo y mejor comprensión entre los actores.
4. Fortalecer las capacidades nacionales en todas las etapas de la planificación y gestión sectorial.
5. Reducir los costos de transacción de la ayuda y aumentar su efectividad.

La implementación del ES no está limitado a una única modalidad de financiamiento, por el contrario podrán coexistir distintas modalidades, las cuales abarcan desde los proyectos tradicionales (que podrán estar dentro del enfoque sectorial si están alineados con las prioridades señaladas por el Plan Sectorial de Salud) hasta el apoyo presupuestario directo, y canastas de fondos, en este sentido, lo fundamental es que los resultados de las intervenciones respondan a las políticas establecidas por el ente rector del sector y por lo tanto del país.

En el Gráfico N°10 se representan dos esquemas: el primero, muestra la situación habitual del financiamiento del sector cuando éste es dependiente de la cooperación externa y no se han iniciado procesos de armonización, los créditos y donaciones de los cooperantes no pasan por el Ministerio sectorial, que a veces desconoce incluso el número de proyectos existentes en el sector y los contenidos de muchos de ellos. El segundo esquema muestra estos flujos en una situación ideal, en la que se hubiera logrado armonizar todo el financiamiento. En este segundo esquema se presentan dos alternativas para los flujos del financiamiento externo: en una de ellas (trazo continuo) los recursos de créditos y donaciones van al tesoro público, en este caso el Ministerio de Economía y Finanzas será el responsable de garantizar el presupuesto para financiar el plan del sector. En la segunda alternativa (trazo discontinuo) los recursos externos van directamente al presupuesto sectorial. Cualquiera de las dos alternativas es válida y ambas son, además, compatibles y pueden darse simultáneamente. *(Fuente: Que son los Enfoques Sectoriales y Como se Emplean” Elizabeth Jáne)*

FLUJOS DE FINANCIAMIENTO CON Y SIN ARMONIZACIÓN



Fuente: Libro "Que son los Enfoques Sectoriales y Como se Emplean" Elizabeth Jáne

Actualmente el MSD trabaja con múltiples modalidades de financiamiento, entre las cuales se tiene:

- Proyectos tradicionales (80% de la cartera externa del MSD)

Habitualmente financiados fuera del presupuesto nacional a través de los mecanismos de la agencia de cooperación. En ocasiones, las agencias realizan los desembolsos a través de cuentas que requieren de una firma de la agencia y otra nacional. Esta variedad proporciona información a la parte nacional sobre los desembolsos, pero no puede considerarse una forma de financiamiento armonizada ya que no reduce procedimientos.

- Fondos comunes (1 experiencia Programa Desnutrición Cero)

Son contribuciones financieras que varios ingresan en una cuenta específica y se destinan a financiar políticas, planes o actividades determinadas y consensuadas con el Ministerio del

sector. Por lo general, los desembolsos a esta cuenta están regulados por memorando de entendimiento o fiduciario específicos. La administración de los fondos puede estar integrada en el sistema del Gobierno o bien hacerse externamente. Los fondos comunes pueden ser de *destino fijo*, cuando se especifica el tipo de actividades que se pueden financiar, o bien de *destino libre*, cuando el Ministerio tiene libertad para decidir qué actividades financiar con esos fondos. Sean de destino fijo o libre, los fondos suelen tener ciertas restricciones a la hora de determinar qué insumos se pueden financiar y, por ejemplo, es corriente que los fondos comunes excluyan el financiamiento a partidas salariales.

- Apoyo Presupuestario (1 experiencia Programa de Apoyo al Sector Salud MSD Canadá)

En este mecanismo proporcionan apoyo al presupuesto del sector mediante un acuerdo marco financiero, institucional, programático y de políticas, a través del sistema fiscal del Estado. Estos fondos conjuntos van así al presupuesto público pero mantienen su visibilidad en la contabilidad pública.

Cada país y cada enfoque sectorial avanzarán en este importante aspecto de acuerdo a sus características y posibilidades, de manera que en un mismo ESA puede coexistir más de una fórmula de financiamientos simultáneamente, fórmulas que, además, cambiarán en el tiempo.

4.2 Modelo Operativo

4.2.1 Condiciones Previas del ES

La construcción de un ESA es un proceso que requiere alcanzar algunos hitos, cuyos contenidos varían de país a país, pero que a nivel de hitos se hacen indispensables. En este sentido se presenta a continuación la matriz por hitos y nivel de cumplimiento del MSD.

Tabla No. 9
HITOS DEL ES Y AVANCES DEL MSD

Hitos	Avances MSD
<p><u>Política y Estrategias Sectoriales</u></p> <p>Esta política debe ser proyectada por el sector, debe enmarcarse en las políticas generales de gobierno y en especial. Debe explicitar el rol del gobierno en el sector, distinguir las funciones regulatorias de la provisión de los servicios, y debe notar claramente los roles de comunidades. Asimismo, definir las responsabilidades a lo largo del gobierno, cuál es el rol del ministerio cabeza de sector, de otros ministerios involucrados (en especial los ministerios de planificación y hacienda), y de los gobiernos regionales y locales.</p>	<p>Decreto Supremo N° 29894 de organización del Poder ejecutivo, en el cual se delimita las atribuciones de todos los Ministerios e Instituciones Públicas Desconcentradas.</p>
	<p>El MSD cuenta con un Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015 aprobado, el cual identifica el nuevo paradigma en salud, sus ejes de desarrollo, programas y proyectos sectoriales; cuya visión es el sistema único y gratuito de salud.</p>
	<p>Los SEDES son los brazos operativos de la política de salud a nivel departamental, gozan de autonomía técnica y administrativa.</p>
	<p>Modelo de Gestión y Atención en Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 29601, el cual establece los niveles de gestión, atención y sus atribuciones por niveles sub- nacionales.</p>
<p><u>Mecanismos sistemáticos para programar los recursos que sostienen al sector.</u></p> <p>Visión integral del flujo de recursos del sector, se incluirá el gasto público, el aporte de la cooperación internacional, de las ONG, del sector privado y las contribuciones (tarifas, cuotas, etc.) de los usuarios/beneficiarios. Será consecuencia de una construcción sistemática del marco de gasto público. Deberá asegurarse que el marco de gasto contempla todos los aspectos. Los costos de inversión y los gastos recurrentes.</p>	<p>Existen estudios de Cuentas Nacionales de Salud que se constituye en un conjunto de información financiera que permite realizar una estimación del gasto en salud, que se invierten y se consumen en la prevención, promoción y prestación de los servicios de salud. El último estudio corresponde a la serie 2003-2007.</p>

