



DT 03/05

*Los autores agradecen cualquier sugerencia o comentario sobre el presente documento.*

## **UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS**

Documento de Trabajo 03/2005

### **CASO BOLIVIA: ARMONIZACIÓN DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA (FESP) CON LA CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL MANUAL DE ESTADÍSTICAS DE FINANZAS PÚBLICAS (MEFP-2001)**

Fernando Landa Casazola

Abril de 2005

---

El documento tiene tres objetivos: i) Estimación del gasto en salud según MEFP-2001 así como las FESP para el caso boliviano tomando como año de referencia la gestión 2002; ii) Presentación del financiamiento de la Administración Central de donde proviene la mayor cantidad de recursos a ser transferida a los diferentes niveles administrativos; iii) Costeo de una FESP para reducir una brecha sanitaria.

---

Palabras Clave: Gasto Público, Salud, Funciones en Salud.

Dirección de email de los autores: [flanda@udape.gov.bo](mailto:flanda@udape.gov.bo)

# CASO BOLIVIA:

## ARMONIZACIÓN DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA (FESP) CON LA CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL MANUAL DE ESTADÍSTICAS DE FINANZAS PÚBLICAS (MEFP-2001)<sup>1</sup>

### CAPÍTULO I

#### I.1 Introducción.

El Gasto Público y la asignación de recursos hacia objetivos específicos del Gobierno dependen de las características de los mercados en cuestión. Ante la existencia de fallas de mercado, se presentan tres formas de provisión de servicios: a) bienes públicos (para los cuales los precios de mercado son inapropiados), b) bienes colectivos (caracterizados por las externalidades).<sup>2</sup> Por lo tanto surge un desafío para las políticas gubernamentales a fin de influir en la asignación de recursos.

Uno de los aspectos de constante tema de análisis es el Gasto Público en Salud, especialmente en países en desarrollo donde el presupuesto está destinado a proveer cuidado primario de salud con características de un bien público. Además que, dados los beneficios externos asociados con los componentes privados de cuidado primario de salud –como inmunización, cuidado pre y post-natal, servicios de planificación familiar- son muy extensos en su cobertura, es probablemente apropiado que estos también sean provistos por el sector público. No es fácil determinar cómo los recursos deberían ser asignados en el sector salud, así como los beneficios son difíciles de identificar y medir y sólo los gastos más obvios serán revelados así mismos.

Donde el sector público tenga la responsabilidad de proveer servicios, o donde existen impedimentos para un desarrollo apropiado del sector privado, el sector público debería encargarse por estos servicios con una visión alguna disciplina en la demanda y los costos.

---

<sup>1</sup> Elaborado por Fernando Landa; elaborado con el financiamiento en la Carta Acuerdo BO/CNT/0400139.001 con la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud de OPS y UDAPE. Se agradecen comentarios recibidos en el Grupo de Trabajo sobre Gasto y Financiamiento y Costeo de las FESP y la Salud Pública en Buenos Aires-Argentina 28-30 junio 2004 así como Washington D.C. 8 y 9 de noviembre 2004. La asistencia técnica prestada por Rubén Suárez y Amparo Gordillo hizo posible la conclusión del documento. Este documento fue posible realizar gracias la información proporcionada por el Viceministerio de Presupuesto y Contaduría y UDAPE. Comentarios adicionales a [flanda@udape.gov.bo](mailto:flanda@udape.gov.bo).

<sup>2</sup> Para una discusión con mayor detalle, ver Hemming (¿) y Kochahar (¿)

La iniciativa “La Salud Pública en las Américas” surge como una respuesta de la OPS/OMS a los procesos de Reforma del Sector Salud que marcaron el quehacer sanitario en la década de los 90’s (OPS 2002). Un propósito importante fue rescatar el papel de la Salud Pública; habitualmente relegada en las agendas de reforma del sector, fortalecer la capacidad de las autoridades sanitarias en el desarrollo de las políticas e implementación de sus funciones en materia de salud pública. La iniciativa posee los siguientes objetivos principales:

- La elaboración de una definición regional consensuada de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), obtenida gracias a un amplio debate entre expertos del ámbito académico, gubernamental y pertenecientes al ejercicio profesional de la salud pública.
- El desarrollo de instrumental para la medición de su desempeño como base para mejorar el ejercicio de la salud pública.
- La elaboración de la metodología y los instrumentos que apoyen la formulación y puesta en marcha de unas líneas de actuación nacionales, subregionales y regionales que contribuyan a reforzar la infraestructura de la salud pública para fortalecer así el liderazgo de la autoridad sanitaria en todos los niveles del Estado.

“El concepto de salud pública en el que se basa la definición de las funciones esenciales de salud pública es el de la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. La salud pública no es sinónimo de responsabilidad del Estado en materia de salud, ya que su quehacer va más allá de las tareas propias del Estado y no abarca todo lo que el Estado puede hacer en esta materia”.

En función al mandato según Resolución CD42.R14 del Consejo Directivo de la Organización, la OPS vio por conveniente realizar estudios de caso sobre Gasto y Financiamiento de la Salud Pública, siendo Bolivia uno de los países elegidos para realizar el mencionado estudio.

El presente informe tiene el propósito de detallar las actividades desarrolladas en Bolivia para la armonización de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) con la Clasificación Funcional del Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas (MEFP-2001).

¿Qué es MEFP?

El Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas (MEFP) forma parte de una serie de directrices internacionales sobre metodología estadística publicadas por el

Fondo Monetario Internacional. La primera edición fue publicada en 1986 siendo actualizada en el año 2001. El Objetivo del MEFP es “proporcionar un marco conceptual y contable integral adecuado para analizar y evaluar la política fiscal, especialmente en lo que se refiere al desempeño del sector gobierno general, y en forma más amplia al sector público de cualquier país”.

Para el caso de salud, el Manual de 1986 poseía el código 5 en tanto que para la última versión del año 2001, corresponde al código 7 siendo presentado de forma extensa como 707. Además en el Manual del año 1986 estaba diferenciada Salud de Seguridad Social a Corto Plazo (Cajas de Salud) cosa que ya no ocurre para el 2001. La Clasificación Funcional en Salud según MEFP-2001 que es utilizada en el presente documento es resumida en el Cuadro 1. Detalles en López (2004).

Los servicios de salud colectivos atañen a cuestiones como la formulación y la administración de la política gubernamental; la fijación y ejecución de las normas sobre el personal médico y paramédico y sobre los hospitales, clínicas, consultorios, etc.; la regulación y concesión de licencias a los proveedores de servicios de salud; y la investigación aplicada y el desarrollo experimental en asuntos médicos y de la salud. Los de índole individual son aquellos que se brindan a grupos de individuos, aunque correspondan a la salud pública (brindada por entidades públicas). Puede darse el caso que sean servicios brindados en forma colectiva a las poblaciones. Considerando los desembolsos del Estado en salud, se clasifican en servicios prestados a particulares (SI) como en servicios prestados en forma colectiva (SC). Los gastos en servicios individuales se asignan a los grupos 7071 a 7074; los gastos en servicios colectivos se asignan a los grupos 7075 y 7076.

**Cuadro 1. Clasificación Funcional de Gasto en Salud, MEFP-2001**

División	Grupo	Clase	Descripción
	707		<b>SALUD</b>
		7071	<b>Productos, útiles y equipos médicos (SI)</b>
		7072	<b>Servicios para pacientes externos (SI)</b>
		7073	<b>Servicios hospitalarios (SI)</b>
		7074	<b>Servicios de Salud Pública (SI)</b>
		707401	<i>Prestación de servicios de Salud Pública</i>
		707402	<i>Administración, inspección, gestión o apoyo a los servicios de Salud Pública</i>
		707403	<i>Preparación y difusión de información sobre asuntos de Salud Pública</i>
		7075	<b>Investigación y desarrollo relacionados con la Salud (SC)</b>
		70750	<i>Investigación y desarrollo relacionados con la Salud</i>
		70751	<i>Investigación y desarrollo relacionados con la Salud Pública</i>
		7076	<b>Salud n.e.p. (SC)</b>
		707601	<i>Administración, gestión o apoyo de actividades</i>
		707602	<i>Asuntos de salud que no pueden asignarse</i>

¿Qué es FESP?

La OPS puso en marcha la iniciativa “La salud pública en las Américas” dirigida a la definición y medición de las FESP como base para mejorar la práctica de la salud pública y fortalecer el liderazgo de las autoridades sanitarias en todos los niveles del Estado. Es por ello que las FESP se han definido como “las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública, es decir, el conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central que es mejorar la salud de las poblaciones.” López (2004) además añade que, se entiende por *esencial* pues se considera fundamental o indispensable para la obtención de los objetivos de la salud pública. Además, el término hace referencia a la definición de las responsabilidades del Estado a través de las autoridades sanitarias, consideradas esenciales para el desarrollo y la práctica de la salud pública.

Muñoz *et.al* (2000) hacen un recuento de la formulación de las FESP en el mundo. Entre los esfuerzos por medir las funciones esenciales destaca, el estudio con la técnica Delphi conducido por la Organización Mundial de la Salud en 1997 y el Programa Nacional de Desempeño y Estándares de la Salud Pública (*National Public Health Performance Standards Program, NPHPSP*) de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control, CDC*). Para el caso de las Américas se han identificado 11 funciones esenciales de salud pública identificadas como críticas para la práctica de la salud pública en los países de la región y contenidas en el instrumento de medición de su desempeño desarrollado por la OPS en colaboración con el CDC y el Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAISS).

La idea sustentada por OPS sobre medición de desempeño de las FESP es la de identificar fortalezas y las debilidades de la práctica de la salud pública, además de permitir un diagnóstico operativo de las áreas del quehacer que requieren mayor apoyo

para fortalecer la infraestructura de salud pública, en su más amplia acepción, esto es, incluyendo las capacidades humanas y las instalaciones y equipamientos que resultan necesarios para su buen desempeño.

Gordillo y Curcio (2004) presentan una propuesta para armonizar la lista de Funciones Esenciales de Salud Pública con la Clasificación Funcional del Gasto presentada en MEFP-2001. El Cuadro 2 contiene los principales grupos de la Clasificación FESP.

**Cuadro 2. Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP).**

<b>FESP</b>	<b>Descripción</b>
1	Seguimiento, evaluación y análisis de situación en salud
2	Vigilancia en Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños
3	Promoción de la salud.
4	Participación de la comunidad
5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional para planificación y gestión.
6	Fortalecimiento capacidad de gestión
7	Acceso equitativo servicios de salud
8	Desarrollo y capacitación de Recursos Humanos
9	Garantía y mejoramiento calidad de Servicios
10	Investigación
11	Reducción impacto emergencias y desastres

El documento tiene tres objetivos: i) Estimación del gasto en salud según MEFP-2001 así como las FESP para el caso boliviano tomando como año de referencia la gestión 2002; ii) Presentación del financiamiento de la Administración Central de donde proviene la mayor cantidad de recursos a ser transferida a los diferentes niveles administrativos; iii) Costeo de una FESP para reducir una brecha sanitaria.

Para una mejor comprensión del documento, el mismo está dividido en tres capítulos, el primero desarrolla a profundidad la ejecución del gasto en salud en Bolivia considerando las metodologías FESP y MEFP aplicadas a la gestión 2002. El segundo capítulo es una aplicación de la estimación de costos para reducir una brecha sanitaria, para lo cual se eligió el Programa Chagas. Finalmente, en el tercero se detallan las conclusiones del documento.

## **I.2 Fuente de Información y Metodología.**

El seguimiento a la ejecución de gastos sociales del Sector Público en Bolivia data de los trabajos realizados por Landa y Esquivel (1997), Cárdenas (1998), Loayza (1999) y Cuarite (2004).

En Bolivia, la entidad oficial para la elaboración de Estadísticas oficiales del Sector Público es la Contaduría General del Estado (CGE) que dispone de información de ejecuciones presupuestarias desde el año 1990. Esta institución

además es la que provee los datos que son presentados por el Fondo Monetario Internacional así como otras entidades internacionales. Las bases de datos de la Contaduría General del Estado, consideran los siguientes aspectos:

- a) Estructura Programática. Incluye: Categoría programática, Entidad de transferencia, Fuente de financiamiento, Organismo financiador, Fuente de Financiamiento.
- b) Momentos Contables. Incluye: Presupuesto vigente, Ejecución (devengado y caja).

Para evitar la doble contabilización de la información, se eliminaron las transferencias corrientes y de capital desde una institución pública hacia otra. Algunos ejemplos de programas o proyectos que ejecutaron instituciones relacionadas con salud se encuentran en el Cuadro 3<sup>3</sup>, donde se presenta el nombre de la categoría programática de la institución y la descripción que poseía con el MEFP-1986 y la posterior imputación realizada con la MEFP-2001. Para el presente documento se trabaja con la base de datos de la gestión 2002<sup>4</sup>.

**Cuadro 3. Clasificación MEFP 1986 y 2001**

Entidad	Descripción	MEFP-1986	MEFP-2001
Ministerio Educación	Salud sexual y reproductiva	04.6.0	707401
Ministerio de Salud	Programa nacional de medicamentos esenciales	05.4.0	7071
Ministerio de Salud	Vigilanc. y control de la malaria	05.3.0	707401
Ministerio de Salud	Reforma de salud	05.6.0	707601
Ministerio de Salud	Investigación en laboratorios de salud (INLASA)	05.5.0	70750
Pref. Chuquisaca	Servicio departamental de salud	05.6.0	707601
Corp. S.S. Militar	Gerencia de salud	05.6.0	707601
Caja Nal. de Salud	Servicios de administración y atención medica	05.2.1	707401
Gob. Mun. La Paz	Servicios de salud para la mujer	05.1.2	707401
Gob. Mun. Palca	Seguro básico de salud - sección	05.2.1	707401
Gob. Mun. V. Tunari	Funcionamiento salud	05.6.0	707401
Gob. Mun. Tapacará	Plan estratégico de salud	05.6.0	70750
Gob. Mun. Cotagaita	Control mal de chagas	05.3.0	707401
Gob. Mun. Santa Cruz	Promoción y difus. Red. serv. Salud	05.6.0	707403
Gob. Mun. Santa Rosa	Ampliación posta sanitaria rincón de palometa	05.2.1	707401

Con fines metodológicos, se excluyen los gastos en Seguridad Social a Largo Plazo (pensiones) así como Saneamiento Básico y Medio Ambiente.

