

Séptimo informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia

Unidad de Análisis de Políticas Sociales y
Económicas-UDAPE

Séptimo informe de progreso de los
Objetivos de Desarrollo del Milenio
en Bolivia

La Paz, diciembre de 2013



Séptimo informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia

© Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE)
Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio (CIMDM)

Palacio de Comunicaciones, P. 18
Av. Mariscal Santa Cruz, La Paz, Bolivia
Teléfonos: (+591) 2-2375512, 2374628
Fax: (+591) 2-2372333
Correo electrónico: udape@udape.gob.bo
Website: www.udape.gob.bo
Casilla postal: 12087, La Paz

La Paz, diciembre de 2013

Este informe ha sido elaborado por la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) con el apoyo de los miembros del Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio (CIMDM).

Diseño, edición y diagramación: Mónica Navia,
Colaboración de Dalia Nogales (diagramación) y de Richard Cornejo (diseño de portada)

Fotografías utilizadas en esta publicación: UNICEF/Bolivia/Abramson/2008 (28, 44, 58, 60, 72, 76, 78, 90 y 110); UNICEF/Bolivia/Pirozzi/2008 (30, 37, 50, 88 y 124); UNICEF/Bolivia/Bell/2009 (80 y 84); UNICEF/Bolivia/Gutiérrez/2010-2012 (48, 69, 97, 98, 108, 116 y 122); UNICEF/Bolivia/Friedman-Rudovsky/2011 (38, 115 y 127) y Mónica Navia (95, 96 y 128). En la tapa: UNICEF/Bolivia/2008-2011/Pirozzi, Abramson y Gutiérrez

Depósito Legal: xxxxxx

Impresión: xxxxxxxx

Impreso en Bolivia

Índice

Presentación	15
Resumen Ejecutivo	17
Introducción	19
Estado Plurinacional de Bolivia	21
Cuadro resumen de situación de los indicadores ODM en Bolivia	25
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	29
Meta 1A Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar al día	30
Meta 1B Lograr, empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes	38
Meta 1C Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre	44
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal	49
Meta 2A Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	50
Objetivo 3: Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer	59
Meta 3A Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de enseñanza no más tarde de 2015	60
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años	71
Meta 4A Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	72
Objetivo 5: Mejorar la salud materna	79
Meta 5A Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	80
Meta 5B Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	84
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	89
Meta 6A Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación de VIH/SIDA	90
Meta 6B Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten	96
Meta 6C Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	98

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	109
Meta 7A Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y revertir la pérdida de recursos del medio ambiente.....	110
Meta 7C Reducir a la mitad el porcentaje de personas sin acceso sostenible a agua potable y a servicios básicos de saneamiento para el año 2015.....	116
Objetivo 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo	123
Meta 8D Abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda de los Países en Desarrollo con medidas nacionales e internacionales orientadas a lograr deuda sostenible a largo plazo.....	124
Meta 8F En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de información y de las comunicaciones.....	128
Conclusiones	135
Bibliografía	137
Anexo	139