<p><u>Sistema de monitoreo del desempeño que mide el progreso y garantiza la responsabilidad.</u></p> <p>El sistema debe apoyar las relaciones entre planificación y monitoreo, evitar las sobre cargas de esfuerzo en la rendición de cuentas y fortalecer los sistemas de información gubernamentales</p> <p>Se focalizará sobre un grupo reducido de indicadores de alto nivel, fortaleciendo un sistema de información coherente que pueda ser empleado a los diferentes niveles.</p> <p>Objetivos de largo plazo que contengan indicadores representativos del progreso alcanzado, que puedan ser medidos con una periodicidad razonable.</p> <p>Se comparará los indicadores financieros con los indicadores no financieros para asegurarse de la correlación entre el esfuerzo y el resultado.</p>	<p>El MSD dispone del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).</p> <p>El PSD 2011-2015 identifica una batería de indicadores a nivel de ejes de desarrollo. Las metas establecidas en el PSD 2011-2015 no tienen una correlación con la inversión requerida y los plazos previstos.</p>
<p><u>Mecanismos de consulta que involucran a todos los grupos de interés del sector.</u></p> <p>Deberán construirse los mecanismos de coordinación sectorial, que involucren a todas las instancias gubernamentales que corresponda. Este sistema debe contemplar también a los gobiernos regionales y locales.</p>	<p>El modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI) vigente en el sector, crea los espacios para la planificación, evaluación y control de la gestión en salud a través de las Consejo Social Nacional de Salud, Consejo Social Departamentales y Consejo Social Municipal , de estos participan organizaciones sociales y civiles por niveles de gestión sub-nacional.</p>
<p><u>Proceso formal liderado por el gobierno para coordinar la ayuda y para el diálogo a nivel sectorial.</u></p> <p>El ES no es un mecanismo de relación entre gobierno y cooperación solamente, involucra el potenciamiento de la capacidad de sector, esto significa que se encuentran involucrados un gran número de grupos de interés, desde los usuarios, los proveedores de servicios, las ONG, las organizaciones de base y el sector privado.</p>	<p>En el MSD funciona el Comité de Cooperación Interagencial (CCI) que aglutina a todas las agencias y países que cooperan al sector salud. En este espacio se informa y evalúa el que hacer en salud.</p>

<p><u>Proceso acordado para avanzar hacia sistemas armonizados para la rendición de cuentas, la presupuestación la administración financiera y las adquisiciones.</u></p> <p>Alinear a los donantes alrededor de una política pública nacional, como armonizar sus procedimientos y métodos para fortalecer la capacidad del MSD</p>	<p>El MSD ha creado una Unidad de Gestión de Proyectos (UGESPRO), encargada de la gestión administrativa financiera de los recursos externos.</p> <p>Decreto Supremo 29308 que norma el manejo de los recursos externos en las instituciones públicas.</p> <p>Plan de acción para la mejora de la gestión de las finanzas públicas.</p> <p>Diagnósticos sobre la capacidad y riesgo en el manejo de fondos externos del MSD.</p>
---	--

Fuente : Elaboración Propia

4.2.2 Etapa de Instrumentación

Como se ha mostrado, el ESA no es un modelo lineal o determinista, ya que se trata de un modelo no lineal y ramificado, con diversas entradas y salidas, el cual es regulado mediante procesos de planificación, programación, y de estimación de recursos financieros y por lo tanto, no es discrecional ni está sujeto al libre albedrío.

El modelo se ha implementado en varias fases o etapas, que se describen a continuación:

4.2.2.1 Fase de Diseño.

Durante esta etapa y con un enfoque de procesos, se llevó a cabo la identificación de los procesos claves, estratégicos y de apoyo, necesario para cumplir con los hitos del ES.

Tabla N° 10
HITOS Y PRODUCTOS

Hitos	Productos
Política y Estrategias Sectoriales	Plan Estratégico Institucional MSD.
	Planes departamentales de salud alineados al PSD 2011-2015.
	Planes estratégicos de institucionales de los SEDES alineados al Plan Estratégico del MSD.
	Estatutos Autonómicos Departamentales y Cartas Orgánicas Municipales elaboradas en función a la Ley Marco de Autonomías y Descentralización Andrés Ibáñez, que incluyen los lineamientos del PSD 2011-2015.
Mecanismos sistemáticos para programar los recursos que sostienen al sector	Presupuesto plurianual del PSD 2011-2015 que incluyan todas las fuentes de financiamiento (interna y externa).
	Presupuestos plurianuales de los planes departamentales de salud, que incluyan todas sus fuentes de financiamiento
	Presupuesto plurianual del PEI del MSD y SEDES que incluyan todas sus fuentes de financiamiento.
	Plan de inversiones de redes de establecimientos de salud (infraestructura, equipamiento, insumos y recursos humanos).
	Reestructuración del Sistema Nacional de Información Salud (SNIS) incluyendo nuevos módulos de información sobre acciones de promoción, prevención, gestión y gasto en salud.
	Plan de monitoreo y evaluación del PSD 2011-2015 que relacione con metas, inversiones y plazos. Asimismo, que se identifique plazos e hitos para alcanzar metas específicas.