<sup>3</sup> Según MEFP-1986, los códigos utilizados en el Cuadro 3 corresponden a: 4.6.0 (Educación n.c.p), 5.12 (Hospitales Especializados), 5.2.1 (Clínicas médicas generales y médicos generales (doctores), **5.3.0 (Salud Pública)**, 5.4.0 (Medicamentos, prótesis, equipo médico y aparatos ortopédicos u otros), 5.6.0 (Sanidad n.c.p.)

<sup>4</sup> Además se dispone de la desagregación para el año 2000.

Si bien no existe una forma exacta para definir los códigos MEFP-2001, para el presente trabajo se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- a. Consideración de la clasificación existente en la CGE. En un principio se respetó la codificación, pero fueron identificados programas que se encontraban en otros grupos diferentes a salud.
- b. Para el grupo de “Salud Pública” (7074) se consideraron los siguientes aspectos:
  - i. Programas o proyectos específicos como ser: Control de Chagas, Vigilancia Epidemiológica, Control Malaria, Salud Sexual y Reproductiva, fueron agrupados en “Prestación de servicios de Salud Pública” (707401).
  - ii. Programas o proyectos que poseen el detalle: Supervisión y Control Salud, Funcionamiento Sector Salud, Gasto de Operación, Programa de Salud Municipio *x*, fueron agrupados en “Administración, inspección, gestión o apoyo a los servicios de Salud Pública” (707402).
  - iii. Programas o proyectos con el detalle: Capacitación Recursos Humanos, IEC Educación para la Familia, Apoyo Responsables Populares de Salud, fueron agrupados en “Preparación y difusión de información sobre asuntos de Salud Pública” (707403).
- c. Para el grupo “Investigación y desarrollo relacionados con la Salud” (707501) se consideraron los siguientes criterios:
  - i. Programas o proyectos con el detalle: Dirección Municipal, Perfil Proyecto Salud, fueron agrupados en “Administración, gestión o apoyo de actividades” (707601).
  - ii. Programas o proyectos con el detalle: Multiprograma Salud, Partidas no asignables a Programas, fueron agrupados en “Asuntos de salud que no pueden asignarse” (707602).
- d. Considerando el hecho que en un Programa identificado en alguna de las anteriores clasificaciones, existan partidas que corresponden a “arreglos contables” como ser: Pérdidas en Operaciones Cambiarias, Incremento de Cuentas por Cobrar a Largo Plazo, Incremento de Caja y Bancos, este tipo de información no fue incluida en el análisis por la imposibilidad de asignar algún código MEFP ó FESP además que ninguna de ellas se ciñe estrictamente a las actividades en salud.
- e. Se identificó a programas que tienen alguna relación con Educación en Salud, siendo clasificadas en el Grupo 7095.
- f. En las gestiones 2000 y 2002 no se disponía de la desagregación entre gasto en centros de salud y hospitales, por lo cual se recurrió a estimar según la estructura que se disponía hasta el año 1999. En el caso de los SEDES (Servicios Departamentales de Salud), se recurrió a la clasificación



- de la gestión 1999, así como la ejecución de las Cajas de Salud (Ver Anexo para mayor detalle).
- g. Para la clasificación FESP, se aplicó la propuesta de Gordillo y Curcio (2004) Ver Propuesta Gordillo y Curcio (2004))
  - h. En algunos casos, no fue posible seguir la guía para la armonización de MEFP y FESP tal cual se presentó en el documento de Gordillo y Curcio (2004). En especial en el grupo 707402, donde existían muchas actividades de carácter administrativo que se relacionan con la FESP 7 (Acceso Equitativo a Servicios de Salud).
  - i. En el caso de grupo 707602 (Asuntos de salud que no pueden asignarse), en la mayoría de los casos no era posible asignar un código que corresponda con FESP. Ello por el nombre asignado a la categoría programática en algunas instituciones que no explica más sobre la actividad desarrollada.
  - j. En el grupo 707402 (Administración, inspección y gestión de los servicios de Salud Pública) se vio la necesidad de relacionar con la FESP F7.2 (El desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones en materia de salud pública y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud, sin incluir la financiación de esta atención).
  - k. En el grupo 707403 (Preparación y difusión de información sobre asuntos relacionados con la salud pública) se vio la necesidad de relacionar con la FESP F8 (Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública)
  - l. Se vio por conveniente considerar a las FESP F2.4 (El desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas) como importante a diferencia de la definición de "peso menor en la inclusión de la clasificación FESP desarrollada por el documento de Gordillo y Curcio (2004).
  - m. Finalmente, se identificaron los gastos en las partidas 251 (médicos), 351 (medicamentos) y 394 (instrumental menor médico quirúrgico) considerándolos como gastos en salud, sin importar la entidad que ejecute tales partidas.

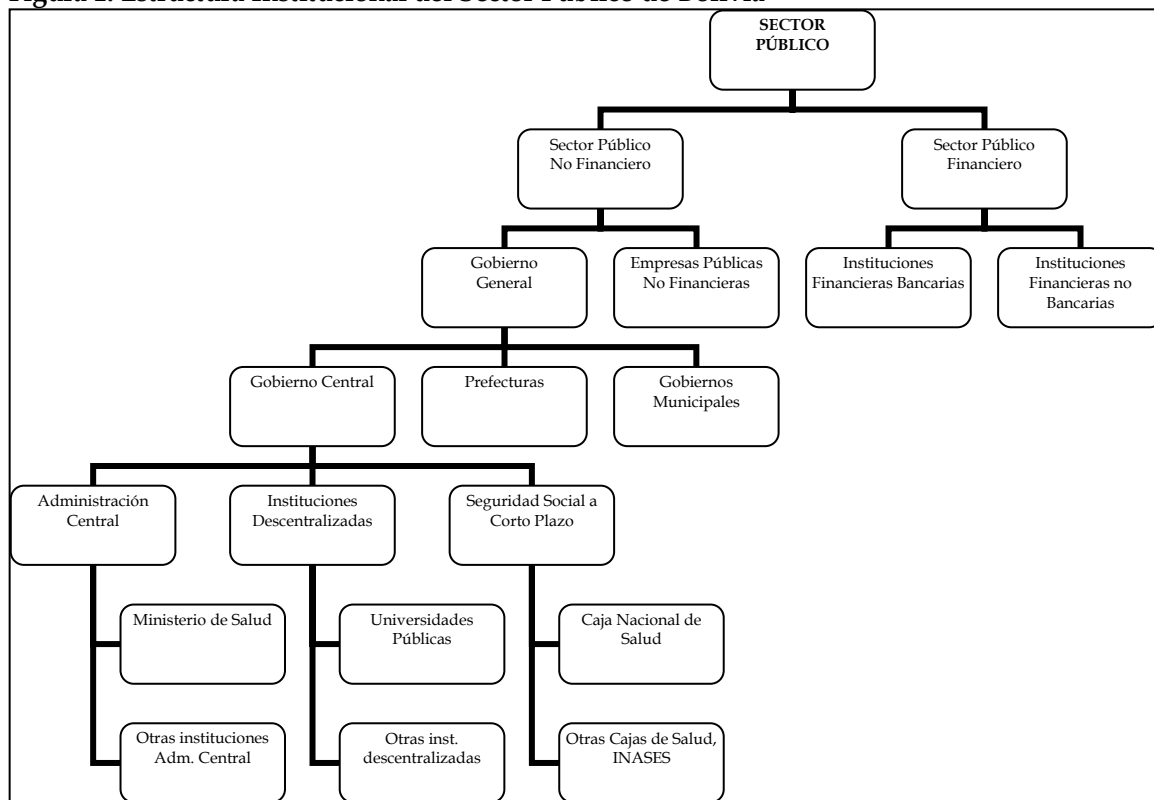
### **I.3 Ingresos y Gastos del Sector Público en Bolivia.**

En esta sección se resumen los trabajos existentes en Bolivia sobre la estimación de Gasto Público Social así como los ingresos de la Administración Central.

La estructura institucional del Sector Público contiene los niveles presentados en la Figura 1, de manera tal que las Instituciones involucradas en el Sector Salud en Bolivia son:

- Ministerio de Salud, que se encuentra en la Administración Central.
- Otras instancias de la Administración Central, en especial Ministerios.
- Instituciones descentralizadas, donde resaltan trabajos de investigación de las Universidades Públicas.
- Instituciones de Seguridad Social a Corto Plazo (Cajas de Salud).
- Prefecturas, donde se incluyen los Servicios Departamentales de Salud (SEDES).
- Gobiernos Locales, donde se encuentran agrupados los Gobiernos Municipales.

**Figura 1. Estructura Institucional del Sector Público de Bolivia**



Fuente: Landa y Esquivel (1997)

### I.3.1 Gasto Público Social.

Tal como se presentó en la anterior sección, existen varios trabajos relacionados con el tema de Gasto Público Social en Bolivia, sin embargo, para el presente documento tan sólo se considerará el trabajo realizado en UDAPE a cargo Cuarite (2004) al poseer la misma fuente de información así como la metodología de consolidación.

El Gasto Público Social prácticamente se cuadruplicó entre 1990 y 2002, pasando de US\$ 247 millones en 1990 a US\$ 913 millones en 2002. En tanto que, el Gasto en Salud creció más de 6 veces en el mismo período analizado, pasando de US\$ 48 millones a US\$ 282 millones. Ello determinó que aumente la participación de la ejecución del sector salud con respecto al PIB, al Gasto Público Total y el gasto por habitante. (Ver Cuadro 4)

**Cuadro 4. Gasto Público Social en Bolivia.**

Detalle	GPT (Millones US\$)	GPS (Millones US\$)	Gasto Salud (Millones US\$)	Gasto Salud (% PIB)	Gasto Salud (% GPT)	Gasto salud per capita (US\$)
1990	697	247	48	1.00	5.76	7.26
1991	977	289	39	0.74	3.72	5.69
1992	1,247	371	73	1.30	6.08	10.37
1993	1,500	435	78	1.35	2.36	10.72
1994	1,627	409	67	1.12	1.84	9.02
1995	1,567	405	73	1.09	1.92	9.64
1996	3,299	1,016	188	2.54	5.68	24.22
1997	3,539	1,103	195	2.46	4.58	24.51
1998	3,948	1,124	227	2.67	5.26	27.89
1999	4,080	1,186	249	3.01	5.48	29.93
2000	3,905	1,323	262	3.13	6.48	30.76
2001	3,789	1,232	193	2.41	4.73	22.44
<b>2002 (p)</b>	<b>2,497</b>	<b>913</b>	<b>282</b>	<b>3.62</b>	<b>9.87</b>	<b>32.01</b>

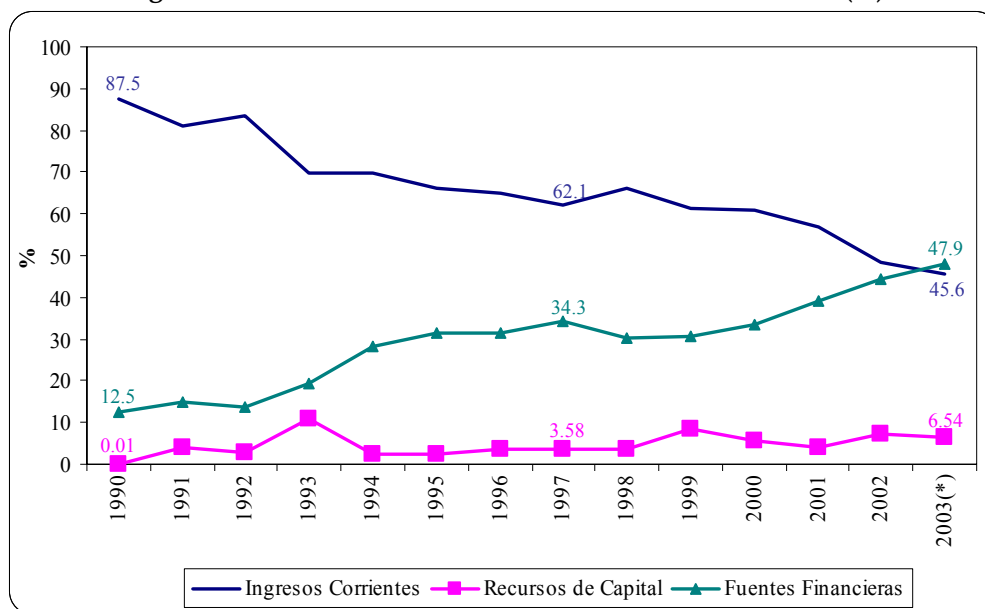
Nota: GPT= Gasto Público Total, GPS= Gasto Público Social. (p) Preliminar.