Índice de gráficos

Gráfico 1	Evolución de la incidencia de pobreza extrema y proyecciones, 1990-2015	31
Gráfico 2	Estimación de pobreza extrema con la inclusión de bonos	32
Gráfico 3	Incidencia de pobreza extrema por departamento, 1996 y 2011p	32
Gráfico 4	Evolución de la pobreza extrema según CEL.....	33
Gráfico 5	Evolución de la brecha de pobreza extrema según área	33
Gráfico 6	Evolución de la brecha de pobreza extrema según CEL	34
Gráfico 7	Evolución de la participación del 20% más pobre en el ingreso nacional.....	34
Gráfico 8	Evolución de la participación del 20% más pobre en el ingreso nacional según CEL.....	35
Gráfico 9	Incidencia de pobreza moderada por departamento	36
Gráfico 10	Bolivia: Tasa de crecimiento del PIB	39
Gráfico 11	Relación empleo-población según área geográfica	39
Gráfico 12	Evolución de la relación empleo-población según sexo	40
Gráfico 13	Evolución de la relación empleo-población según quintil de ingreso.....	40
Gráfico 14	Evolución de la relación empleo-población según CEL	41
Gráfico 15	Evolución de la población ocupada pobre extrema según área de residencia.....	41
Gráfico 16	Evolución de la población ocupada pobre extrema según sexo	41
Gráfico 17	Evolución de la población ocupada pobre extrema según CEL.....	42
Gráfico 18	Evolución de la población ocupada como cuenta propia o trabajador familiar por quintil de ingreso	42
Gráfico 19	Evolución de la población ocupada como cuenta propia o trabajador familiar según sexo	43
Gráfico 20	Evolución de la población ocupada como cuenta propia o trabajador familiar según CEL.....	43
Gráfico 21	Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de tres años según área geográfica, 1989-2012.....	45
Gráfico 22	Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de tres años según quintil de riqueza, 2012	45
Gráfico 23	Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de tres años según departamento, 2003-2008.....	45
Gráfico 24	Prevalencia de la desnutrición global en menores de cinco años según área geográfica, 1989-2012.....	46
Gráfico 25	Prevalencia de la desnutrición global en menores de cinco años según quintil de riqueza, 2012.....	46
Gráfico 26	Prevalencia de la desnutrición global en menores de cinco años según departamento, 2003-2008	46
Gráfico 27	Tasa de cobertura neta del nivel primario, 2000-2011	51
Gráfico 28	Número de alumnos inscritos en la edad correspondiente al nivel primario y estimaciones al 2015.....	51
Gráfico 29	Tasa de cobertura neta de primaria por departamento, 2011	52
Gráfico 30	Tasa de cobertura neta de primaria por sexo, 2000-2011	52
Gráfico 31	Evolución de la tasa de término a 6° de primaria, 1992-2011	52
Gráfico 32	Tasa de término a 6° de primaria según departamento, 2011	53

Gráfico 33	Tasa de término a 6° de primaria según sexo, 1992-2011	53
Gráfico 34	Tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años, 1997-2012.....	55
Gráfico 35	Tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años según área geográfica, 1997-2012..	55
Gráfico 36	Tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años según sexo, 1997-2012	56
Gráfico 37	Tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años por CEL, 2011-2012.....	56
Gráfico 38	Brecha en la tasa de término a 6° de primaria, 1992-2011	61
Gráfico 39	Brecha en la tasa de término a 6° de primaria según departamento, 2011	61
Gráfico 40	Brecha en la tasa de término a 6° de secundaria, 1992-2011	62
Gráfico 41	Brecha en la tasa de término a 6° de secundaria según departamento, 2010	62
Gráfico 42	Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años, 1997-2012	63
Gráfico 43	Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años según área geográfica, 1997-2012	63
Gráfico 44	Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años según CEL, 2011-2012.....	64
Gráfico 45	Mujeres entre los empleos asalariados del sector no agrícola	64
Gráfico 46	Tasa de mortalidad de la niñez 1989-2011	73
Gráfico 47	Tasa de mortalidad de la niñez según departamento (2008): brechas para alcanzar la MDM	73
Gráfico 48	Tasa de mortalidad infantil 1989-2011	74
Gráfico 49	Tasa de mortalidad infantil según departamento (2008): brecha para alcanzar la MDM	74
Gráfico 50	Cobertura de tercera dosis de vacuna Pentavalente, 2001-2012	75
Gráfico 51	Cobertura de tercera dosis de vacuna Pentavalente, 2009-2011	75
Gráfico 52	Municipios en riesgo con vacuna Pentavalente y SRP 2004-2012	76
Gráfico 53	Razón de mortalidad materna, 1989-2003	81
Gráfico 54	Cobertura de parto institucional, 1996-2012.....	81
Gráfico 55	Cobertura de parto institucional, 2011-2012.....	83
Gráfico 56	Evolución de la prevalencia de uso de anticonceptivos según área de geográfica, 1989-2008	85
Gráfico 57	Tasa de fecundidad general adolescente de 15 a 19 años.....	85
Gráfico 58	Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro consultas) según área geográfica, 1994-2008	86
Gráfico 59	Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro consultas) según departamento, 2003-2008	86
Gráfico 60	Necesidades insatisfechas en planificación familiar según área geográfica.....	87
Gráfico 61	Prevalencia de VIH/SIDA, 1984-2012.....	91
Gráfico 62	Estructura por edad y sexo de personas con VIH/SIDA, 1984-2012	92
Gráfico 63a	Mujeres de 15 a 24 años que tienen conocimientos amplios y correctos sobre VIH/SIDA	94
Gráfico 63b	Hombres de 15 a 24 años que tienen conocimientos amplios y correctos sobre VIH/SIDA.....	94
Gráfico 64	Índice de parasitosis anual 1990-2012.....	98
Gráfico 65	Índice de Infestación Global (IIG), Intra (III) y Peridomicilio (IIP) por <i>Triatoma infestans</i> (vinchuca) según departamento gestión 2011	102
Gráfico 66	Tasa de incidencia notificada de casos nuevos de TB TSF, TBP BAAR(+) x 100.000 hab. Bolivia, 2001-2012	104
Gráfico 67	Número de casos nuevos de TBP BAAR(+) y tasa de incidencia notificada de casos nuevos de TBP BAAR(+) según grupo etario y sexo, Bolivia 2012	106
Gráfico 68	Evolución del porcentaje de casos curados de tuberculosis pulmonar BAAR(+) del total notificados, Bolivia 1995-2011	106