Sistema de monitoreo del desempeño que mide el progreso y garantiza la responsabilidad	Interacción de bases de datos sobre población (denominador único para construcción de indicadores), e instrumentos de recojo de información y esfuerzos comunes para realizar encuestas temáticas, con el INE.
	Interacción de bases de datos sobre financiamiento con el Ministerio de Economía y Finanzas y Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo.
Mecanismos de consulta que involucran a todos los grupos de interés del sector	Estrategia de comunicación social dirigido a todo público para la promoción permanente de la política pública en salud.
	Presupuesto recurrente para el financiamiento de los Consejos Sociales en Salud en todos los niveles sub-nacionales.
Proceso formal liderado por el gobierno para coordinar la ayuda y para el diálogo a nivel sectorial	Resolución Ministerial de formalización de funcionamiento y elaboración de reglamento específico para su funcionamiento.
	Código de Conducta, el cual podrá ser una declaración voluntaria de cooperación de trabajo para coordinar esfuerzos y define los principios que guían y orientan las relaciones entre el MSD y los cooperantes involucrados en el desarrollo del Sector Salud del país, así como también contribuye a desarrollar una confianza mutua por medio de una mayor transparencia y acuerdos en base a la coordinación, complementariedad armonización y alineamiento entre las instancias involucradas.
	Memorandum de Entendimiento entre el MSD y las Agencias para establecer las reglas comunes que regirán los mecanismos de financiamiento, dirigido a financiar el PSD 2011-2015.
Proceso acordado para avanzar hacia sistemas armonizados para la rendición de cuentas, la presupuestación la administración financiera y las adquisiciones.	Plan de armonización consensuado entre MSD y donantes, en el cual se identifiquen los procedimientos comunes entre ambos para la programación, administrativos, financieros, de adquisiciones y recursos humanos.
	Plan de reforma y fortalecimiento institucional integral del MSD y SEDES.
	Plan de armonización e incentivos para recursos humanos en salud.

	Plan conjunto único MSD – VIPFE de misiones conjuntas de evaluación de la Cooperación Internacional, organizado por eje de desarrollo del PSD.
--	--

Fuente Elaboración Propia

4.2.2.2 Fase de Prueba Piloto y Validación del Modelo

El proceso de implantación de un ES es largo e inicialmente puede conllevar a la inversión de recursos adicionales para cumplir sus condiciones mínimas, en este sentido, si el deseo es obtener resultados en el corto plazo y validar el modelo es posible implementar un Enfoque Sectorial por fases, priorizando ejes de desarrollo, áreas temáticas o programas transversales.

En función a la organización estratégica y programática del PSD 2011-2015, la implementación del ES puede ser priorizada de acuerdo a las siguientes áreas temáticas:

Tabla N°8
EJES, PROGRAMAS Y PROYECTOS DEL PSD 2011-2015

Eje	Programa de Desarrollo	Proyecto Sectorial
<p><i>Acceso universal al sistema único SAFCI</i></p> <p><i>Objetivo:</i> Efectivizar el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad sin costo en el punto de atención, para toda la población, en sus diferentes ciclos de vida y en igualdad de condiciones.</p>	<p><i>Universalización y equidad del acceso al Sistema de Salud</i></p>	<p>RRHH en salud y Redes de Servicios Funcionales con calidad</p>
	<p><i>Objetivo:</i> Eliminar las barreras de acceso al Sistema de Salud (barreras económicas, geográficas, culturales y de calidad)</p>	<p>Saberes ancestrales, medicina tradicional, intraculturalidad e interculturalidad</p>
		<p>Gratuidad del acceso a servicios de salud integrales</p>

<p><i>Promoción de la Salud y Movilización Social</i></p> <p><i>Objetivo:</i> Incidir en la transformación de las determinantes de la salud a partir de la participación social e intersectorial, en el marco del derecho a la salud.</p>	<p><i>Gestión participativa y movilización por el derecho a la salud</i></p> <p><i>Objetivo:</i> Dinamizar la toma de decisiones de los actores sociales en la Gestión en salud (planificación, ejecución administración, seguimiento y control social) en corresponsabilidad con el personal de salud.</p>	Intersectorialidad para Vivir Bien.
		Educación en Salud para la Vida
		Equidad y protección para grupos vulnerables.
<p><i>Rectoría y Soberanía en Salud</i></p> <p><i>Objetivo:</i> Recuperar y ejercer la autoridad sanitaria soberana de las instituciones que conducen y dirigen el Sector, en el marco de las Autonomías.</p>	<p><i>Gobernanza en Salud</i></p> <p><i>Objetivo:</i> Mejorar la conducción y regulación sectorial por parte del Ministerio de Salud y Deportes, además de su modulación financiera</p>	Fortalecimiento de la capacidad financiera y de gestión del sector.
		Conducción nacional y autonomías territoriales.
		Soberanía e Inteligencia sanitaria.