Fuente: Cuarite (2004)

### I.3.2 Ejecución de Recursos del Sector Público (financiamiento).

Considerando la Clasificación Económica anterior a MEFP-2001 de la ejecución de recursos, la Administración Central en Bolivia, fue incrementando los ingresos en los últimos 13 años de US\$ 669 en 1990 a US\$ 3,026 en 2003. Los recursos de capital fueron los que tuvieron menor participación en el total alcanzando el año 2003 al 6.54%, en tanto que los ingresos corrientes fueron reemplazados lentamente por las fuentes financieras. El incremento de estos últimos se debe al endeudamiento por créditos internos y externos (en el caso de los préstamos internos pasó de US\$139.6 millones en 1997 a US\$ 726.5 millones en 2002; para los préstamos externos pasó de US\$ 254.7 millones en 1997 a US\$ 688.1 millones en 2002) (ver Figura 2 y Anexo III.5)

**Figura 2. Recursos de la Administración Central de Bolivia (%)**



Fuente: Viceministerio de Presupuesto y Contaduría.

Como se mencionó anteriormente, MEFP-2001 modifica la estructura de ingresos y gastos del Sector Público. La información según la nueva clasificación con relación a los ingresos aplicada al caso boliviano, se encuentra en el Cuadro 5.<sup>5</sup>

La ejecución de ingresos del Gobierno General para el año 2002 fue alrededor de US\$ 2,156 millones, de los cuales alrededor del 62% estuvo en el grupo de impuestos recaudados. La participación de las recaudaciones del Gobierno Central respecto del Gobierno General fue de 81%, de manera tal que tan sólo los impuestos correspondan a casi la mitad de los recursos totales considerados. (Ver Cuadro 5)

Analizando detalladamente los principales rubros del Gobierno General en el año 2002, el 40% correspondió a los impuestos sobre bienes y servicios que fueron recolectados por los tres niveles que componen el Gobierno General. El segundo grupo en orden de importancia son las donaciones recibidas por organismos internacionales (10%) y en tercer lugar se encuentran los ingresos por ventas de bienes y servicios (9%). (Ver Cuadro 5)

El Cuadro 5 incluye la “columna de consolidación” en la que son neteadas las transacciones realizadas al interior del Gobierno General, sobresaliendo aquellas que fueron realizadas por concepto de donaciones.

<sup>5</sup> Al momento de concluir este documento tan sólo se disponía de la desagregación para el año 2002.

**Cuadro 5. Clasificación de ingresos según MEFP-2001  
Año 2002, (Millones US\$)**

<b>INGRESO</b>	<b>Gobierno central</b>	<b>Gobiernos estatales</b>	<b>Gobiernos locales</b>	<i>Columna de consolidación</i>	<b>Gobierno general</b>
1 INGRESO	1,743	573	451	-611	2,156
<b>11 Impuestos</b>	1,041	45	245	-1	1,330
<i>111 Imp. sobre el ingreso, util. y gan. de capital</i>	117	0	24	0	141
<i>112 Imp. sobre la nómina y la fuerza de trabajo</i>	0	0	0	0	0
<i>113 Imp. sobre la propiedad</i>	122	0	105	0	227
<i>114 Imp. sobre los bienes y servicios</i>	712	45	99	0	855
<i>115 Imp. sobre el comercio y las trans. Intnales.</i>	68	0	16	0	84
<i>116 Otros impuestos</i>	22	0	1	0	23
<b>12 Contribuciones sociales</b>	151	0	0	0	151
<i>121 Contribuciones a la seguridad social</i>	151	0	0	0	151
<i>122 Otras contribuciones sociales</i>	0	0	0	0	0
<b>13 Donaciones</b>	292	445	163	-607	293
<i>131 De gobiernos extranjeros</i>	54	7	18	0	78
<i>132 De organismos internacionales</i>	210	2	4	0	215
<i>133 De otras unidades del gobierno general</i>	29	436	142	-607	0
<b>14 Otros ingresos</b>	259	84	42	-4	381
<i>141 Rentas de la propiedad</i>	20	77	2	-4	95
<i>142 Ventas de bienes y servicios</i>	159	6	23	0	188
<i>143 Multas, sanc. pec. y dep. en caución Transf.</i>	2	0	2	0	4
<i>144 Transf. voluntarias distintas de donaciones</i>	37	0	9	0	46
<i>145 Ingresos diversos y no identificados</i>	41	1	5	0	47

Fuente: Viceministerio de Presupuesto y Contaduría.

Una vez hecha la introducción de las ejecuciones presupuestarias del sector público en Bolivia, a continuación se presentan los resultados obtenidos al conciliar las cuentas MEFP-2001 con las FESP.

#### **I.4 Presentación de Resultados.**

##### **I.4.1 Clasificación MEFP-2001.**

Para el año 2002, Bolivia tuvo una ejecución en salud de Bs. 1,133 millones lo que equivale aproximadamente a US\$ 158 millones<sup>6</sup>. Del total, más del 50% fue distribuido entre los grupos 7071 (Productos, útiles y equipos médicos), 7072 (Servicios para Pacientes Externos) y 7073 (Servicios hospitalarios), en estos dos últimos se encuentran esencialmente el pago al personal médico (Ver Cuadro 6).

<sup>6</sup> El tipo de cambio utilizado es Bs. 7.1808 por US\$ 1.

El Gasto en salud según MEFP-2001 se diferencia de los US\$ 282 millones presentados en el Cuadro 4, porque se consolidaron algunos casos con ejecuciones del sector educación. Es por ello que el gasto según MEFP representó el 6.3% respecto del Gasto Público Total a diferencia de 9.87% que fue calculado en el Cuadro 4. Además, en este documento no se incluyen los gastos en deuda y activos financieros que realizan las instituciones públicas (*i.e.* no se incluyen los grupos de partida 500 y 600)

El grupo más importante en Salud Pública corresponde a 707401 (Prestación de servicios de Salud Pública), donde se incluyó a programas especiales que realizan las Prefecturas<sup>7</sup> además de la Ejecución que realizan las Cajas de Salud (Seguridad Social a Corto Plazo), en Especial la Caja Nacional de Salud que ejecuta alrededor de un tercio del gasto total en salud en Bolivia, según las estimaciones de Cárdenas (1998).

Uno de los temas que usualmente se analiza en las ejecuciones del sector salud, corresponde a los gastos en medicamentos que son contabilizados en el grupo 7071, los mismos que fueron desagregados en Productos Farmacéuticos (70711), Otros productos farmacéuticos (70712) y Aparatos y Equipos farmacéuticos (70713). En la gestión 2002, se ejecutó alrededor de Bs. 5 millones (US\$. 717 mil) en el grupo 7071 de los cuales posee mayor ponderación la subclase 70713 con Bs. 4.5 millones (US\$ 634 mil) en tanto que la subclase 70711 ejecutó tan sólo Bs. 592 mil (US\$. 82 mil) de los cuales 70% fue financiado con fuentes externas.

Considerando las funciones de rectoría que están tipificadas en Salud Pública y son agrupadas en la clase 707601 (Administración, gestión o apoyo de actividades), su participación en el total de gastos en salud del sector Público en el año 2002 fue de 20%. La actividad que tuvo mayor ejecución en esta clase fue 7076011 (Formulación, administración coordinación y vigilancia de políticas, planes programas y presupuesto generales en materia de salud) con Bs. 181 millones o su equivalente en US\$ 25 millones de los cuales alrededor de 90% provinieron de recursos internos.

Por otra parte, los gastos en salud pueden ser clasificados en servicios individuales que alcanzaron a Bs. 882 millones (US\$ 123 millones) y servicios colectivos Bs. 244 millones (US\$ 33 millones). Nótese que la suma de ambos servicios no totalizan el gasto en salud descrito anteriormente, puesto que no se incluyen los gastos que fueron desarrollados por diversas instancias relacionadas con educación, siendo de esta manera agrupadas en 7095 (Enseñanza no atribuible a ningún nivel) con una ejecución de Bs. 7.7 millones (US\$ 1 millón).

---

<sup>7</sup> Gobiernos departamentales.

**Cuadro 6**  
**Bolivia: Ejecución del Sector Público en Salud, según MEFP-2001.**  
**Gestión 2002. (Miles de Bolivianos corrientes)**

MEFP	Total	%	Interna	%	Externa	%
<b>707 SALUD</b>	<b>1,133,714</b>	<b>100</b>	<b>969,528</b>	<b>100</b>	<b>164,186</b>	<b>100</b>
7071 Productos, útiles y equipos médicos	5,146	0.5	4,526	0.5	620	0.4
70711 Productos farmacéuticos	592	0.1	177	0.0	415	0.3
70712 Otros productos farmacéuticos	0	0.0	0	0.0	0	0.0
70713 Aparatos y Equipos farmacéuticos	4,554	0.4	4,349	0.4	206	0.1
7072 Servicios para pacientes externos	481,142	42.4	461,037	47.6	20,105	12.2
70721 Servicios médicos generales	369,562	32.6	349,537	36.1	20,025	12.2
70722 Servicios médicos especializados	108,211	9.5	108,211	11.2	0	0.0
70723 Servicios odontológicos	0	0.0	0	0.0	0	0.0
70724 Servicios paramédicos	3,369	0.3	3,290	0.3	80	0.0
7073 Servicios hospitalarios	185,713	16.4	167,712	17.3	18,000	11.0
70731 Servicios hospitalarios generales	116,849	10.3	102,377	10.6	14,472	8.8
70732 Servicios hospitalarios especializados	65,453	5.8	64,650	6.7	802	0.5
70733 Servicios médicos y centros de maternidad	3,411	0.3	685	0.1	2,727	1.7
70734 Serv. Residencias 3ra. Edad y convalecencia	0	0.0	0	0.0	0	0.0
7074 Servicios de Salud Pública	210,067	18.5	136,112	14.0	73,955	45.0
707401 Prestación de servicios de Salud Pública	103,553	9.1	76,147	7.9	27,406	16.7
707402 Adm., inspección, gestión o apoyo a los serv. de Salud Pública	104,638	9.2	59,913	6.2	44,726	27.2
707403 Prep. y difusión de información s/ asuntos de Salud Pública	1,876	0.2	52	0.0	1,824	1.1
7075 Investigación y desarrollo relacionados con la Salud	12,133	1.1	12,097	1.2	36	0.0
70750 Investigación y desarrollo relacionados con la Salud	11,895	1.0	11,859	1.2	36	0.0
70751 Investigación y desarrollo relacionados con la Salud Pública	238	0.0	238	0.0	0	0.0
7076 Salud n.e.p.	231,842	20.4	180,495	18.6	51,347	31.3
707601 Administración, gestión o apoyo de actividades	230,767	20.4	179,420	18.5	51,347	31.3
707602 Asuntos de salud que no pueden asignarse	1,075	0.1	1,075	0.1	0	0.0
7095 Enseñanza no atribuible a ningún nivel	7,671	0.7	7,549	0.8	122	0.1

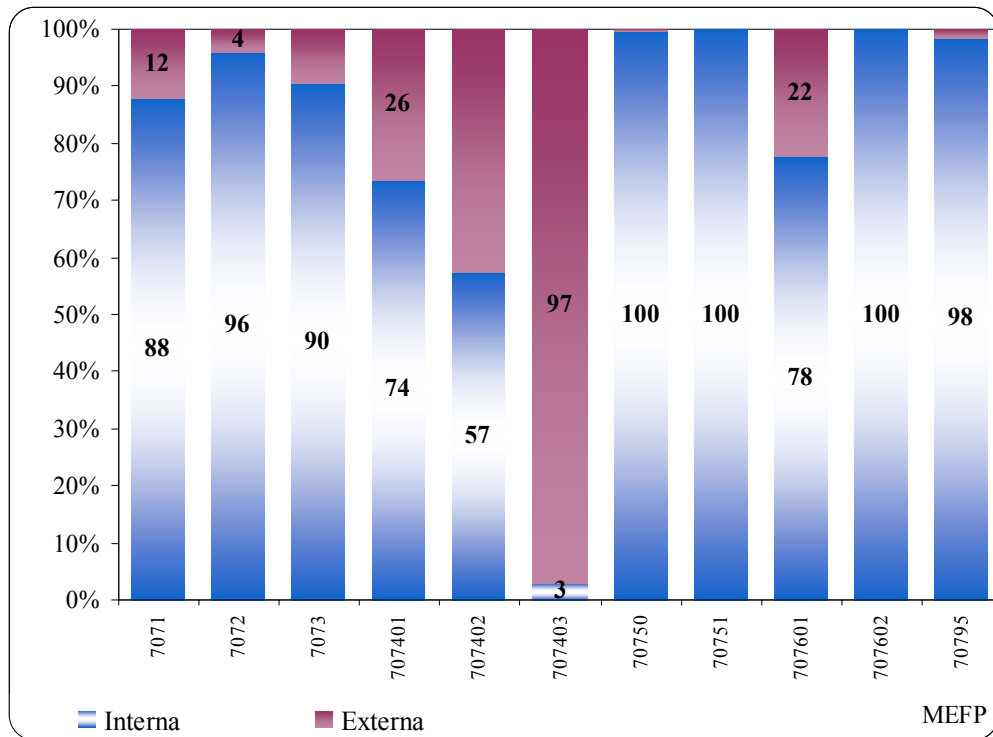
Fuente: Elaboración Propia.

Considerando las fuentes de financiamiento interna y externa, alrededor del 86% de los gastos ejecutados en salud en el año 2002 fueron financiados con fuentes internas como son los recursos provenientes del Tesoro General de la Nación (TGN) y Recursos Propios de cada institución. En tanto que el restante 14% fue financiado por recursos externos. (Ver Figura 3).

En el único caso en el que la mayor parte de los gastos fueron ejecutados con fuentes externas fue en Preparación y difusión de información sobre asuntos de

Salud Pública (707403), donde se encuentra un proyecto de Salud Sexual y Reproductiva.

**Figura 3. Bolivia: Clasificación MEFP en Salud según fuente de financiamiento (Año: 2002)**



Fuente: Elaboración Propia.