Gráfico 69	Evolución de la superficie bajo área protegida, 1996-2011	111
Gráfico 70	Consumo de Sustancias Agotadoras del Ozono en Bolivia, 1994-2011	112
Gráfico 71	Reducción o eliminación de los clorofluorocarbonos (CFC) en Bolivia, 1994-2011.....	113
Gráfico 72	Importación de los hidroclorofluorocarbonos (HCFC) en Bolivia, 1994-2011.....	113
Gráfico 73	Población con acceso a agua potable	117
Gráfico 74	Población con acceso a servicios de saneamiento básico.....	117
Gráfico 75	Evolución de la AOD neta como % del PNB de los países de la OCDE, 2000-2012	125
Gráfico 76	Evolución del SDE como porcentaje de las exportaciones, 1998-2012	126
Gráfico 77	Hogares que acceden a telefonía móvil, 2005-2012	128
Gráfico 78	Población de 5 años y más que dispone de teléfono celular para su uso personal, 2012.....	129
Gráfico 79	Población de 5 años y más que dispone de teléfono celular para su uso personal según área y pertenencia a algún pueblo indígena originario campesino o afro boliviano, 2012.....	129
Gráfico 80	Hogares que acceden a telefonía fija, 2005-2012	131
Gráfico 81	Hogares que acceden a telefonía fija según área y pertenencia a algún pueblo indígena originario campesino o afro boliviano, 2012.....	131
Gráfico 82	Hogares que acceden a Internet en su vivienda 2007-2012	132
Gráfico 83	Personas mayores de 5 años que ha utilizado Internet en los últimos 12 meses, gestión 2012	132
Gráfico 84	Personas de 5 años y más que usan Internet, según área geográfica y pertenencia a un pueblo indígena originario campesino o afro boliviano, 2012	133

Índice de mapas

Mapa 1	Estado Plurinacional de Bolivia.....	21
Mapa 2	Casos de malaria de los municipios, 2012.....	101
Mapa 3	Bolivia: Tasa de incidencia notificada de casos nuevos TBP BAAR(+) según municipio, 2012	105

Índice de cuadros

Cuadro 1	Incidencia de pobreza extrema por año, según sexo (porcentaje)	33
Cuadro 2	Porcentaje de brecha de pobreza extrema por año según sexo (porcentaje).....	34
Cuadro 3	Porcentaje de pobreza moderada por año según área de residencia (en porcentaje)	36
Cuadro 4	Tasas de crecimiento promedio anual del PIB ppc por persona empleada por periodo según país (porcentaje)	38
Cuadro 5	Evolución de la población ocupada como cuenta propia o trabajador familiar según sexo (porcentaje).....	43
Cuadro 6	Avances legislativos aprobados en el periodo 2010-2012	66
Cuadro 7	Tasa de mortalidad infantil por sexo	74
Cuadro 8	Nacimientos atendidos por personal institucional, 2011-2012.....	83
Cuadro 9	Tasas de fecundidad adolescentes entre 15 y 19 años según departamento, 2008 (número de nacimientos por mil mujeres)	86
Cuadro 10	Prevalencia de SIDA por departamentos, 2004-2012 (número de casos por millón de habitantes)	92
Cuadro 11	Prevalencia de VIH/SIDA en la población de 15 a 24 años de edad: 2004-2012.....	93
Cuadro 12	Mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH (porcentaje).....	94
Cuadro 13	Poblaciones más expuestas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH (porcentaje).....	94
Cuadro 14	Adultos y niños elegibles que reciben TARV	96
Cuadro 15	Índice de parasitosis anual de malaria según departamento, 2006-2012	99
Cuadro 16	IPA ajustado con transmisión activa según departamento, 2006-2012.....	99
Cuadro 17	Casos registrados de malaria.....	100
Cuadro 18	Municipios endémicos de Chagas	101
Cuadro 19	Municipios evaluados con infestación de Chagas	102
Cuadro 20	Tasa de incidencia notificada de casos nuevos TBP BAAR(+) 2012 y porcentaje de pacientes curados de tuberculosis 2011	105
Cuadro 21	Cronograma hidroclorofluorocarbonos (HCFC)	114