Fuente PSD 2011-2015

El marco estratégico de los programas, proyectos deberá estar alineado de manera directa a uno de los ejes, programas, proyectos sectoriales y bajo las estrategias desarrolladas por el MSD en el marco del contexto nacional, por lo que el apoyo será a un único marco de gasto.

En este sentido, la negociación de los programas y proyectos de cooperación bilateral deberán ser negociados bajo el marco estratégico, programático y operativo del Plan Sectorial.

4.2.2.3 Acciones de Mejora de la Gestión Pública MSD

El desarrollo de procesos de cambio institucional y político con énfasis en el papel rector del MSD y su modernización, con miras al proceso de profundización de la descentralización político administrativa que el país lleva adelante mediante la Ley de Autonomías y Descentralización Andrés Ibáñez y la implantación del Sistema Único de Salud.

Desde la creación del MSD su organización no ha sufrido mayores cambios lo cual no acompaña las modificaciones en los paradigmas de salud reflejados en su políticas sectoriales, en este sentido, con el fin de lograr los resultados establecidos en el PSD 2011 - 2015, es imprescindible el llevar adelante un Programa de Reorganización del MSD.

Entendiendo a la reorganización³⁴ como, “los procedimientos que lleva a cabo una institución a fin de reasignar actividades y responsabilidades, suprimir tareas improductivas e introducir cambios en sistemas o procesos. La reorganización consiste en el mejoramiento del diseño actual y generalmente supone la realización de cambios parciales efectuados en forma incremental. En otros términos, reorganizar es adoptar nuevos sistemas prescindiendo de los viejos manteniendo la estructura organizacional actual en gran medida. Se corrigen dificultades encontradas (en procesos, programas o sistemas) dentro de los límites de la organización actual”.

La implementación de nuevas formas de gestión técnica, administrativa, financiamiento, considerando su rol estrictamente normativa frente a los subsectores que componen el sistema de salud (público, privado, seguridad social).

En la actualidad el MSD tiene dificultades para la ejecución de sus recursos financieros, en los últimos 5 años su promedio de ejecución en el primer semestre del año no sobrepasa el 35% de los fondos inscritos en su presupuesto, concluyendo la gestión con un promedio de ejecución del 70%, normalmente se prioriza la ejecución de los recursos internos

³⁴ Diferencia entre Reestructuración, Reingeniería y Reorganización Milan Juranovick

considerando que estos se pierden al final de la gestión fiscal, sin embargo, los recursos externos son reprogramados para la gestión siguiente. Esto influye de manera negativa en el cumplimiento de los flujos de desembolsos programados al momento de la suscripción de los acuerdos de donación y/o crédito de los programas, proyectos, repercutiendo en el cumplimiento de los plazos de ejecución, lo cual tiene su repercusión en la negociación de nuevos programas / proyectos.

El Banco Interamericano de Desarrollo en la gestión 2011 en el marco de la implementación de sus operaciones con el MSD realizó un análisis de capacidad institucional efectuado al Ministerio de Salud y Deporte (MSD), bajo la metodología del Sistema de Evaluación de Capacidad Institucional (SECI), y sobre la base del conocimiento del Banco de la ejecución realizada por este Ministerio en otras operaciones financiadas. De este análisis se concluyó que el MSD tenía una capacidad de mediano desarrollo con un nivel de riesgo medio (60.95%). Sin embargo, cuenta con una capacidad baja para ejecutar operaciones del Banco y un manejo fiduciario bajo, especialmente en adquisiciones, en las áreas financieras, además de adecuar los niveles de delegación y autorización de funciones entre las unidades técnicas y la Unidad de Gestión de Proyectos y Programas (UGESPRO).

El Programa de Reforma Institucional deberá considerar mínimamente las siguientes áreas de intervención:

Tabla N° 11
AREAS DE REESTRUCTURACIÓN INSTITUCIONAL

Áreas	Descripción
Relevamiento Integral	<p>La realización de un relevamiento integral es un primer paso que se presenta como prioritario por la situación en que se encuentra la Institución. Será una herramienta idónea para lograr un conocimiento preciso y detallado de la situación real en aspectos que actualmente se desconocen. Su resultado constituirá el punto de partida para la ejecución de un plan de reorganización ajustado a los recursos disponibles y las oportunidades existentes.</p>
Reorganización Funcional	<p>La estructura organizacional se definirá en función a su Plan Estratégico y Programa de Operaciones Anual, aplicándose criterios y metodologías técnicas de organización administrativa.</p> <p>El relevamiento de recursos humanos abarcará a todo el personal de la entidad, con el fin de optimizar, eventualmente reasignar funciones, y reforzar aquellas áreas que carecen del personal suficiente y adecuado.</p>
Reorganización de Procesos y Procedimientos	<p>Se busca proporcionar información que sirva de base para evaluar la eficiencia del sistema en el cumplimiento de sus funciones específicas, una vez finalizada la identificación y desarrollo de cada uno de los procesos y procedimientos.</p> <p>Asimismo, incorporar a los sistemas y procedimientos administrativos, la utilización de herramientas que ayuden a agilizar el flujo de información y de esta manera facilitar el entendimiento, para ayudar a la toma de decisiones.</p> <p>Permite conocer el funcionamiento interno con lo que respecta a descripción de tareas, ubicación, requerimientos y a los puestos responsables de su ejecución.</p> <p>El objetivo final es simplificar los procesos y procedimientos, dotarlos de flexibilidad para promover cambios que faciliten la evolución de la organización y se adapten a la modernización, esto principalmente vinculado a los procesos administrativos y financieros.</p>

Reorganización del Sistema de Información	El Sistema Nacional de Información en Salud nació hace más de diez años, proporciona información sobre los servicios de salud y sobre morbilidad que está bajo acción programática, así como de indicadores de vigilancia epidemiológica. El SNIS debe adecuarse, incluyendo módulos que reporten información sobre gasto en salud, acciones de prevención y promoción de la salud. Debe tener la capacidad de sistematizar y presentar información de todos los subsectores (seguridad social, privados, organizaciones no gubernamentales) sobre producción de servicios de curación, promoción y prevención e inversión en salud.
---	--

Fuente : elaboración propia

La implantación de un ES demanda que las instituciones nacionales sólidas desde el punto de vista técnico, administrativo y financiero, por lo que normalmente en el proceso de implementación debe ir acompañado de un fortalecimiento institucional sostenido a fin de reafirmar el liderazgo nacional desde lo operativo.