Considerando las entidades del Sector Público de Bolivia que ejecutan en salud, aquellas que poseen la mayor participación en el total son las Prefecturas departamentales (38%) a través del pago al personal médico y paramédico, en segunda instancia están las Cajas de Salud (32%) y el Ministerio de Salud tan sólo tiene una participación de 20%<sup>8</sup> (ver Cuadro 7).

Tal como fue presentada en el Cuadro 6, las principales cuentas en Salud son: 7072 (Servicios para pacientes externos) y 7073 (Servicios hospitalarios) las cuales fueron ejecutadas en gran parte por las prefecturas y en el caso de 7073 además cuentan gastos realizados por las Cajas de Salud.

La ejecución en Salud Pública (SP) que agrega las actividades 7074, 7075 y 7076 alcanzó aproximadamente a Bs. 454 millones lo que equivale a US\$ 63 millones. Ello significa que la participación de SP en el Gasto Público en Salud fue de 40%

<sup>8</sup> La Ley de Participación Popular (1994) delega a los Gobiernos Municipales las construcciones y mejoramiento de establecimientos educativos y salud, entre otros aspectos. En tanto que, en la Ley de descentralización Administrativa se determina que el pago de sueldos y salarios del personal en salud y en educación es delegado a las Prefecturas.



considerando la clasificación MEFP-2001. La principal actividad en SP con una participación del 50% fue el grupo 707601 (Administración, gestión o apoyo de actividades) ejecutado por las Prefecturas, siguiéndole en importancia las actividades 707401 y 707402, con 23% cada una de ellas. (Ver Cuadro 7)

**Cuadro 7. Bolivia: Ejecución en Salud por Entidad  
Gestión 2002 (Miles de Bolivianos corrientes)**

MEFP	Ministerio de Salud	Otras Adm. Central	Descentralizadas (a)	Prefecturas	Cajas de Salud	Municipios	TOTAL
7071	0	0	732	282	3,139	994	<b>5,146</b>
7072	0	0	16,386	198,513	250,027	16,216	<b>481,142</b>
7073	0	0	6,656	157,071	14,692	7,293	<b>185,713</b>
707401	46,460	1,127	1,417	5,125	13,417	36,006	<b>103,553</b>
707402	94,661	0	1,519	7,477	0	982	<b>104,638</b>
707403	52	0	1,824	0	0	0	<b>1,876</b>
70750	6,110	0	0	5,785	0	0	<b>11,895</b>
70751	0	0	238	0	0	0	<b>238</b>
707601	76,309	8,838	5,311	50,764	82,788	6,757	<b>230,767</b>
707602	0	0	41	0	1,033	0	<b>1,075</b>
7095	0	0	3,685	3,986	0	0	<b>7,671</b>
<b>TOTAL</b>	<b>223,592</b>	<b>9,965</b>	<b>37,810</b>	<b>429,004</b>	<b>365,096</b>	<b>68,247</b>	<b>1,133,714</b>

(a) Incluye empresas públicas.

Fuente: Elaboración Propia.

En el caso de 7095 (enseñanza no atribuible a ningún nivel) , la ejecución de las facultades de Medicina de las Universidades Públicas se encuentra en el nivel Descentralizadas.

Cabe recalcar que en el presente documento tan sólo se consideran a las instituciones públicas, de manera tal que, no se toma en cuenta la información de la Caja de Salud de la Banca Privada que es una institución privada que acoge principalmente a los empleados de las instituciones financieras de carácter privado.

#### I.4.2 Clasificación FESP.

El gasto en las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) en Bolivia el año 2002 fue Bs. 453 millones o su equivalente en US\$ 63 millones, monto que corresponde a los grupos 7074, 7075 y 7076<sup>9</sup> del MEFP-2001. La participación de las FESP en el gasto según MEFP-2001 es de 24% y tan sólo 2.5% del Gasto Público Total.

Realizando la Clasificación de los Gastos en Salud Pública según las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), en Bolivia prácticamente el 100% de estos gastos se encontraban en las Funciones Operativas que se encuentran agregadas en las Funciones de Apoyo (las funciones Operativas consideradas fueron: FESP N.2, N.3, N.4, N.6, N.7, N.9 y N.11), en tanto que las Funciones de Gobernabilidad corresponden a las FESP (N.1, N.5, N.8, N.10) (Ver Cuadro 8).

**Cuadro 8**  
**Bolivia: Funciones Esenciales de Salud Pública, según Tipos**  
**Gestión 2002. (Miles de Bolivianos corrientes)**

<b>FESP</b>	<b>Miles Bs.</b>	<b>%</b>
<b>SALUD PÚBLICA</b>	<b>452,967</b>	<b>100</b>
Funciones de Gobernabilidad	78,448	0.0
Funciones de Apoyo	374,520	100.0
<i>Funciones Operativas</i>	<i>358,686</i>	<i>79.8</i>
<i>Funciones no Operativas</i>	<i>15,833</i>	<i>20.2</i>

Fuente: Elaboración Propia.

Desagregando las FESP para el año 2002, el Sector Público de Bolivia ejecutó en su mayoría en el grupo 9 con 29% (Garantía y mejoramiento calidad de servicios) y el grupo 7 con 28% (Acceso equitativo servicios de salud) así como F5 con 17% (Desarrollo de políticas y capacidad institucional para planificación y gestión) (Ver Cuadro 9).

Sin embargo al desagregar las FESP se tiene el siguiente orden: i) F9.2 con una ejecución de Bs. 92 millones (US\$ 13 millones) que representa 20% del total de las FESP; ii) F5.2 con una ejecución de Bs. 70 millones (US\$ 10 millones) representado 16% y iii) F7.1 con una ejecución de Bs. 63 millones (US\$ 9 millones) que representa 14%.

---

<sup>9</sup> Siguiendo el documento de Gordillo y Curcio (2004), la actividad 70762 (Asuntos de salud que no pueden asignarse) no fue imputada ninguna de las FESP consideradas. Es por esta razón que la ejecución en Salud Pública difiere del gasto en las FESP.

**Cuadro 9**  
**Bolivia: Ejecución de FESP. Gestión 2002. (Miles de Bolivianos corrientes)**

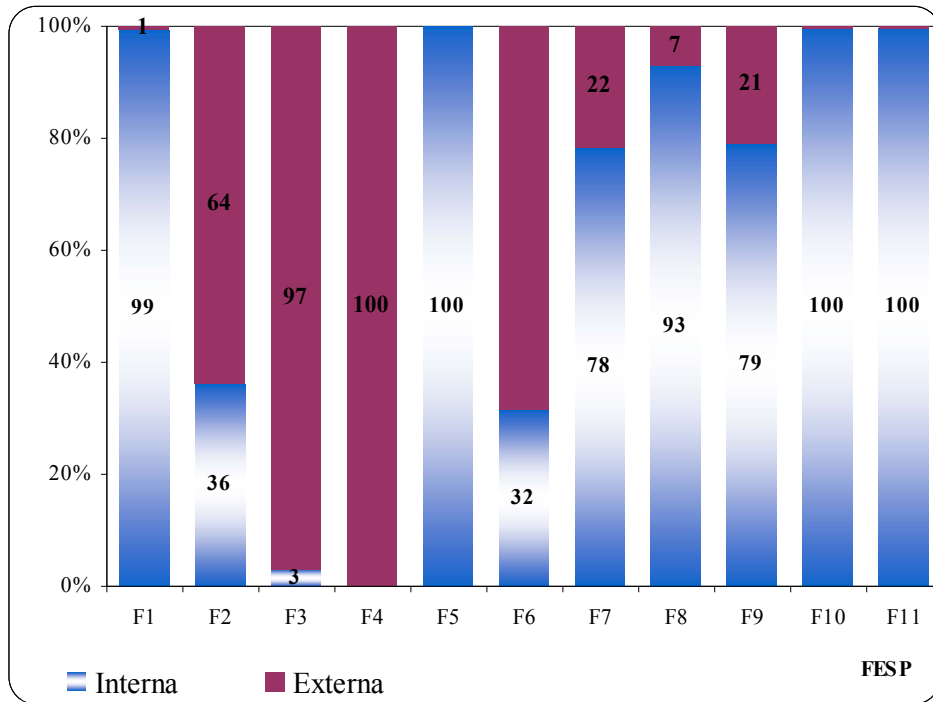
FESP	TOTAL	%	Interna	%	Externa	%
<b>TOTAL</b>	<b>452,967</b>	<b>100</b>	<b>327,629</b>	<b>100</b>	<b>125,338</b>	<b>100</b>
<b>F1. Seguimiento, evaluación y análisis de situación de salud</b>	<b>2,560</b>	<b>0.6</b>	<b>2,542</b>	<b>0.8</b>	<b>19</b>	<b>0.0</b>
F1.1	1,132	0.2	1,131	0.3	0	0.0
F1.2	1,429	0.3	1,410	0.4	19	0.0
F1.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>F2. Vigilancia en Salud Pública, invest. y control de riesgos y daños</b>	<b>53,117</b>	<b>11.7</b>	<b>19,198</b>	<b>5.9</b>	<b>33,919</b>	<b>27.1</b>
F2.1	50,147	11.1	16,235	5.0	33,912	27.1
F2.4	2,970	0.7	2,964	0.9	7	0.0
<b>F3. Promoción de la salud</b>	<b>1,876</b>	<b>0.4</b>	<b>52</b>	<b>0.0</b>	<b>1,824</b>	<b>1.5</b>
F3.1	1,428	0.3	52	0.0	1,376	1.1
F3.2	74	0.0	0	0.0	74	0.1
F3.4	373	0.1	0	0.0	373	0.3
<b>F4. Participación de la comunidad</b>	<b>5,179</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>5,179</b>	<b>4.1</b>
F4.1	5,179	1.1	0	0.0	5,179	4.1
F4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>F5. Desarrollo de pol. y capacidad inst. para planificación y gestión</b>	<b>75,887</b>	<b>16.8</b>	<b>75,887</b>	<b>23.2</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>
F5.1	1,051	0.2	1,051	0.3	0	0.0
F5.2	70,356	15.5	70,356	21.5	0	0.0
F5.3	15	0.0	15	0.0	0	0.0
F5.4	4,466	1.0	4,466	1.4	0	0.0
<b>F6. Fortalecimiento Capacidad de gestión</b>	<b>42,515</b>	<b>9.4</b>	<b>13,408</b>	<b>4.1</b>	<b>29,107</b>	<b>23.2</b>
F6.1	8,320	1.8	8,320	2.5	0	0.0
F6.4	34,196	7.5	5,088	1.6	29,107	23.2
<b>F7. Acceso equitativo servicios de salud</b>	<b>125,470</b>	<b>27.7</b>	<b>98,089</b>	<b>29.9</b>	<b>27,381</b>	<b>21.8</b>
F7.1	62,529	13.8	60,987	18.6	1,543	1.2
F7.2	2,105	0.5	1,893	0.6	213	0.2
F7.3	19,943	4.4	19,515	6.0	428	0.3
F7.4	40,892	9.0	15,695	4.8	25,198	20.1
<b>F8. Desarrollo y Capacitación de Recursos Humanos</b>	<b>3,700</b>	<b>0.8</b>	<b>3,432</b>	<b>1.0</b>	<b>268</b>	<b>0.2</b>
F8.2	3,700	0.8	3,432	1.0	268	0.2
<b>F9. Garantía y mejoramiento calidad de servicios</b>	<b>130,213</b>	<b>28.7</b>	<b>102,610</b>	<b>31.3</b>	<b>27,603</b>	<b>22.0</b>
F9.1	21,359	4.7	14,052	4.3	7,307	5.8
F9.2	91,919	20.3	72,073	22.0	19,846	15.8
F9.3	10,034	2.2	10,034	3.1	0	0.0
F9.5	6,451	1.4	6,451	2.0	0	0.0
F9.6	450	0.1	0	0.0	450	0.4
<b>F10. Investigación</b>	<b>12,133</b>	<b>2.7</b>	<b>12,097</b>	<b>3.7</b>	<b>36</b>	<b>0.0</b>
F10.1	11,895	2.6	11,859	3.6	36	0.0
F10.2	101	0.0	101	0.0	0	0.0
F10.3	137	0.0	137	0.0	0	0.0
<b>F11. Reducción impacto emergencias y desastres</b>	<b>316</b>	<b>0.1</b>	<b>314</b>	<b>0.1</b>	<b>1</b>	<b>0.0</b>
F11.3	316	0.1	314	0.1	1	0.0

Para optimizar el espacio y mejorar la visualización, no se detalla las FESP al interior de cada grupo.

Fuente: Elaboración Propia.

Relacionando las FESP con las fuentes de financiamiento, en el año 2002 tal como se presentó en el caso de la clasificación MEFP, la mayoría de las Funciones Esenciales en Salud Pública fueron ejecutadas con fuentes internas, a excepción de F4 que corresponde a Desarrollo de políticas y capacidad institucional para planificación y gestión. En este caso se trata de una gran proporción de gastos del Fondo de Inversión Productivo y Social (FPS) (ver Figura 4).

**Figura 4. Bolivia: Clasificación FESP según Fuente de Financiamiento (Año: 2002)**



Fuente: Elaboración Propia.

En cuanto a las instituciones que ejecutaron en Salud Pública, 49% de este total fue realizado por el Ministerio de Salud y 21% por las Cajas de Salud. Así como el gasto mayor fue en F9 (Garantía y mejoramiento calidad de servicios) y F7 (Acceso equitativo servicios de salud) (Ver Cuadro 10).