Índice de recuadros

Recuadro 1: Índice de Gini	35
Evolución del Índice de Gini	35
Recuadro 2: Hacia la universalización de la educación secundaria	54
Cobertura neta y tasa de término del nivel secundario, 2000-2011	54
Recuadro 3: Avances del Bono Juana Azurduy	82
Número de controles realizados en el Bono Juana Azurduy, 2009-2012	82
Recuadro 4: Certifican a nivel internacional al departamento de La Paz sin transmisión vectorial en intradomicilio.....	103
Comportamiento de la tendencia del índice de infestación de viviendas por <i>Triatoma infestans</i> en el departamento de La Paz (1999-2010)	103
Recuadro 5: Cobertura de fuentes mejoradas de agua	118
Comportamiento de la tendencia del índice de infestación de viviendas por <i>Triatoma infestans</i> en el departamento de La Paz (1999-2010)	118
Población que utiliza una fuente mejorada de agua	118
Recuadro 6: Coberturas de instalaciones mejoradas de saneamiento	119
Población que utiliza una instalación mejorada de saneamiento	119
Recuadro 7: Líneas móviles activas según modalidad de pago.....	130
Líneas móviles activas según modalidad de pago en Bolivia, 2006-2012	130
Recuadro 8: Conexiones a Internet según tipo de acceso.....	133
Conexiones a Internet según tipo de acceso.....	133

Acrónimos

ABT	Autoridad de Fiscalización y Control Social de Bosques y Tierra
ANMI	Área Nacional de Manejo Integrado
AOD	Asistencia Oficial para el Desarrollo
AP	Áreas Protegidas Nacionales
ATT	Autoridad de Regulación y Fiscalización de Telecomunicaciones y Transporte
ASPACONT	Asociación Nacional de Pacientes contra la Tuberculosis
BCB	Banco Central de Bolivia
BCG	Vacuna contra la tuberculosis
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BJA	Bono Juana Azurduy
CAD-OCDE	Comisión de Asistencia para el Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
CANEB	Cámara Nacional de Exportadores de Bolivia
CBA	Canasta Básica de Alimentos
CEL	Condición Étnico-Lingüística
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CIMDM	Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio
CNE	Corte Nacional Electoral
CNPV	Censo Nacional de Población y Vivienda
COGO	Comisión Gubernamental del Ozono
DNCB	Dirección Nacional de Conservación de la Biodiversidad
DOTS	Diagnóstico y Tratamiento Acortado Directamente Supervisado
EH	Encuesta de Hogares
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENESAO	Estrategia Nacional de Eliminación de Sustancias Agotadoras de Ozono
EPSA	Empresas Prestadoras de Servicios de Agua Potable y Alcantarillado
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FMI	Fondo Monetario Internacional
HCFC	Hidroclorofluorocarburos
HIPC	Países Pobres Altamente Endeudados
IAEG	Grupo Interinstitucional de Expertos en indicadores de los ODM
IBCE	Instituto Boliviano de Comercio Exterior
IECC	Información, Educación, Comunicación y Capacitación
IIG	Índice de Infestación Global
III	Índice de Infestación Intradomicilio
IIP	Índice de Infestación Peridomicilio
IFI	Ingresos Fiscales
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPA	Índice de Parasitosis Anual
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MDM	Meta del Milenio