Las dificultades señaladas son comunes en los Ministerios, en este sentido, se encuentra en proceso de elaboración e implementación planes de modernización de los principales sistemas nacionales (SISPLAN, SNIP, SIGMA) por parte del Ministerio de Planificación del Desarrollo y Ministerio de Economía y Finanzas. Esto se constituye en una ventaja para la reorganización del MSD y la implementación del ES.

4.2.2.4 Niveles de Responsabilidad

El liderazgo nacional es la base de un ES, por lo que la voluntad y respaldo político de la Máxima Autoridad del MSD es indispensable. Al interior del MSD las direcciones en las cuales recaerá la responsabilidad de la conducción técnica del proceso son la Dirección General de Asuntos Administrativos y la Dirección General de Planificación principalmente.

Asimismo, la voluntad y apoyo técnico y político de la Cooperación Internacional es determinante para lograr los resultados que se buscan con el ES.

El involucramiento del Ministerio de Planificación del Desarrollo en su calidad de ente rector del relacionamiento con la cooperación internacional y el Ministerio de Economía y Finanzas serán de gran importancia a la hora de implementar el ES.

4.2.2.5 Plan de Acciones Inmediatas

Considerando que el avance hacia el enfoque sectorial es la estrategia más adecuada para llevar a cabo una presupuestación y ejecución eficiente de los recursos que se inviertan en el Sector Salud. En su propósito por armonizar los diferentes recursos existentes, en el marco de una estrategia consensuada entre gobierno, sociedad civil y cooperación externa, orientada a las prioridades del país.

Es fundamental diseñar los instrumentos de gestión que permitan monitorear y evaluar: el avance en este nuevo relacionamiento; la implementación de las estrategias sectoriales; los procesos de rendición y petición de cuentas; el cumplimiento de los estándares definidos para cada estrategia; el seguimiento a la ejecución presupuestaria de los fondos nacionales y de donación y la evaluación del impacto de este nuevo esquema de trabajo.

En el corto plazo se debería priorizar las siguientes acciones a fin de iniciar el proceso de construcción de un ESA:

- Tomando en cuenta que ya existe un Plan Sectorial de Desarrollo, es necesario vincularlo a un marco presupuestario a cinco años, que se construirá sobre las previsiones de los fondos nacionales, cooperación externa y cualquier otra fuente de financiamiento del sector público de salud. Deberá contar con mecanismos de monitoreo y evaluación; de salud, producción de servicios y ejecución presupuestaria, así como de auditoría social asegurando la participación sistémica de la ciudadanía y de los gobiernos locales.
- De la misma forma que el marco presupuestario plurianual, el Plan se ajustará anualmente una vez haya sido aprobado el presupuesto y servirá de marco de referencia para la formulación del plan operativo anual. Se deberá separar el

presupuesto en gasto corriente e inversión y presentará las siguientes metas esperadas para la totalidad del período y para cada uno de los años incluidos:

Para todas las metas de salud, intervenciones prioritarias, presupuestación y ejecución presupuestaria, así como para los elementos (acciones intermedias, insumos u otros) relevantes para el logro de las mismas, se definirán indicadores y para cada indicador se contará con una ficha donde se describan sus características básicas y las fuentes de los datos.

Los siguientes son otros mecanismos e instrumentos necesarios para avanzar hacia un enfoque sectorial y que deben ser construidos a la brevedad:

1) La suscripción del **Código de Conducta**, firmada por todos los Socios de la Secretaría en el avance hacia el enfoque sectorial, donde se reflejen los compromisos adquiridos y los hitos más importantes de la hoja de ruta para alcanzarlo.

2) La elaboración y suscripción de una **Carta de Intenciones** donde se definen los principios y los mecanismos de relación entre el MSD y los cooperantes, dentro del cual se resalta:

- i) La creación de condiciones para consolidar el liderazgo y rol rector del MSD en la conducción y gestión del Sector.
- ii) La utilización de los instrumentos y mecanismos del MSD para el diseño, programación, seguimiento y evaluación de los proyectos de salud.
- iii) Las condiciones generales para motivar y fortalecer el trabajo de los profesionales bolivianos en el sector público de salud.
- iv) Los mecanismos para garantizar la transparencia en la toma de decisiones y en la gestión de los recursos por parte de la Secretaría y sus Socios externos.
- v) Las medidas para disminuir los costos de transacción de la cooperación y la coordinación de sus acciones en el Sector Salud.

3) La **Hoja de Ruta** para avanzar hacia el enfoque sectorial. En dicha Hoja se desarrollarán los hitos señalados en la Carta de Intenciones y se definirán fechas, responsables, actividades y recursos necesarios.

4) Los **mecanismos para financiar las actividades** necesarias para avanzar hacia el enfoque sectorial, como la creación de un fondo gestionado por el Grupo de Liderazgo del MSD y el acuerdo para el financiamiento de las distintas actividades por parte de los socios externos.