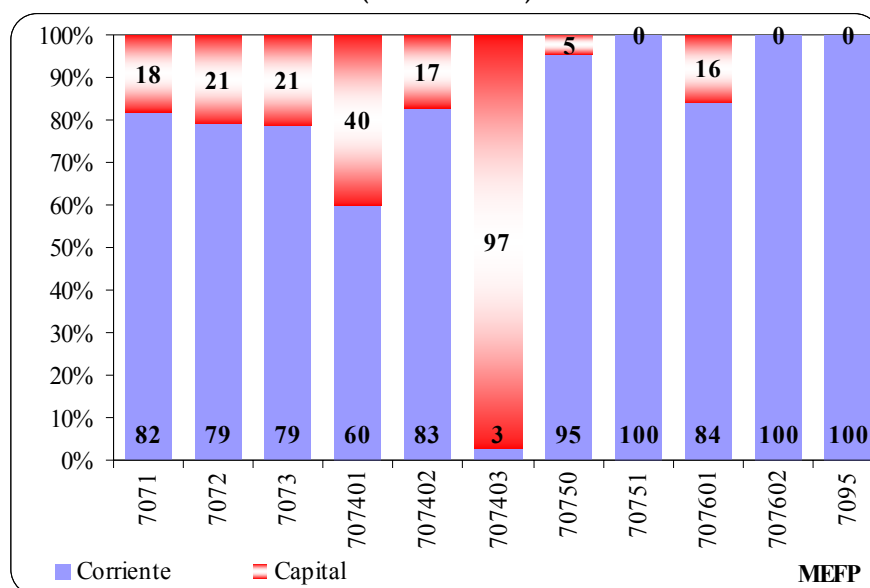
**Cuadro 10. Bolivia: Ejecución FESP por Entidades (Año: 2002) (Miles de Bolivianos corrientes)**

FESP	Ministerio de Salud	Otras Adm. Central	Descentralizadas (a)	Prefecturas	Cajas de Salud	Municipios	TOTAL
F1	0	2,387	173	0	0	0	2,560
F2	50,147	0	0	2,970	0	0	53,117
F3	52	0	1,824	0	0	0	1,876
F4	0	0	5,139	0	0	41	5,179
F5	15	0	0	0	70,022	5,851	75,887
F6	33,330	0	0	0	8,320	865	42,515
F7	85,127	1,127	1,417	2,155	13,417	22,226	125,470
F8	3,700	0	0	0	0	0	3,700
F9	44,795	6,451	1,519	58,241	4,446	14,761	130,213
F10	6,110	0	238	5,785	0	0	12,133
F11	316	0	0	0	0	0	316
<b>TOTAL</b>	<b>223,592</b>	<b>9,965</b>	<b>10,310</b>	<b>69,151</b>	<b>96,205</b>	<b>43,744</b>	<b>452,967</b>

Fuente: Elaboración Propia.

#### I.4.3 Gastos corrientes y de capital <sup>10</sup>

**Figura 5. Bolivia: Gastos del Sector Público según Clasificación Económica y MEFP (Gestión 2002)**



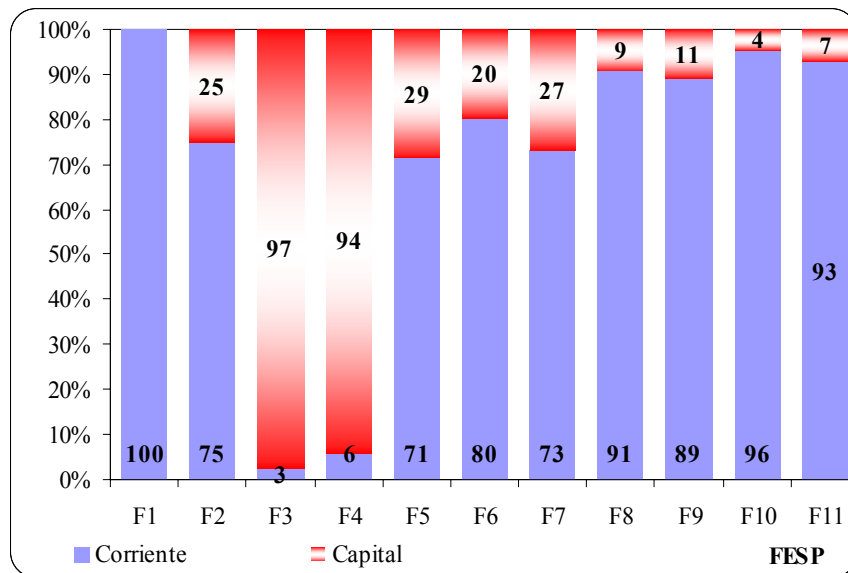
Fuente: Elaboración Propia.

<sup>10</sup> La clasificación económica de los gastos agrupa los gastos en: corrientes, de capital y aplicaciones financieras. Este último grupo contiene partidas relacionadas con aplicaciones financieras (grupo 500) y servicio de la deuda (grupo 600). Para el presente documento no se utilizan las aplicaciones financieras, mismas que no pueden ser desagregadas por MEFP ó FESP.

Utilizando la clasificación económica para los Gastos en Salud ejecutados en Bolivia para el año 2002, estos estuvieron compuestos en: Bs. 895 millones en Gastos Corrientes (79%) y Bs. 239 millones en Gastos de Capital (21%). Al clasificar los gastos según MEFP-2001, la mayor parte de los gastos fueron corrientes a excepción de 707401, 707402 donde preponderan los gastos de capital y aplicaciones financieras en 707602 (ver Figura 5). Los gastos corrientes son financiados en su mayoría por fuentes internas (90%) en tanto que los gastos de capital son ejecutados con recursos externos (69%).

Clasificando los gastos según las FESP, estuvieron compuestos en: Bs. 354 millones en Gastos Corrientes y Bs. 99 millones en Gastos de Capital. A diferencia de los gastos según MEFP, una gran parte de las funciones esenciales tuvo una alta participación del gasto de capital en su ejecución. (Ver Figura 6) Los gastos corrientes de las Funciones Esenciales son financiados con recursos internos (75%), los gastos de capital son financiados en mayor parte recursos externos (65%).

**Figura 6. Gastos del Sector Público según Clasificación Económica y FESP (Gestión 2002)**



Fuente: Elaboración Propia.

## CAPÍTULO II

### II.1 Costeo de Actividad identificada.

En esta sección se realizará una aproximación a los costos incurridos por las instituciones públicas relacionadas con el sector salud y en especial con una de las funciones de desempeño de las FESP.

Schweiger et. al. (2004a) proponen una metodología para identificar los costos necesarios para reducir una “brecha sanitaria”. Las opciones para ello son:

- En primer lugar, a partir del funcionamiento de una determinada FESP.
- En segundo lugar, a partir de determinados sucesos o acciones, lo cual podría significar que existe un déficit de calidad en el funcionamiento de la FESP correspondiente, o dicho de otra manera que la misma se encuentra por debajo del estándar de óptimo desempeño. En este último caso, deberá analizarse si el proyecto de intervención incluye las inversiones y acciones necesarias para mejorar el funcionamiento de la FESP de que se trate, o si dicha inversión será objeto de un proyecto diferente.

Además se debe tener en cuenta que es indispensable identificar los organismos e instituciones que están involucradas no sólo en el desempeño de la FESP, sino también en la ejecución de todas las acciones necesarias para disminuir la “brecha sanitaria”.

Schweiger et. al. (2004b) presentan los “Lineamientos metodológicos para Costeo de las Funciones Esenciales de Salud Pública”, detallando la relación lógica de relaciones Insumo-Producto, identificando productos, subproductos y actividades de FESP que conducen, de acuerdo a un nivel predefinido, a la definición de estándares óptimos para el desarrollo de las FESP.

Los productos de las FESP son “los efectos directos y secundarios alcanzados por su ejercicio”; los subproductos son “aquellos bienes o servicios requeridos para el desempeño de las FESP”: las actividades son “un detalle pormenorizado de las actividades necesarias para el desempeño efectivo de las FESP, que derivan en los efectos específicos y generales propios de cada una de ellas. (OPS/OMS 2002). El Cuadro 11 contiene la categorización de los productos y subproductos en función a las definiciones generales de las FESP.

**Cuadro 11: FESP -Productos y Subproductos**

FESP	PRODUCTOS		SUBPRODUCTOS	
FESP 1	1A	Determinación anual de la situación de salud	1AA	Sistema activo de estadísticas vitales
			1AB	Sistema activo de estadísticas de morbilidad
			1AC	Sistema activo de evaluación de factores determinantes de la salud
	1B	Evaluación anual de desempeño	1BA	Sistema activo de evaluación de la estructura de los servicios de salud
			1BB	Sistema activo de evaluación de productividad de los servicios de salud
1BC			Sistema activo de evaluación de la accesibilidad de la población a los servicios de salud	
FESP 2	2A	Sistema activo de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles	2AA	Detección y seguimiento permanente de la incidencia y prevalencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles
			2AB	Detección y seguimiento permanente de los factores de riesgo ambientales que inciden en patologías transmisibles y no transmisibles
	2B	Programa de investigación en incidencia y prevalencia de enfermedades y factores de riesgo en funcionamiento.	2BA	Conformación de una red de laboratorios a nivel nacional
			2BB	Protocolos de investigación desarrollados en enfermedades transmisibles y no transmisibles
FESP 3	3A	Programas de promoción de la salud	3AA	Normas definidas e implementadas para el corto y largo plazo sobre educación de la salud en los niveles nacionales y subnacionales
			3AB	Alianzas con líderes y representantes de la comunidad
			3AC	Plan de Acción en marcha para asegurar la coordinación
FESP 4	4A	Sistema activo de participación ciudadana	4AA	Sistema de escucha y respuesta de las opiniones y demandas de la sociedad civil sobre la salud pública
			4AB	Subprograma de participación comunitaria para la promoción e implementación de los Programas de Salud Pública
FESP 5	5A	Política sanitaria definida y controlada	5AA	Definición de objetivos sanitarios
			5AB	Monitoreo y evaluación de los objetivos sanitarios
			5AC	Desarrollo de planes de acción y gestión estratégica a nivel nacional y subnacional
FESP 6	6A	Plan regulador del sector salud	6AA	Cuerpo actualizado de normativas de fiscalización nacional y subnacional
			6AB	Red de fiscalización constituida, difundida y conocida por los usuarios a nivel nacional y subnacional
FESP 7	7A	Evaluación y desarrollo de redes de servicios de salud de acceso equitativo	7AA	Redes de Servicios de Salud conformadas para prestar bienes y servicios para la atención de salud individual, de acceso equitativo
			7AB	Redes de Servicios de Salud conformadas para prestar bienes y servicios para la atención de salud colectiva, de acceso equitativo
FESP 8	8A	Política de recursos humanos definida	8AA	Inventario actualizado de los puestos de trabajo necesarios para desempeñar funciones de salud pública
			8AB	Programa de mejora de la calidad del personal de salud pública
	8B	Programa de capacitación de recursos humanos en salud	8BA	Programa de educación continua y de postgrado en salud pública
FESP 9	9A	Programa de evaluación y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud	9AA	Normativas de estructura y de los procesos de los servicios de salud
			9AB	Indicadores de calidad de los servicios de salud
	9B	Evaluación de tecnologías en salud realizadas	9BA	Redes de grupos de evaluación de tecnologías sanitarias en funcionamiento
			9BB	Grupos de evaluación de tecnologías a nivel nacional y subnacional conformados
FESP 10	10A	Programa de investigación en gestión y desarrollo de políticas de salud	10AA	Capacidad institucional de investigación en gestión y desarrollo de políticas y Servicios de Salud
FESP 11	11A	Programa de prevención y mitigación de desastres en salud	11AA	Unidad de emergencias y desastres, con presupuesto asignado, con personal entrenado
			11AB	Planes de emergencia
			11AC	Redes para la prevención y mitigación de desastres

Fuente: Schweiger et. al. (2004b)



Una forma alternativa a la propuesta por Schweiger et. al (2004a) es a partir de la identificación de algunas actividades para el cumplimiento de las Metas Desarrollo del Milenio (MDM), misma que fue aplicada al caso presente.

El Gobierno de Bolivia (2003) presentó las Metas de Desarrollo del Milenio que deben ser cumplidas hasta el 2015, las cuales son<sup>11</sup>:

- **Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.**
  - *Meta 1.* Hasta el año 2015, reducir la incidencia de la pobreza extrema a 20%. En 1999 la incidencia de la extrema pobreza 36%
  - *Meta 2.* Hasta el año 2015, reducir la incidencia de la pobreza moderada a 41%. En 1999 la incidencia de pobreza moderada era 62%.
- **Objetivo 2. Alcanzar la educación primaria universal.**
  - *Meta 3.* Aumentar el porcentaje de niños y niñas con el ciclo completo de primaria (*hasta el 8vo. grado*), de 52% en 1990 hasta 89% el 2015.
- **Objetivo 3. Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer.**
  - *Meta 4.* Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer. Eliminar la disparidad de género en la educación primaria (*la brecha promedio de la tasa de término a 8vo. de Primaria es de 5,1%*).
- **Objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil y de la niñez.**
  - *Meta 5.* Reducir la tasa de mortalidad infantil de 75 por mil en 1990 a 45 por mil el año 2015.
- **Objetivo 5. Mejorar la salud materna.**
  - *Meta 6.* Reducir la mortalidad materna de 416 a 200, por cada 100 mil nacimientos entre 1990 y 2015.
- **Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.**
  - *Meta 8.* Combatir el VIH-SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS) y otras enfermedades endémicas. Se establece el compromiso de disminuir el número de municipios con tasa de infestación de Chagas mayor a 3%, de 48 a 0.
- **Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.**
  - *Meta 10.* Incrementar la cobertura de agua potable de 72.5% en 2001 a 84.5% el año 2015.
  - *Meta 11.* Incrementar la cobertura de saneamiento básico de 42% en 2001 a 64% en 2015.