MDRI	Iniciativa de Alivio de Deuda Multilateral
ME	Ministerio de Educación
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH Sida
OPEP	Organización de Países Exportadores de Petróleo
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
PASAAS	Programa de Abastecimiento de Agua Potable y Saneamiento
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PAO	Potencial de Agotamiento del Ozono
PIB	Producto Interno Bruto
PIEE-GM	Programa de Infraestructura Educativa, Equipamiento y Procesos Pedagógicos a través de los Gobiernos Municipales
PMDC	Programa Multisectorial Desnutrición Cero
PN	Parque Nacional
PNB	Producto Nacional Bruto
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROAGUAS	Programa de Agua y Saneamiento Básico para Pequeños Municipios
PROANDES	Programa Andino de Servicios Básicos contra la Pobreza
PROHISABA	Programa de Apoyo a la Higiene y Salud de Base
PROINSA	Programa de Inversión en el Sector de Saneamiento Básico
PROSUR	Programa de Aguas Subterráneas
RUDE	Registro Único de Estudiantes
SAFCI	Modelo Sanitario de Salud Familiar Comunitario Intercultural
SAO	Sustancias Agotadoras del Ozono
SEMVBO	Estudio de Sexualidad Masculina
SERNAP	Servicio Nacional de Áreas Protegidas
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIE	Sistema de Información Educativa
SILICSAO	Sistema de Licencias de Importación y Control de Sustancias Agotadoras del Ozono
SISFIN	Sistema de Seguimiento Financiero
SNAP	Sistema Nacional de Áreas Protegidas
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SNIS-VE	Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica
STD	Servicio Total de la Deuda
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TMN	Tasa de mortalidad de la niñez
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas
UDAPSO	Unidad de Análisis de Políticas Sociales
UIS	Instituto de Estadísticas de la UNESCO
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
VAM	Índice de Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Presentación

A dos años de la fecha fijada para alcanzar las metas del Milenio (MDM) y con el objetivo de realizar un diagnóstico sobre los resultados alcanzados hasta el año 2012 y los retos pendientes para alcanzarlas, la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), como resultado del trabajo coordinado con instituciones del Órgano Ejecutivo que conforman el Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio (CIMDM), tiene el agrado de presentar el Séptimo informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en Bolivia.

El presente documento describe la evolución de 47 indicadores relacionados con 15 metas definidas internacionalmente. Esta información es desagregada por área de residencia, departamento, municipio, sexo y condición étnico-lingüística. Asimismo, describe las principales acciones que se vienen ejecutando para el logro de estas metas.

Lic. Viviana Caro Hinojosa
Ministra de Planificación del Desarrollo

Este nuevo documento de progreso de los ODM manifiesta que, si bien se han logrado avances importantes en varios indicadores, éstos no se han producido de manera uniforme o equitativa. Además, señala que la sostenibilidad de los resultados alcanzados y la necesidad de aunar esfuerzos para mejorar los indicadores rezagados, son elementos fundamentales al momento de la discusión entre sectores, instituciones, niveles de gobierno y sociedad en general con la finalidad de identificar los desafíos que Bolivia debe enfrentar, no sólo para cumplir con la Declaración del Milenio, sino también, para mejorar las condiciones de vida de la población después del año 2015.

Abordar las desigualdades y cerrar las brechas existentes se constituyen en los principales retos en Bolivia, para lo cual es importante la coordinación y voluntad política para unificar esfuerzos entre los niveles central, departamental y municipal a través de políticas específicas dirigidas a mejorar la vida de todas las bolivianas y todos los bolivianos más allá del año 2015 y con miras a lograr los objetivos y metas de la Agenda Patriótica 2025.

Lic. María Félix Delgadillo Camacho
Directora Ejecutiva de UDAPE



Resumen Ejecutivo

A dos años del 2015, se han registrado importantes avances en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en Bolivia. Así, el año 2011, se alcanzó la meta relacionada con la extrema pobreza; se ha recuperado la senda de la culminación en el nivel primario; se han logrado avances significativos en la provisión de iguales oportunidades a niños y niñas del país; hay avances importantes en los indicadores de salud, tal es el caso de la meta de la cobertura de parto institucional que se habría alcanzado antes del plazo establecido. Sin embargo, es necesario realizar esfuerzos adicionales para alcanzar el resto de los compromisos asumidos en esta área. En cuanto a la cobertura de agua y saneamiento básico, los avances han sido satisfactorios, principalmente en el acceso al agua, ya que se habría alcanzado la meta antes del año 2015.

El presente documento de Progreso de los ODM actualiza con datos al año 2012 la información de los indicadores seleccionados para el seguimiento al cumplimiento de los compromisos asumidos en la Declaración del Milenio. Al igual que el anterior informe, identifica las brechas que existen para alcanzar las metas planteadas para el año 2015 y también presenta las principales acciones que estarían contribuyendo a los resultados alcanzados.