Bajo las anteriores premisas se garantizará la sostenibilidad del proceso a fin de que el mismo sea institucionalizado y pueda tener la vigencia hasta el logro de las metas propuestas para 2015.

PARTE V - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones Finales

El objetivo general del trabajo: “proponer alternativas para incrementar la efectividad y eficiencia del uso de los recursos externos de la Ayuda Oficial al Desarrollo que recibe el Ministerio de Salud y Deportes.

Bajo este marco se definieron los siguientes objetivos específicos y las conclusiones entorno a ellos son las siguientes:

- 1) Diagnosticar la situación actual de la gestión de recursos externos que se administran a través del Ministerio de Salud y Deportes.
 - El sector salud es un sector institucionalmente muy fuerte, con una muy clara definición y determinación de los roles y las funciones de los diferentes actores, tanto a nivel de las diferentes instancias de gobierno, como a nivel de los actores institucionales autárquicos. En el sector están bastante claros también, los roles de los actores privados y de las ONG.
 - El nivel de madurez del sector para avanzar en el ESA es positivo en materia de apropiación por parte del gobierno de la responsabilidad de desarrollo sectorial, aunque menos desarrollado en materia de construcción de políticas de gasto en salud.
 - Las fortalezas del sector para avanzar hacia un enfoque basado en programas consisten (1) en su ubicación en el contexto de la política pública, en el sentido de que el sector es altamente prioritario para el gobierno; (2) la existencia de un Marco Institucional y un Modelo de Gestión firmemente establecidos; (3) el haber avanzado ya sobre procesos de alineamiento.
- 2) Identificar los aspectos que podrían ser mejorados en la gestión de recursos externos en el Ministerio de Salud y Deportes.

- Las debilidades del Sector Salud en este mismo sentido pueden resumirse en las siguientes: (1) el Sector cuenta con una política y una estrategia sectorial, sin embargo la misma ha avanzado muy poco en políticas de financiamiento y de asistencia técnica; (2) la capacidad del sector para lograr participación y socialización de los planes y programas del sector puede verse como una gran debilidad; (3) las unidades ejecutoras de sector son débiles; (4) no existen adecuados mecanismos de evaluación de gestión; (5) no se cuenta con un plan de Fortalecimiento Institucional; y (6) el sector no ejerce verdadero Liderazgo frente a la cooperación internacional; (7) procesos administrativos, financieros y de contrataciones de bienes y servicios altamente burocratizados y (8) no dispone de programas de Inversión y presupuestos plurianuales que le otorgan un buen nivel de previsibilidad.

3) Diseñar una estrategia que mejore la gestión de recursos externos en el Ministerio de Salud y Deportes.

- Para el presente trabajo se entiende por ayuda oficial al desarrollo, al apoyo financiero y no financiero que a nombre del desarrollo el país recibe de gobiernos y agencias de cooperación internacional.
- El estudio propone alternativas para incrementar la efectividad y eficiencia en el uso de los recursos de la ayuda oficial al desarrollo que recibe el MSD a nombre del sector salud.
- La estrategia propuesta es una herramienta de gran potencial que podrá ser aplicada en el sector, tomando en cuenta las características propias del sistema de gestión gubernamental del país.

- La estrategia propuesta sólo se hará efectiva si existe un liderazgo en el MSD en promover acciones dirigidas a la alineación, armonización y apropiación de la colaboración que se recibe de la ayuda oficial al desarrollo al sector.
- Es fundamental contar con el compromiso de todas las instituciones estatales y las agencias involucradas que intervienen en el sector salud vinculadas al MSD, para que la implementación de la estrategia se haga efectiva.
- El establecimiento de una relación de corresponsabilidad entre el MSD y las agencias de cooperación es un proceso continuo que no tiene fin, siempre tiene la oportunidad de ir mejorándola.
- La estrategia propuesta implica un cambio en la cultura organizacional del MSD, fortaleciendo su rectoría en su condición de máxima autoridad sanitaria del sistema de salud.
- Al implantar la estrategia del ESA, los cambios no se verán inmediatamente, esto es un proceso largo.
- El funcionamiento de la estrategia planteada serán tan efectivas como el uso apropiado que le dé el MSD.
- El beneficio económico que brindara el proyecto tiene una repercusión de orden social ya que es una estrategia de apoyo a la construcción de una política pública de relacionamiento con la cooperación internacional al país.
- Al generarse importantes efectos por el cumplimiento de los resultados de los proyectos / programas, se mejorará el impacto sobre los indicadores prioritarios de salud lo cual permitirá la generación de mayores recursos que irán en beneficio de la población boliviana.

5.2 Recomendaciones

A continuación se presentan las recomendaciones del presente trabajo:

- La situación de salud del País ha mejorado en el curso de los años, pero no lo suficiente para alcanzar las metas comprometidas en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El esfuerzo y las inversiones realizadas por los Gobiernos y la Cooperación Internacional no son proporcionales al mejoramiento en los indicadores de salud. Para cumplir con metas sectoriales (Sistema Único de Salud) y compromisos internacionales, es necesario mejorar el uso de recursos internos (limitados) y externos. Particularmente en cuanto a los recursos externos, considerando que el País tiene categoría de ingreso percapita medio-bajo, por lo tanto, la prioridad y condición de receptor de AOD se modificara para la contratación de financiamiento externo.
- En este sentido, es necesario avanzar hacia un enfoque sectorial, el cual requiere de: (1) desarrollar políticas de financiamiento, asistencia técnica, inversiones y participación social, que le permitan estructurar una política clara; (2) sus planes de desarrollo sectorial deben ser consensuados con las organizaciones sociales; (3) las unidades ejecutoras del sector, deben ser fortalecidas para que puedan ejecutar los proyectos sectoriales; (4) las evaluaciones del sector deben basarse en indicadores socioeconómicos y demográficos; (5) debe establecer mecanismos formales de coordinación con la Cooperación internacional, mismos que responderán a la política del sector; y (6) el Ministerio de Salud, debe ejercer pleno liderazgo de las acciones desarrolladas en el sector en especial en la definición de proyectos, en el liderazgo de los mecanismos de coordinación y en las áreas geográficas de ejecución de los proyectos.
- El monitoreo, seguimiento y evaluación de una política pública es el insumo indispensable para los procesos de planificación táctica y para corregir desvíos.

- El liderazgo técnico y político del MSD en el proceso de implementación del ESA, es un factor determinante para el logro de los resultados esperados.
- Es necesario forjar una alianza estratégica entre el Ministerio de Salud, Ministerio de Planificación del Desarrollo y Ministerio de Economía y Finanzas para cumplir con los hitos que requiere el ESA.
- El fortalecimiento de la capacidad de gestión técnica y financiera producto de la reorganización administrativa del MSD, debe ser parte de los compromisos a negociarse con la Cooperación Internacional en Salud, como parte de su mandato de asistencia técnica y desarrollo de capacidades en el sector.
- Documentar la experiencia de implementación del ESA, a fin de identificar lecciones aprendidas y buenas prácticas que puedan ser de uso de otros sectores sociales que decidan iniciar el proceso del ESA.

5.3. Marco Lógico

Tabla No. 12
Marco Lógico

	Lógica de Intervención	Indicadores	Fuentes de Verificación	Supuestos
Fin	Contribuir a incrementar la efectividad y eficiencia del uso de los recursos externos de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) que recibe el Ministerio de Salud y Deportes (MSD).	Razón de mortalidad Materna disminuida. Tasas de mortalidad infantil – neonatal reducidas. Tasa de desnutrición crónico en menores de 5 años reducidas. Esperanza de vida al nacer	Encuesta de demografía y salud (ENDSA) 2012.	Estabilidad de política en el país. Estabilidad de políticas públicas en el sector salud.
Propósito	Proponer alternativas para mejorar la gestión de los recursos externos de la Ayuda Oficial al Desarrollo que recibe el Ministerio de Salud y Deportes.	% de flujos de ayuda financiera que se registra en el presupuesto nacional. % de ayuda bilateral al MSD desligada (no condicionada).	Reportes del Ministerio de Economía y Finanzas y Ministerio de Planificación del Desarrollo.	MSD y Cooperación Internacional en salud, se encuentran comprometidos con la implementación del ESA
	Diagnosticar la situación actual de la gestión recursos externos que se administran a través Ministerio de Salud y Deportes.	% de avance de los planes de acción para la reorganización del MSD y sus sistemas. % de avance de la construcción de un	Informes propios del MSD sobre el plan de reorganización.	Las autoridades del MSD comprometidas con el proceso y con voluntad

		marco sólido de evaluación del desempeño transparentes y supervisables para medir los progresos en torno a (a) las estrategias de desarrollo nacionales y (b) los programas sectoriales.		política de cambio institucional.
Componentes	Documentar la teoría relacionada con la cooperación internacional en el marco de la Ayuda Oficial al Desarrollo.	N° de proyectos y programas con estudios de sistematización de experiencias.	Documentos de estudios de sistematización de proyectos y programas.	Liderazgo del MSD en la ejecución de proyectos y programas y voluntad política de las Agencias de Cooperación.
	Identificar los aspectos que podrían ser mejorados en la gestión de recursos externos en el Ministerio de Salud y Deportes.	% de ayuda destinados a la construcción de capacidad proporcionada vía programas coordinados coherentes con las estrategias de desarrollo sectorial.		
	Diseñar una estrategia que mejore la gestión de recursos externos en el Ministerio de Salud y Deportes.	<p>% de incremento en la ejecución física y financiera de los proyectos y programas vinculados</p> <p>% de donantes y flujos de ayuda que utilizan sistemas nacionales de aprovisionamiento y/o gestión de Finanzas Públicas.</p> <p>% de (a) misiones de campo y/o (b) trabajos analíticos sobre países, incluyendo análisis de diagnóstico que son conjuntos.</p>	<p>Informes propios del MSD.</p> <p>Reportes del SIGMA sobre ejecución de recursos financieros.</p>	

Fuente: Elaboración Propia

5.3.1 Programación de Actividades

Tabla No. 13

Programación de Actividades

Áreas	Resultados esperados	Acciones	Recursos por fuente						Cronograma 2013											
			ACDI	BÉL.	U.E.	USAID	JICA	Otros	En	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Fortalecimiento ejercicio de Liderazgo	Autoridades, mandos superiores e intermedios del MSD, conocen a profundidad los beneficios y requerimientos que implica un Enfoque Sectorial Ampliado (ESA).	Relación sistemática con VIPFE																		
		Conformación de un equipo de especialistas en ESA de las Agencias de Cooperación, para proporcionar asistencia técnica permanente al MSD.																		
Delimitación del sector	Se ha definido si el ESA será aplicado al todo el MSD o si será aplicado en primera instancia por áreas temáticas.	Talleres de análisis internos en el MSD.																		
		Relación sistemática con VIPFE																		
		Asistencia técnica equipo especialistas ESA.																		
Plan multianual	El MSD dispone de un plan multianual, para todo el sector definido para el enfoque	Relación sistemática con Ministerio de Economía y Finanzas																		