---

<sup>11</sup> Las siguientes metas no están identificadas porque no son medibles: Meta 2: Reducir la proporción de personas que sufren de hambre; Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA; Meta 9: Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y programas del país y revertir la pérdida y degradación de los recursos del medio ambiente; Meta 12: Haber mejorado considerablemente, para el 2010, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.

- **Objetivo 8.** Desarrollar un acuerdo global para el desarrollo. Orientar esfuerzos especialmente a países menos desarrollados, altamente endeudados y mediterráneos.

El Cuadro 12 contiene las metas identificadas por el país hasta el año 2015, de las cuales las que tienen relación directa con el sector salud son: [4.1] Tasa de Mortalidad Infantil; [5.1] Tasa de Mortalidad Materna y [6.2] Porcentaje de municipios con tasa de infestación de Chagas mayor a 3%.

**Cuadro 12. Metas de la EBRP**

Indicadores Nacionales	Observado		META NACIONAL			META MILENIO 2015
	Año	Dato	2004	2007	2015	
<i>Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre</i>						
Meta 1.1. Incidencia de Pobreza Extrema (% de población)	2002	36.8	33.7	29.6	20	19.2
Meta 1.2. Incidencia de Pobreza Moderada (% de población)	2002	64.6	60.6	55	41	n.d.
<i>Objetivo 2: Alcanzar la educación primaria universal</i>						
Meta 2.1. Tasa de Término de Primaria (8vo. grado)	2001	71.5	75.3	80.7	88.8	100
<i>Objetivo 3: Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer</i>						
Meta 3.1. Brecha de Tasa de Término por género	2001	5.1	2.5	0	0	0
<i>Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil y de la niñez</i>						
Meta 4.1. Tasa de Mortalidad Infantil (por 1.000 nv)	1998	67	58.8	55.2	45.1	n.d.
<i>Objetivo 5: Mejorar la salud materna</i>						
Meta 5.1. Tasa de Mortalidad Materna (por 100.000 nv)	1994	390	317	279	200	104
<i>Objetivo 6: Combatir el VIH-SIDA y otras enfermedades endémicas</i>						
<b>Meta 6.2. % municipios c/tasa de infestación de Chagas &gt;3% (a)</b>	<b>2002</b>	<b>48</b>	<b>38</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>n.d.</b>
<i>Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente</i>						
Meta 7.1. Cobertura de Agua Potable (% de hogares)	2001	72.5	76.3	81	84.5	78.6
Meta 7.2. Cobertura de Saneamiento Básico (% de hogares)	2001	41.9	45.0	55.5	64	n.d.

(a) Corresponde a los municipios que se encuentran en la zona endémica.

n.d. No disponible.

Fuente: UDAPE, 2003

Para el presente documento, se analizó la posibilidad de realizar el costeo del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que influiría en las metas 4.1 y 5.1, sin embargo dada la diversidad de prestaciones que se incluyen en los paquetes del SUMI, se decidió por la Meta 6.2 “% municipios con tasa de infestación de Chagas mayor a 3%”, que incluso posee información a nivel departamental y municipal.

El Cuadro 13 contiene el detalle de las instituciones que ejecutan en Programas y Proyectos relacionados con Chagas en Bolivia desde 1997 hasta 2002. El principal ejecutor en estos seis años fue el Ministerio de Salud, seguido por las Prefecturas departamentales y los municipios de los departamentos de Chuquisaca y Potosí. En el caso de las Universidades, dos de ellas son las que tuvieron en su momento

proyectos sobre Chagas, que precisamente se trataban de aquellas que se encuentran en las zonas endémicas del país.

**Cuadro 13. Ejecución presupuestaria de Proyectos relacionados con Chagas.**  
(Miles de Bolivianos corrientes)

Entidad	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>TOTAL</b>	<b>2,231</b>	<b>16,988</b>	<b>4,672</b>	<b>8,369</b>	<b>22,505</b>	<b>30,486</b>
Ministerio de Salud	616	560	1,599	5,614	20,393	29,270
Corriente	0	0	0	0	18,361	29,193
Capital	616	560	1,599	5,614	2,032	76
Universidades	182	348	536	92	0	0
Corriente	182	336	536	92	0	0
Capital	0	11	0	0	0	0
Prefecturas	1,271	15,490	1,273	2,229	800	637
Corriente	0	0	0	0	743	552
Capital	1,271	15,490	1,273	2,229	57	86
Municipios Chuquisaca	51	322	1,188	206	1,119	367
Corriente	11	142	271	98	24	7
Capital	40	181	917	108	1,095	360
Municipios La Paz	0	2	15	0	0	0
Corriente	0	0	15	0	0	0
Capital	0	2	0	0	0	0
Municipios Cochabamba	0	148	26	84	102	27
Corriente	0	76	8	84	56	21
Capital	0	72	18	0	47	6
Municipios Potosí	107	48	26	84	18	3
Corriente	107	26	13	47	14	2
Capital	0	22	13	37	4	1
Municipios Tarija	4	69	8	6	72	181
Corriente						
Capital	4	69	8	6	72	181
Municipios Santa Cruz	0	0	0	54	0	0
Corriente	0	0	0	32	0	0
Capital	0	0	0	23	0	0

Fuente: Elaboración Propia en base a Viceministerio de Presupuesto y Contaduría.

Una de las instancias del Ministerio de Salud que desarrolla actividades es el Programa de Escudo Epidemiológico, donde se identifica el Programa Nacional de Control de Chagas (PNCH). Esta dependencia será estudiada tomando en cuenta los lineamientos de Schweiger et. al. (2004).

Para el costeo de la FESP, se adoptaron los siguientes pasos: i) Analizar la ejecución presupuestaria de los Programas relacionados con Chagas, ii) Relacionar la ejecución considerado en i) con las FESP correspondientes, iii)

Identificar los Productos, Subproductos, Actividades de manera que se realice el costeo de alguna(s) actividad(es).

Según los registros contables, PNCH contiene a la FESP 2<sup>12</sup> (Vigilancia de Salud Pública, Investigación y Control de Riesgos y daños en Salud Pública), de manera tal que se tiene el siguiente detalle:

- **FESP 2** (Vigilancia de Salud Pública, Investigación y Control de Riesgos y daños en Salud Pública).
- **Producto:** Sistema activo de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- **Subproducto:** Detección y seguimiento permanente de la incidencia y prevalencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles .
- **Actividad:** Sistema de vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud pública.

La ejecución anual del Programa de Chagas es de Bs. 21.5 millones, que posee al grupo Personal como el más importante con Bs. 15.5 millones de los cuales el 99% corresponde al personal transitorio. Los restantes grupos son equipamiento con Bs. 3.7 millones y Bienes y Servicios no Personales con Bs. 2.3 millones (Ver Cuadro 14).

**Cuadro 14: Costos anuales de Programa de Chagas.**

CATEGORÍAS	Cantidad	Costo unitario mensual	Costo total anual (Miles Bs.)
<b>TOTAL COSTOS DE INVERSIÓN DE LA INTERVENCIÓN (1+2+3+4+5+6)</b>			<b>21,498</b>
<b>1. PERSONAL (Costos incrementales)</b>			<b>15,488</b>
Permanente	7	9,808	118
Transitorio o contratado	621	1,315,620	15,370
<b>2. BIENES Y SERVICIOS NO PERSONALES (incrementales)</b>			<b>2,324</b>
<b>3. TERRENOS</b>			0
<b>4. CONSTRUCCIONES</b>			0
<b>5. EQUIPAMIENTO</b>			<b>3,686</b>
<b>6. OBRAS MANTENIMIENTO</b>			0

Fuente: Ministerio de Salud.

Desagregando el costo en personal permanente en el Programa, se estima que se requieren 7 personas para desarrollar las actividades cotidianas a lo largo de la vida del mismo. El costo anual para este grupo está cerca de Bs. 118 mil, de los

<sup>12</sup> Según Sxweiger et. al. (2004a) la FESP 2 se relaciona con la FESP 1, hecho que no fue considerado en este documento.

cuales la mayor proporción está relacionada con el personal técnico (53%) en relación a 47% para el personal administrativo permanente (Ver Cuadro 15).

**Cuadro 15: Costos en personal permanente en Programa de Chagas.**

DESCRIPCIÓN	Cantidad	Costo unitario mensual	Costo Total (Miles Bs.)
<b>PERSONAL PERMANENTE</b>	<b>7</b>	<b>9,808</b>	<b>118</b>
Superior Jerárquico			
Administrativo Profesional	4	4588	55
Docente			
Técnico	3	5220	63
Obrero			

Fuente: Ministerio de Salud.

Al ser el Programa de Chagas un proyecto que tan sólo tiene un tiempo de vida, gran parte del personal que pertenece a éste es transitorio. Se estima que anualmente se necesitan alrededor de 621 personas eventuales, siendo que el grupo más numeroso esté en el Personal operativo de campo con 500 personas. El costo total anualizado en el personal transitorio es de Bs. 15 millones de los cuales Bs. 9 millones (59%) se encuentran en el grupo "Personal operativo de campo". El segundo componente con mayor participación es "Personal Permanente" con Bs. 2 millones (13%), seguido de "Técnicos para muestra diagnóstico" con Bs. 1.4 millones (9%) (Ver Cuadro 16).

**Cuadro 16: Costos en personal transitorio en Programa de Chagas**

DESCRIPCIÓN	Cantidad	Costo unitario mensual	Costo Total (Miles Bs.)
<b>PERSONAL TRANSITORIO</b>	<b>621</b>	<b>1,315,620</b>	<b>15,370</b>
Supervisores	11	79,420	953
Personal médico	20	164,692	1,976
Técnicos para muestra diagnóstico	65	1,800	1,404
Consultores	7	42,636	512
Informáticos	7	31,768	381
Administrativos	11	95,304	1,144
Personal operativo de campo	500	900,000	9,000

Fuente: Ministerio de Salud.

## CAPÍTULO III

### III.1 Conclusiones.

El trabajo piloto para armonizar las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) con la Clasificación Funcional del Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas (MEFP-2001) en Bolivia, fue desarrollado a partir de la información que posee la Contaduría General del Estado.

Conforme pasan los años, va aumentando la participación del Gasto en Salud respecto del Gasto Público Total, pasando de 2% a prácticamente 10%.

Las principales fuentes de financiamiento de los Gastos en Salud fueron las internas, alrededor del 94% provino de fuentes como el Tesoro General de la Nación y Recursos Propios de las instituciones públicas.

Considerando las entidades del Sector Público de Bolivia que ejecutan en salud, las Cajas de Salud ejecutan alrededor del 53% del Gasto Público en Salud y el Ministerio de Salud tan sólo tiene una participación de 14%.

Para el año 2002, Bolivia tuvo una ejecución en salud de Bs. 1,133 millones lo que equivale aproximadamente a US\$ 158 millones. Del total, más del 50% fue distribuido entre los grupos 7071 (Productos, útiles y equipos médicos), 7072 (Servicios para Pacientes Externos) y 7073 (Servicios hospitalarios), en estos dos últimos se encuentran esencialmente el pago al personal médico

El gasto en las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) en Bolivia el año 2000 fue Bs. 342 millones (US\$. 55 millones), monto que corresponde a los grupos 7074, 7075 y 7076 del MEFP-2001. Para el año 2002 el gasto en FESP fue Bs. 453 millones o su equivalente en US\$ 63 millones, monto que corresponde a los grupos 7074, 7075 y 7076 del MEFP-2001. La participación de las FESP en el gasto según MEFP-2001 es de 24% y tan sólo 2.5% del Gasto Público Total.

Desagregando las FESP para el año 2002, el Sector Público de Bolivia ejecutó en su mayoría en el grupo 9 con 29% (Garantía y mejoramiento calidad de servicios) y el grupo 7 con 28% (Acceso equitativo servicios de salud) así como F5 con 17% (Desarrollo de políticas y capacidad institucional para planificación y gestión).

Relacionando las FESP con las fuentes de financiamiento, en el año 2002 tal como se presentó en el caso de la clasificación MEFP, la mayoría de las Funciones Esenciales en Salud Pública fueron ejecutadas con fuentes internas, a excepción de F4 que corresponde a Desarrollo de políticas y capacidad institucional para

planificación y gestión. En este caso se trata de una gran proporción de gastos del Fondo de Inversión Productivo y Social (FPS).

En cuanto a las instituciones que ejecutaron en Salud Pública, 49% de este total fue realizado por el Ministerio de Salud y 21% por las Cajas de Salud. Así como el gasto mayor fue en F9 (Garantía y mejoramiento calidad de servicios) y F7 (Acceso equitativo servicios de salud)

Utilizando la clasificación económica para los Gastos en Salud ejecutados en Bolivia para el año 2002, estos estuvieron compuestos en: Bs. 895 millones en Gastos Corrientes (79%) y Bs. 239 millones en Gastos de Capital (21%). Al clasificar los gastos según MEFP-2001, la mayor parte de los gastos fueron corrientes a excepción de 707401, 707402 donde preponderan los gastos de capital y aplicaciones financieras en 707602. Los gastos corrientes son financiados en su mayoría por fuentes internas (90%) en tanto que los gastos de capital son ejecutados con recursos externos (69%).

Para el presente documento, se analizó la posibilidad de realizar el costeo del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que influiría en las metas 4.1 y 5.1, sin embargo dada la diversidad de prestaciones que se incluyen en los paquetes del SUMI, se decidió por la Meta 6.2 “% municipios con tasa de infestación de Chagas mayor a 3%”, que incluso posee información a nivel departamental y municipal.