El presente informe incorpora una nueva meta relacionada con el acceso universal de todas las personas que lo requieran, al tratamiento del VIH/SIDA y describe la evolución de 47 indicadores asociados a 15 metas de los 8 ODM.

En el año 2012, el porcentaje de población en situación de pobreza extrema fue de 21,6%, por lo que se habría cumplido la meta antes del plazo establecido; sin embargo, aún persisten desigualdades en el ámbito geográfico. La productividad laboral, entre 1990 y 2012 ha crecido en 1,4% en promedio cada año, lo que implica un incremento en el valor agregado que genera la economía boliviana por persona ocupada. En el año 2012, seis de cada diez personas estaban ocupadas; sin embargo, se observan diferencias significativas cuando se desagrega este indicador según zona de residencia: el 80% de la población en edad de trabajar del área rural se encontraba ocupado, mientras que en el área urbana el 50% se encontraba en esta condición.

En este informe, se adecuaron los indicadores de desnutrición crónica y global al nuevo patrón de crecimiento difundido por la Organización Mundial de la Salud. El tema de nutrición es central en el desarrollo del país, por lo que se han venido implementado acciones que combaten la desnutrición en el periodo más importante de la vida de un ser humano, que comprende desde la concepción hasta la edad de dos años. Estas medidas se ven reflejadas en la reducción del porcentaje de población menor de tres años con desnutrición crónica de 41,7% en el año 1989 a 18,5% en el año 2012, siendo el área rural la más desfavorecida con 25,9% niños desnutridos en el año 2012.

En cuanto al área de educación, la cobertura neta de primaria fue de 82,2%, registrando una brecha de 17,8 puntos porcentuales respecto a la meta establecida para el año 2015 (100%). El indicador de alfabetismo de la población entre 15 y 24 años presentó una tendencia creciente desde el año 1997 registrando en el año 2012 el 99,5%. Un incremento importante de alfabetos se debe a los Programas de Alfabetización "Yo Sí Puedo" y Post Alfabetización "Yo sí Puedo Seguir".

Respecto a la equidad de género, la brecha de género en la tasa de término a 6° de primaria durante el periodo 1992-

2011 mejoró sustancialmente: de una diferencia a favor de los hombres registrada en 9,7 puntos porcentuales en 1992 pasó en 2011 a 1,2 puntos porcentuales favorables a la población femenina.

En el año 2012, tres de cada diez trabajadores asalariados en el sector no agrícola eran mujeres, lo cual indica que en Bolivia aún persiste una segregación por sexo en los mercados laborales. En el ámbito de participación política, las mujeres tienen una participación creciente tanto en la Asamblea Legislativa Plurinacional como en los concejos municipales.

En el área de salud, dado que los indicadores de mortalidad de la niñez e infancia exhibidos en el anterior informe provienen de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2008, en el presente informe se presenta una estimación de estos indicadores para el año 2011. En cuanto a la niñez, se estima que la tasa de mortalidad de la niñez fue de 58 por mil nacidos vivos, mientras que la tasa de mortalidad infantil fue de 48,6 por mil nacidos vivos. A pesar de los avances, en ambos indicadores la brecha es significativa para alcanzar las metas al año 2015 de 43,1 y 27,3 por mil nacidos vivos, respectivamente.

En cuanto a la inmunización, la vacunación de menores de un año con tercera dosis de vacuna Pentavalente alcanzó una cobertura de 79,7% el año 2012, lo que indica que el sector debe realizar esfuerzos adicionales para alcanzar la meta establecida para el año 2015 (95%).

Los avances en la salud materna han sido importantes: la meta de la cobertura del parto institucional habría sido alcanzada antes del año 2015. Este logro se podría atribuir principalmente al Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y al Bono Juana Azurduy (BJA). Asimismo, se han venido realizando esfuerzos

para que las personas ejerzan su derecho a la vida, a la integridad física, psicológica y sexual y a la reproducción, advirtiéndose importantes avances en casi todos los indicadores, exceptuando en la tasa de fecundidad adolescente, donde se observa un estancamiento del indicador.

Respecto al sexto objetivo, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, en el año 2012 la prevalencia de casos de SIDA fue de 83,4 personas por millón de habitantes. El número de personas con infección avanzada que reciben terapia antiretroviral continúa en aumento: en los últimos cuatro años, el incremento promedio anual ha sido de 67,6%. En malaria, el Índice de Parasitosis Anual (IPA) alcanzó el año 2012 a 2,1 por mil habitantes, cercano a la MDM (2,0).