	sectorial, en el que se desarrolla políticas y se señalan intervenciones prioritarias, objetivos, indicadores y metas para el periodo.	Asistencia técnica equipo especialistas ESA.																			
Presupuesto multianual	El MSD dispone de un presupuesto que relaciona el plan multianual con las previsiones de recursos para todo el sector e identifica la brecha entre las estimaciones de recursos disponibles y los que se calculan como necesarios para cumplir el plan	Identificación de las fuentes																			
		Estimaciones multianuales incluyendo el análisis de los proyectos en ejecución																			
		Diagnóstico brecha de necesidades																			
Coordinación	El Comité Interagencial funciona como el órgano de comunicación y negociación entre el MSD y las agencias de cooperación.	Elaboración del reglamento																			
		Aprobación del reglamento																			
		Elaboración del Plan de Trabajo conjunto para toda la gestión.																			
Garantizar acciones prioritarias	Elaboración del Plan de Reorganización del MSD	Asistencia técnica equipo especialistas ESA.																			
	Elaboración del Plan de Reorganización del Sistema Nacional de Información																				
	Actualización de la Política de Recursos humanos																				

Avances en alineamiento	Se han establecido las prioridades en materia de intervenciones en salud y todos los programas, proyectos y otras acciones de cooperación están alineados con las mismas.	Llenar la matriz del Modelo Ordenador de la Inversión en salud																		
Avances en armonización	Se ha establecido una matriz única de seguimiento de los proyectos	Facilitación del manejo de matriz ordenadora																		
	Se han determinado el formato único de los informes de seguimiento y evaluación de los proyectos en función a los indicadores del Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015	Diseño de indicadores de avance																		
		Evaluación de avances																		
		Elaboración de informes																		
	Suscripción del Código de Ética entre el MSD y las Agencias de Cooperación Internacional	Abogacía ante la máxima autoridad del MSD y Agencias.																		
Se ha firmado un memorando de entendimiento con un grupo de agencias en el que se establece los montos a desembolsar, las fechas de	Elaboración Memorándum entendimiento																			

	desembolso, los procedimientos que se emplearán.																		
Plan de comunicación	Los funcionarios del MSD, otros Ministerios, instituciones públicas y la cooperación internacional en el país conocen y apoyan el enfoque sectorial.	Elaboración de boletines mensuales y otros medios																	

Fuente: Elaboración Propia

BIBLIOGRAFIA

5.3.2 Bibliografía

1. Aguilar, Juan Carlos et al.; “Descentralización y el Enfoque Sectorial Ampliado (SWAp) en Bolivia”; ECDPM; Maastricht – Holanda; 2003
2. Angulo Salvatierra, Oscar (Equipo de Evaluación de la Declaración de París de VIPFE; Primera Fase); “Gestión por Resultados en Bolivia”; Bolivia; 2008
3. Banco Mundial; BID; UE; DFIE; Otros; “Bolivia, Country Financial Accountability Assessment”; Bolivia; 2006
4. Banco Mundial – BID; “Evaluación de la gestión de las finanzas públicas, basada en la metodología desarrollada por el PEFA”; Bolivia; 2009
5. Banco Mundial – BID; “Evaluación de la Gestión Financiera del País”; Bolivia; 2006
6. Banco Mundial; “Bolivia, Informe de evaluación de las finanzas públicas”; Washington, D. C.; 2009
7. Banco Mundial; “Bolivia, Institutional and Governance Review Towards an Inclusive Decentralization”; Washington, D. C; 2006
8. Banco Mundial; “Bolivia: Estrategia de Asistencia al País 2004/2005”; Washington, D.C.; 2004
9. Banco Mundial; “Buen manejo del dinero público, rindiendo cuentas a la gente. Evaluación de la gestión financiera de país”; Washington, D. C.; 2006
10. CEPAL;” Las Metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Bolivia”; Serie Mujer y Desarrollo N° 71; Santiago de Chile; 2010
11. Coordinadora de Organizaciones No Gubernamentales Internacionales (CONGI); “Anuario 2008”; La Paz - Bolivia
12. De Jong, Niek y Aguilar, Juan Carlos; “La Estrategia Boliviana de Reducción de Pobreza: Gobernar o Dialogar”; Instituto de Estudios Sociales; La Haya – Holanda; 2006
13. Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo; 2005
14. Dirección General de Planificación - Ministerio de Salud y Deportes; “Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020”; La Paz – Bolivia; 2010
15. Equipo Central de Evaluación; “Evaluación conjunta de la Declaración de París, Fase 2. Matriz Operativa para las Evaluaciones Nacionales”

16. Equipo Central de Evaluación; “Evaluación conjunta de la Declaración de París, Fase 2. Notas sobre la teoría de la Declaración de París como base para la Evaluación”
17. Equipo Central de Evaluación; “Evaluación Conjunta de la DP, Fase 2. *Notas sobre la Teoría de la DP como base para la Evaluación*”; 2010
18. Equipo Central de Evaluación; “Evaluación de la DP, Fase II. *Documento de Enfoque*”; 2010
19. Eriksson, John; “Documento de Evaluación de la Segunda Fase de la Declaración de París (Borrador)” 2009
20. Foro Económico Mundial; “Informe de Competitividad Global 2009-2010”; 2010
21. Foro sobre la Eficacia del Desarrollo de las OSC; “Consultas Nacionales a organizaciones de la sociedad civil América Latina y el Caribe”; México D.F: Septiembre de 2010.