El principal ejecutor en estos seis años fue el Ministerio de Salud, seguido por las Prefecturas departamentales y los municipios de los departamentos de Chuquisaca y Potosí. En el caso de las Universidades, dos de ellas son las que tuvieron en su momento proyectos sobre Chagas, que precisamente se trataban de aquellas que se encuentran en las zonas endémicas del país.

La ejecución anual del Programa de Chagas es de Bs. 21.5 millones, que posee al grupo Personal como el más importante con Bs. 15.5 millones de los cuales el 99% corresponde al personal transitorio. Los restantes grupos son equipamiento con Bs. 3.7 millones y Bienes y Servicios no Personales con Bs. 2.3 millones.

Desagregando el costo en personal permanente en el Programa, se estima que se requieren 7 personas para desarrollar las actividades cotidianas a lo largo de la vida del mismo. El costo anual para este grupo está cerca de Bs. 118 mil, de los cuales la mayor proporción está relacionada con el personal técnico (53%) en relación a 47% para el personal administrativo permanente.

Al ser el Programa de Chagas un proyecto que tan sólo tiene un tiempo de vida, gran parte del personal que pertenece a éste es transitorio. Se estima que

anualmente se necesitan alrededor de 621 personas, siendo que el grupo más numeroso esté en el Personal operativo de campo con 500 personas. El costo total anualizado en el personal transitorio es de Bs. 15 millones de los cuales Bs. 9 millones (59%) se encuentran en el grupo "Personal operativo de campo". El segundo componente con mayor participación es "Personal Permanente" con Bs. 2 millones (13%), seguido de "Técnicos para muestra diagnóstico" con Bs. 1.4 millones (9%)



## Referencias.

Cárdenas, Marina (1997) Editora. "Cuentas Nacionales y Financiamiento del Gasto en Salud". Partnerships for Health Reform-Harvard School of Public Health.

Cuarite, Rigel (2004). "Documento Metodológico para la Construcción de la Serie de Gasto Público Social, 1990-2002" UDAPE. Documento de Trabajo. Mayo 2004.

Fondo Monetario Internacional. "Manual de Estadísticas de las Finanzas Públicas, 2001". Washington, DC.

Gobierno de Bolivia (2003). "Revisión de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza 2004-2007". Octubre 2003.

Gordillo-Tobar, Amparo y Pasqualina Curcio (2004). "Armonización de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) con la Clasificación Funcional del Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas (MEFP-2001)". Documento de Trabajo, Fortalecimiento de la Salud Pública en las Américas. OPS. Febrero 2004.

Hemming, Richard (¿) "Public Expenditure and Resorce Allocation". Pp. 19-25.

Kochhar, Kalpana (?) "Health". Pp. 103-106.

Landa, Fernando y Esquivel Adhemar (1997). "Aspectos Conceptuales y Metodológicos del Gasto Público Social en Bolivia". Documento de Trabajo N°... UDAPSO.

Loayza, Mónica (1997). "Gasto público social en la década de los noventa". *Revista de Análisis Económico*. Volumen 17. Septiembre 1999. UDAPE.

López, Claudia (2004). "Cuentas Nacionales y Funciones Esenciales de Salud Pública. Costos, Presupuesto y Cuentas Nacionales". OPS. Junio 2004.

Ministerio de Salud y Deportes (2004). "Programa Nacional de Chagas, Informe de Actividades Gestión 2003".

Muñoz, Fernando; Daniel López-Acuña; Paul Halverson; Carlyle Guerra de Macedo; Wade Hanna; Mónica Larrieu; Soledad Ubilla y José Luis Zeballos. (2000) "Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud". *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8(1/2), 2000

OPS (2002). "La salud en las Américas". Volumen I. Edición de 2002.

OPS/OMS (2002) "Metodología para el Costeo y Presupuesto de las Funciones Esenciales de Salud Pública". Julio 2002.

Schweiger, Arturo, Horacio Rodríguez y Francisco Barreiro (2004a). "Análisis de Costos de "Proyecto de Intervención" para corregir una brecha sanitaria" seleccionada". OPS. Agosto 2004.

Schweiger, Arturo, Horacio Rodríguez y Francisco Barreiro (2004b). "Lineamientos Metodológicos para Costeo de las Funciones Esenciales de Salud Pública". OPS. Noviembre 2004.

## Anexos

### III.2 Estimación de Gastos a partir de datos históricos.

A continuación se presenta la metodología desarrollada para distinguir los gastos que están agregados en los Servicios Departamentales de Salud dependientes de las Prefecturas y los gastos de las Cajas de Salud.

#### a) Servicios Departamentales de Salud (SEDES).

En el caso de los SEDES, la información que proporcionaron las Prefecturas al Viceministerio de Presupuesto y Contaduría en el año 2000 no estaba desagregada entre servicios de hospitalización y consulta externa, para lo cual se consideró la siguiente estructura de gastos de los SEDES del año 1999.

SEDES	%
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD -CHUQUISACA	15.10%
SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD DISTRITOS RURALES	34.22%
SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD DISTRITO URBANOS	13.32%
SERVICIOS HOSPITALARIOS GENERALES	18.20%
SERVICIOS HOSPITALARIOS ESPECIALIZADOS	19.15%
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD - LA PAZ	14.42%
SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD DISTRITOS RURALES	19.76%
SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD DISTRITOS URBANOS	19.88%
SERVICIOS HOSPITALARIOS GENERALES	16.75%
SERVICIOS HOSPITALARIOS ESPECIALIZADOS	25.10%
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA NUCLEAR - INAMEN	3.50%
ESCUELAS DE LA CEGUERA LUIS BRAILE Y SANTA CECILIA	0.58%
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD - COCHABAMBA	12.12%
SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD DISTRITOS RURALES CBB.	37.40%
SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD DISTRITOS URBANOS CBB.	7.64%
SERVICIOS HOSPITALARIOS GENERALES	13.87%
SERVICIOS HOSPITALARIOS ESPECIALIZADOS	19.69%
ESCUELA DE SALUD COCHABAMBA	6.50%
INSTITUTO PSIQUIATRICO SAN JUAN DE DIOS	2.00%
INSTITUTO BOLIVIANO DE LA CEGUERA	0.77%

SEDES	%
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD - ORURO	12.43%
SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD DISTRITOS RURALES	37.87%
SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD DISTRITOS URBANOS	22.20%
SERVICIOS HOSPITALARIOS GENERALES	27.50%
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD - POTOSÍ	10.26%
SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD DISTRITOS RURALES	55.10%
SERVICIOS INTEGRALES DISTRITOS URBANOS	14.04%
SERVICIOS HOSPITALARIOS GENERALES	19.75%
INSTITUTO BOLIVIANO DE LA CEGUERA	0.86%
ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL DE SALUD - TARIJA	12.43%
SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD DISTRITOS RURALES	37.87%
SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD DISTRITOS URBANOS	22.20%
SERVICIOS HOSPITALARIOS GENERALES	27.50%
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD - SANTA CRUZ	7.25%
SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD DISTRITOS RURALES SCZ	26.86%
SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD DISTRITOS URBANOS SCZ	18.84%
SERVICIOS HOSPITALARIOS GENERALES	25.12%
SERVICIOS HOSPITALARIOS ESPECIALIZADOS	19.33%
CENTRO NACIONAL DE ENFERMEDADES TROPICALES-CENETROP	2.60%
DIRECCION DEPARTAMENTAL - BENI	17.17%
SERV. INTEGRALES EN SALUD DIS. RURALES	44.53%
SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD URBANA	9.96%
SERVICIOS HOSPITALARIOS GENERALES	16.24%
SERVICIOS HOSPITALARIOS ESPECIALIZADOS	12.09%
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD - PANDO	26.97%
SERV. INTEGRALES EN SALUD DISTRITOS RURALES	46.68%
SERVICIOS HOSPITALARIOS GENERALES	26.36%

Además se vio por conveniente Distinguir los gastos de las Cajas de Salud en Hospitalización y Consulta Externa y Actividades Administrativas, considerando sólo a estas últimas como Gasto en Salud Pública.

### III.3 Propuesta Gordillo y Curcio (2004)

Código	Clasificación MEFP-2001	Incluye	Excluye	FESP
7	GASTO TOTAL			
701	SERVICIOS PÚBLICOS GENERALES			
702	DEFENSA			
703	ORDEN PÚBLICO Y SEGURIDAD			
704	ASUNTOS ECONÓMICOS			
705	PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE			
706	VIVIENDA Y SERVICIOS COMUNITARIOS			
707	SALUD			
7071	Productos, útiles y equipos médicos			
70711	Productos farmacéuticos			
70712	Otros productos farmacéuticos			
70713	Aparatos y Equipos farmacéuticos			
7072	Servicios para pacientes externos			
70721	Servicios médicos generales			
70722	Servicios médicos especializados			
70723	Servicios odontológicos			
70724	Servicios paramédicos			
7073	Servicios Hospitalarios			
70731	Servicios hospitalarios generales			
70732	Servicios hospitalarios especializados			
70733	Servicios médicos y de centros de maternidad			
70734	Servicios de residencias de la tercera edad y residencias de convalecencia			
7074	Servicios de Salud Pública			
70740	Servicios de salud pública (SI)			
707401	Prestación de servicios de salud pública			FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios
7074011	Gestión de los bancos de sangre			
7074012	Diagnóstico de enfermedades			
7074013	Prevención			

Código	Clasificación MEFP-2001	Incluye	Excluye	FESP
7074014	Servicios de planificación familiar			
7074015	Laboratorios de Salud Publica			
7074016	Mejorar la calidad de los servicios de salud colectivos			FESP 9: Garantía y mejora de los servicios de salud individuales y colectivos
7074017	Vigilancia	Nutrición infantil, salud infantil		FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños de salud pública
707402	Administración, inspección y gestión de los servicios de salud pública			
7074021	Gestión de los bancos de sangre	Extracción procesamiento, almacenamiento, despacho.		
7074022	Diagnóstico de enfermedades	Diagnóstico de cáncer, tuberculosis, enfermedades venéreas		
7074023	Prevención	Inmunización, inoculación		
7074024	Servicios de planificación familiar			
7074025	Laboratorios de Salud Publica			
7074026	Mejorar la calidad de los servicios de salud colectivos			FESP 9: Garantía y mejora de los servicios de salud individuales y colectivos
7074027	Vigilancia			
7074028	Actividades de respuesta a emergencias y desastres	Formulación, administración, coordinación y vigilancia de políticas, planes, programas y presupuesto generales		FESP 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud
707403	Preparación y difusión de información sobre asuntos relacionados con la salud pública			
7074031	Promoción de la Salud	preparación y difusión de material de información sobre asuntos relacionados con la salud publica		FESP 3: Promoción de la Salud
7075	Investigación y desarrollo relacionados con la salud	Los laboratorios dedicados a determinar las causas de las enfermedades	Las definiciones de investigación básica, investigación aplicada y desarrollo experimental figuran en (7014) y (7015)	

Código	Clasificación MEFP-2001	Incluye	Excluye	FESP
70750	Investigación y desarrollo relacionados con la salud (SC)		La investigación relacionada con la salud pública (70751)	
707501	Administración y gestión de organismos gubernamentales dedicados a la investigación aplicada y desarrollo experimental relacionados con la salud			
707502	Donaciones, prestaciones o subsidios en apoyo a investigación aplicada realizadas y desarrollo experimental relacionados con la salud realizados por órganos no gubernamentales como institutos de investigación y universidades			
70751	Investigación y desarrollo relacionados con la salud pública (SC)			FESP 10: Investigación en Salud Pública
707511	Administración y gestión de organismos gubernamentales dedicados a la investigación aplicada y desarrollo experimental relacionados con la salud			
707512	Donaciones, prestaciones o subsidios en apoyo a investigación aplicada realizadas y desarrollo experimental relacionados con la salud realizados por órganos no gubernamentales como institutos de investigación y universidades			
7076	Salud n.e.p.			
70760	Salud n.e.p (SC)	Asuntos y servicios relacionados con la salud que no pueden asignarse a (7071), (7072), (7073), (7074) ni (7075).		
707601	Administración, gestión o apoyo de actividades			
7076011	Formulación, administración coordinación y vigilancia de políticas, planes programas y presupuesto generales en materia de salud			FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública

Código	Clasificación MEFP-2001	Incluye	Excluye	FESP
7076012	Preparación y ejecución de legislación y normas de actuación sobre prestación de servicios de salud	La concesión de licencias a los establecimientos médicos y al personal médico y paramédico	Lo relacionado a emergencias y desastres	FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública
7076013	Producción y difusión de información general, documentación técnica y estadísticas sobre salud			
7076014	Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud	Recopilación de datos epidemiológicos, análisis de datos		FESP 1: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
7076015	Participación de la comunidad	Movimientos ciudadanos en pro de la salud- ej participación en acciones relativas a promoción		FESP 4: Participación de los Ciudadanos en la salud
707602	Asuntos de salud que no pueden asignarse			
708	ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURA Y RELIGIÓN			
709	EDUCACIÓN			FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación de salud pública
7091	Enseñanza Preescolar y enseñanza primaria			
7092	Enseñanza secundaria			
70921	Enseñanza secundaria básica (SI)			
70922	Enseñanza secundaria avanzada (SI)			
7093	Enseñanza postsecundaria no terciaria	Educación postsecundaria no terciaria de extramuros impartida a adultos y jóvenes, excluye servicios auxiliares de la educación (70960)	Servicios auxiliares de la educación -70960	
70930	Enseñanza Postsecundaria no terciaria (SI)			
709301	Prestación de educación postsecundaria no terciaria al nivel 4 de la CINE97			
709302	Administración, inspección, gestión o apoyo a instituciones que imparten educación postsecundaria no terciaria al nivel 4 de la CIENE97			



Código	Clasificación MEFP-2001	Incluye	Excluye	FESP
709303	Becas donaciones, prestamos y subsidios en apoyo a estudiantes de educación postsecundaria no terciaria al nivel 4 de la CINE97			
7094	Enseñanza terciaria			
70941	Primera etapa de la enseñanza terciaria (SI)	Prestación de educación terciaria al nivel 5 de la CINE97, Administración , inspección, gestión o apoyo a instituciones que imparten educación terciaria al nivel 5 de la CIENE97, Becas donaciones, prestamos y subsidios en apoyo a estudiantes de educación terciaria al nivel 5 de la CINE97	Servicios auxiliares de la educación -70960	
70942	Segunda etapa de la enseñanza terciaria	Prestación de educación terciaria al nivel 6 de la CINE97, Administración, inspección, gestión o apoyo a universidades y otras instituciones que imparten educación terciaria al nivel 6 de la CINE97, Becas donaciones, prestamos y subsidios en apoyo a estudiantes de educación terciaria al nivel 6 de la CINE97	Servicios subsidiarios de la educación -70960	
7095	Enseñanza no atribuible a ningún nivel			
7096	Servicios auxiliares de la educación			
7097	Investigación y desarrollo relacionados con la educación			
7098	Enseñanza n.e.p.			
710	PROTECCIÓN SOCIAL			
7101	Enfermedad e incapacidad			
71011	Enfermedad			
71012	Incapacidad			
7102	Edad avanzada			
7103	Supérstite			
7104	Familla e hijos			
7105	Desempleo			
7106	Vivienda			
7107	Exclusión social n.ep.			
7108	Investigación y desarrollo; Protección social			
7109	Protección social n.e.p.			