En cuanto al Chagas, en los últimos cuatro años, no se ha podido bajar el indicador por debajo de 25%. El cumplimiento de esta meta se encuentra en riesgo, toda vez que el compromiso del país es alcanzar hasta el 2015 cero municipios con tasa de infestación de Chagas mayor al 3%. Por su parte, el porcentaje de pacientes curados de tuberculosis en el año 2011 (84,2%) fue superior al reportado en el año 2010, debido a que se han venido fortaleciendo las actividades de seguimiento a los pacientes para que concluyan en tratamiento.

En el área de sostenibilidad del medio ambiente, el aporte de Bolivia a la reducción de las sustancias que agotan la capa de ozono ha sido importante, toda vez que registra un consumo bajo de estas sustancias. Respecto a agua y saneamiento, en los últimos años el país ha encarado una serie de programas orientados a conseguir una profunda reforma en el sector de agua y saneamiento. A pesar de ello, aún persisten contrastes relevantes en el país: si bien la brecha entre zonas urbanas y rurales se ha reducido, todavía existe un elevado porcentaje de población sin cobertura en zonas rurales y en zonas periurbanas de algunas ciudades.

En el contexto internacional, no se ha consolidado la alianza mundial para el desarrollo, debido a que los países desarrollados no están cumpliendo con la meta fijada por ellos mismos, de destinar el 0,7% de su Producto Interno Bruto (PIB) a la Ayuda Oficial al Desarrollo.

Introducción

Han transcurrido 13 años desde que Bolivia, junto a otros 188 estados miembros de la Naciones Unidas, firmó en el año 2000 la Declaración del Milenio, comprometiéndose a alcanzar las metas trazadas por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) hasta el año 2015. Los ocho (8) ODM, que comprenden la reducción de la pobreza y el hambre; lograr la enseñanza primaria universal; promover la equidad de género; reducir la mortalidad de los menores de cinco años; mejorar la salud materna; combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades; garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar la alianza mundial para el desarrollo, constituyen compromisos mínimos a ser alcanzados por las diferentes naciones.

En Bolivia, el seguimiento a los ODM es realizado por el Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio (CIMDM), que fue creado mediante Resolución Multiministerial en el año 2004 y está constituido por entidades del Órgano Ejecutivo, bajo la dirección y coordinación de la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE). Desde el año 2004, se han publicado seis informes que describen los avances y la evolución de

los indicadores seleccionados por el CIMDM, y que presentan las principales acciones ejecutadas para la consecución de la metas al año 2015.

El Séptimo informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Bolivia actualiza la información publicada en el sexto informe y monitorea el avance en el cumplimiento de los ODM con datos de encuestas y registros administrativos disponibles al año 2012, incluyendo nuevos indicadores definidos internacionalmente. Además, presenta los datos desagregados por área geográfica, nivel departamental, nivel municipal, condición étnico-lingüística y nivel de riqueza.

El presente informe está estructurado en tres partes. La primera parte presenta un informe general sobre el Estado Plurinacional de Bolivia, con información básica, población e indicadores económicos.

En la segunda parte, se muestra un análisis sobre los avances y el estado de situación de los ocho ODM. Cada uno de ellos presenta información estadística de los indicadores y principales acciones que se vienen ejecutando para alcanzar las metas establecidas para el año 2015.

En la última parte se presentan las conclusiones del informe, que sintetizan los más importantes progresos de los ODM en Bolivia.



Estado Plurinacional de Bolivia

I. Información básica

Superficie: 1.098.581 km²

Población: 10.027.254 (Censo Nacional de Población y Vivienda 2012)

Habitantes por km²: 9,13

Presidente: Sr. Evo Morales Ayma

Sistema de gobierno: Sistema democrático participativo, representativo y comunitario, con equivalencia de condiciones entre hombres y mujeres.

Estructura de poder: El Estado se organiza y estructura su poder público a través de los órganos Legislativo, Ejecutivo, Judicial y Electoral.

Religión: El Estado respeta y garantiza la libertad de religión. El Estado es independiente de la religión.

Situación geográfica: Centro de Sudamérica. Limita con Brasil al Norte y al Este, con Paraguay al Sureste, con Argentina al Sur, con Chile y Perú al Oeste.

Capital: Sucre.

Sede de Gobierno: La Paz

Moneda: La unidad de moneda básica es el Boliviano.