### III.4 Anexos. BOLIVIA: Ejecución de Gastos en Salud. (Miles de Bs.)

MEFP	NO FESP	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	Grand Total
70711	592												592
70713	4,554												4,554
70721	369,562												369,562
70722	108,211												108,211
70724	3,369												3,369
70731	116,849												116,849
70732	65,453												65,453
70733	3,411												3,411
70795	7,671												7,671
707501											11,895		11,895
707502											0		0
707511											238		238
707602	1,075												1,075
7074011								1,225					1,225
7074012								1,107					1,107
7074013								6,283					6,283
7074014								1,089					1,089
7074016								77,051		13,828			90,879
7074017			2,970										2,970
7074023			50,147					38,716					88,863
7074026									3,700	11,760			15,460
7074028												316	316
7074031				1,876									1,876
7076011						75,887				104,625			180,512
7076012							8,320						8,320
7076013							34,196						34,196
7076014		2,560											2,560
7076015					5,179								5,179
Grand Total	680,746	2,560	53,117	1,876	5,179	75,887	42,515	125,470	3,700	130,213	12,133	316	1,133,714

### III.5 Administración Central: Ejecución Presupuestaria de Recursos según la Clasificación Económica.

CONCEPTO	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003(*)
<b>1000000 RECURSOS (Millones US\$. Corrientes)</b>	<b>669</b>	<b>1,026</b>	<b>1,205</b>	<b>1,563</b>	<b>1,720</b>	<b>1,995</b>	<b>2,239</b>	<b>2,674</b>	<b>2,605</b>	<b>2,638</b>	<b>2,704</b>	<b>2,912</b>	<b>3,172</b>	<b>3,026</b>
<b>1100000 INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>87.50</b>	<b>80.96</b>	<b>83.28</b>	<b>69.85</b>	<b>69.56</b>	<b>65.94</b>	<b>64.95</b>	<b>62.10</b>	<b>66.06</b>	<b>61.18</b>	<b>60.91</b>	<b>56.91</b>	<b>48.59</b>	<b>45.56</b>
1120000 Venta de Bienes y Servicios de las Adm. Públicas	0.07	1.99	0.80	1.20	1.09	1.14	0.44	0.55	0.86	1.00	1.23	1.07	0.82	1.02
1130000 Ingresos Tributarios	0.27	44.89	49.59	42.63	42.87	44.03	49.32	46.04	56.47	50.66	47.59	42.71	36.21	32.73
1140000 Regalías	0.53	29.47	22.59	4.31	3.06	2.96	3.07	3.43	2.78	1.88	4.56	4.58	3.35	4.18
1150000 Otros Ingresos no Tributarios Propios	0.89	2.37	5.14	7.23	4.49	2.45	2.59	3.49	3.58	3.46	3.21	3.47	3.26	2.96
1160000 Intereses y Otras Rentas de la Propiedad	0.00	0.00	0.00	0.65	0.55	1.03	1.88	0.42	0.51	0.49	0.44	0.53	0.51	0.47
1170000 Contribuciones a la Seguridad Social	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.40	3.45	1.07	1.95	1.21	1.31	1.08	0.88
1180000 Donaciones Corrientes	0.00	0.08	3.52	0.30	4.22	1.45	1.45	0.66	0.38	0.90	0.89	2.19	2.42	2.39
1190000 Transferencias Corrientes	0.00	2.15	1.64	13.55	13.28	12.88	2.81	4.05	0.42	0.85	1.79	1.05	0.93	0.94
1199999 Ingresos corrientes por clasificar	85.74	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>1200000 RECURSOS DE CAPITAL</b>	<b>0.01</b>	<b>4.18</b>	<b>2.91</b>	<b>10.74</b>	<b>2.36</b>	<b>2.57</b>	<b>3.54</b>	<b>3.58</b>	<b>3.56</b>	<b>8.30</b>	<b>5.82</b>	<b>4.18</b>	<b>7.09</b>	<b>6.54</b>
1210000 Recursos Propios de Capital	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01	0.05	0.08	0.07	0.07	0.12	0.20	0.37	0.76	0.11
1220000 Donaciones de Capital	0.00	4.18	2.91	4.95	2.34	2.50	3.25	3.20	3.48	4.34	3.94	3.45	5.54	6.35
1230000 Transferencias de Capital	0.00	0.00	0.00	5.79	0.01	0.02	0.21	0.31	0.01	3.85	1.68	0.36	0.78	0.08
1299999 Venta de activos intangibles	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>1300000 FUENTES FINANCIERAS</b>	<b>12.49</b>	<b>14.85</b>	<b>13.81</b>	<b>19.40</b>	<b>28.08</b>	<b>31.49</b>	<b>31.51</b>	<b>34.32</b>	<b>30.37</b>	<b>30.51</b>	<b>33.27</b>	<b>38.92</b>	<b>44.33</b>	<b>47.90</b>
1310000 Disminución de la Inversión Financiera	0.00	0.00	0.09	2.76	8.95	12.95	20.10	22.71	15.23	17.80	21.01	24.90	6.43	1.14
1320000 Endeudamiento	11.19	14.84	12.64	13.33	19.05	18.03	11.40	11.60	15.14	12.71	12.26	14.02	37.90	46.76
1399998 Ingresos extrapresupuestarios	0.00	0.01	1.07	0.75	0.08	0.51	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1399999 Saldo disponible al cierre de la gestión anterior	1.30	0.00	0.00	2.57	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: Viceministerio de Presupuesto y Contaduría.

(p) Preliminar

### III.6 Ejecución del Gobierno General, Año 2002, (Millones Bolivianos Corrientes).

DETALLE	Gobierno central					Gobiernos estatales	Gobiernos locales	Columna de consolidación	Gobierno general <sup>b/</sup>
	Pre-supuestario (1)	Extrapre-supuestario (2)	Fondos de seguridad social (3)	Columna de consolidación (4)	Gobierno central <sup>a/</sup> (5)				
<b>INGRESO</b>	<b>10,545</b>	<b>3,337</b>	<b>878</b>	<b>-2,243</b>	<b>12,516</b>	<b>4,117</b>	<b>3,237</b>	<b>-4,391</b>	<b>15,480</b>
<b>Impuestos</b>	7,183	298	0	-9	7,473	323	1,761	-4	9,553
<b>Impuestos sobre el ingreso, las utilidades y las ganancias de capital</b>	798	43	0	0	841	0	172	0	1,013
Pagaderos por personas físicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pagaderos por corporaciones y otras empresas	798	43	0	0	841	0	172	0	1,013
No clasificables	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Impuestos sobre la nómina y la fuerza de trabajo</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Impuestos sobre la propiedad</b>	827	48	0	-1	874	0	756	0	1,630
Impuestos recurrentes sobre la propiedad inmueble	0	0	0	0	0	0	328	0	328
Impuestos recurrentes sobre la riqueza neta	0	0	0	0	0	0	128	0	128
Impuestos sobre sucesiones, herencias y regalos	3	0	0	0	3	0	1	0	4
Impuestos sobre transacciones financieras y de capital	824	48	0	-1	871	0	300	0	1,170
Otros impuestos no recurrentes sobre la propiedad	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros impuestos recurrentes sobre la propiedad	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Impuestos sobre los bienes y servicios</b>	4,937	178	0	-5	5,109	323	711	-3	6,140
Impuestos generales sobre los bienes y servicios	2,836	162	0	-5	2,993	0	650	-3	3,640
Impuestos sobre el valor agregado	2,836	162	0	-5	2,993	0	650	-3	3,640
Impuestos sobre las ventas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Impuestos sobre el volumen de ventas y otros impuestos generales sobre los bienes y servicios	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Impuestos selectivos	2,089	15	0	0	2,103	323	58	0	2,484
Utilidades de los monopolios fiscales	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Impuestos sobre servicios específicos	12	1	0	0	13	0	3	0	16
Impuestos sobre el uso de bienes y sobre el permiso para usar bienes o realizar actividades	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Impuestos sobre los vehículos automotores	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros impuestos sobre el uso de bienes y sobre el permiso para usar bienes o realizar actividades	0	0	0	0	0	0	0	0	0

DETALLE	Gobierno central					Gobiernos estatales	Gobiernos locales	Columna de consolidación	Gobierno general <sup>b/</sup>
	Pre-supuestario (1)	Extrapre-supuestario (2)	Fondos de seguridad social (3)	Columna de consolidación (4)	Gobierno central <sup>a/</sup> (5)				
Otros impuestos sobre los bienes y servicios	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Impuestos sobre el comercio y las transacciones internacionales</b>	461	30	0	-3	488	0	118	-1	605
Derechos de aduana y otros derechos de importación	461	30	0	-3	488	0	118	-1	605
Impuestos sobre las exportaciones	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Utilidades de los monopolios de exportación o de importación	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Utilidades de operaciones cambiarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Impuestos sobre las operaciones cambiarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros impuestos sobre el comercio y las transacciones internacionales	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Otros impuestos</b>	160	0	0	0	160	0	4	0	164
<b>Contribuciones sociales</b>	247	0	838	0	1,085	0	0	0	1,085
<b>Contribuciones a la seguridad social</b>	247	0	838	0	1,085	0	0	0	1,085
Contribuciones de los empleados	41	0	63	0	104	0	0	0	104
Contribuciones de los empleadores	206	0	762	0	968	0	0	0	968
Contribuciones de los trabajadores por cuenta propia o no empleados	0	0	13	0	13	0	0	0	13
Contribuciones no clasificables	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Otras contribuciones sociales</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Contribuciones de los empleados	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Contribuciones de los empleadores	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Contribuciones imputadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Donaciones</b>	2,122	2,211	0	-2,232	2,100	3,194	1,171	-4,359	2,105
<b>De gobiernos extranjeros</b>	306	80	0	0	385	49	127	0	562
Corrientes	158	19	0	0	177	0	26	0	203
De capital	148	60	0	0	208	49	101	0	359
<b>De organismos internacionales</b>	1,505	0	0	0	1,505	12	27	0	1,544
Corrientes	393	0	0	0	393	0	14	0	407
De capital	1,112	0	0	0	1,112	12	13	0	1,137

DETALLE	Gobierno central					Gobiernos estatales	Gobiernos locales	Columna de consolidación	Gobierno general <sup>1/</sup>
	Pre-supuestario (1)	Extrapresupuestario (2)	Fondos de seguridad social (3)	Columna de consolidación (4)	Gobierno central <sup>1/</sup> (5)				
<b>De otras unidades del gobierno general</b>	311	2,131	0	-2,232	210	3,132	1,017	-4,359	0
Corrientes	134	931	0	-990	74	2,967	34	-3,076	0
De capital	178	1,200	0	-1,242	135	165	983	-1,283	0
<b>Otros ingresos</b>	993	828	40	-2	1,859	601	305	-28	2,737
<b>Rentas de la propiedad</b>	117	18	11	-2	143	552	16	-28	683
Intereses	107	12	11	-2	127	11	9	-28	119
Dividendos	10	6	0	0	16	0	4	0	20
Retiros de los ingresos de las cuasicorporaciones	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rentas de la propiedad atribuidas a los titulares de pólizas de seguros	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Arriendo de activos tangibles no producidos	0	0	0	0	0	540	3	0	543
<b>Ventas de bienes y servicios</b>	545	580	20	0	1,144	41	168	0	1,353
Ventas de establecimientos de mercado	3	4	1	0	8	6	23	0	37
Derechos administrativos	359	385	0	0	744	5	84	0	833
Ventas incidentales de establecimientos no de mercado	183	190	19	0	392	30	61	0	483
Ventas imputadas de bienes y servicios	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Multas, sanciones pecuniarias y depósitos en caución transferidos</b>	5	7	2	0	14	0	16	0	30
<b>Transferencias voluntarias distintas de donaciones</b>	80	185	0	0	265	1	68	0	334
Corrientes	79	156	0	0	234	0	10	0	245
De capital	1	29	0	0	30	1	57	0	89
<b>Ingresos diversos y no identificados</b>	246	39	8	0	292	7	38	0	337

Fuente: Viceministerio de Presupuesto y Contaduría.

Figura 7. Tasa de Infestación Chagas.