MAPA 1

Estado Plurinacional de Bolivia



II. Población

Tasa anual de crecimiento intercensal de la población: 1,71 anual periodo 2001-2012.

Desarrollo humano: Medio. Ocupa la posición 108 en 187 países, según el ranking del Índice de Desarrollo Humano (IDH) correspondiente al año 2012.

Esperanza de vida al nacer: (estimación al año 2012, INE)

Ambos sexos: 67 años; mujeres: 69 años; hombres: 65 años.

Distribución de la población por departamento, Censos 2001 y 2012

Departamento	Censo 2001		Censo 2012	
	Población	Participación (%)	Población	Participación (%)
Chuquisaca	531.522	6,4	576.153	5,7
La Paz	2.350.466	28,4	2.706.351	27,0
Cochabamba	1.455.711	17,6	1.758.143	17,5
Oruro	391.870	4,7	494.178	4,9
Potosí	709.013	8,6	823.517	8,2
Tarija	391.226	4,7	482.196	4,8
Santa Cruz	2.029.471	24,5	2.655.084	26,5
Beni	362.521	4,4	421.196	4,2
Pando	52.525	0,6	110.436	1,1
BOLIVIA	8.274.325	100	10.027.254	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

III. Indicadores económicos

Producto Interno Bruto (PIB)

Año	Precios de mercado (en miles de bolivianos)
2000	51.928.492
2001	53.790.327
2002	56.682.328
2003	61.904.449
2004	69.626.113
2005	77.023.817
2006p	91.747.795
2007p	103.009.182
2008p	120.693.764
2009p	121.726.745
2010p	137.875.568
2011p	166.131.030
2012p	186.812.611

Fuente: Dossier UDAPE Vol. 23

p: preliminar

Estructura de la economía (% del PIB, por año)

Actividad económica	Participación 2011p	Participación 2012p
Agricultura, silvicultura, caza y pesca	9,78	9,83
Extracción de minas y canteras	15,51	14,65
Industrias manufactureras	10,35	10,24
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	8,40	8,00
Establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas	8,05	8,62
Comercio	7,12	6,69
Servicios de la administración pública	11,64	11,44
Otros	29,14	30,53

Fuente: Dossier UDAPE Vol. 23

p: preliminar

Mercado de trabajo

INDICADORES DE EMPLEO	2012		
	NACIONAL	URBANO	RURAL
ÍNDICE DE CARGA ECONÓMICA (ICE)	64,0	75,2	43,8
Hombres	42,2	51,6	26,0
Mujeres	91,0	104,0	66,9
TASA DE OFERTA POTENCIAL (TOP)	78,9	80,5	75,6
Hombres	78,1	80,0	74,5
Mujeres	79,7	81,1	76,8
TASA BRUTA DE PARTICIPACIÓN (TBP)	48,1	46,0	52,6
Hombres	54,9	52,8	59,1
Mujeres	41,7	39,7	46,0
TASA DE CESANTÍA (TC)	1,5	2,1	0,5
Hombres	1,2	1,6	0,6
Mujeres	1,9	2,7	0,4
TASA DE DEPENDENCIA (TD)	1,1	1,2	0,9
Hombres	0,9	0,9	0,7
Mujeres	1,5	1,6	1,2
TASA DE DESEMPLEO ABIERTO (TDA)	2,3	3,2	0,7
Hombres	1,7	2,3	0,6
Mujeres	3,1	4,4	0,8
TASA GLOBAL DE PARTICIPACIÓN (TGP)	61,0	57,1	69,5
Hombres	70,3	66,0	79,4
Mujeres	52,4	49,0	59,9

Fuente: UDAPE, DOSSIER Vol 23

Comercio exterior, año 2012p
(en millones de dólares)

Exportaciones totales	11.967,75
Principales productos de exportación	
Minerales y metales	3.742,00
Hidrocarburos	5.909,90
Soya y derivados	979,9
Maderas y manufacturas de maderas	61,9
Castaña	145,6
Otros*	1.128,45
Importaciones totales	8.281,0
Consumo	
Consumo	1.752
Intermedios	4.127
Capital	2.330
Diversos **	72,1

Fuente: UDAPE, DOSSIER Vol.20

* Incluye reexportaciones y efectos personales

** Incluye efectos personales; p: preliminar

Cuadro resumen de situación de los indicadores ODM en Bolivia

Objetivo/Meta	Indicadores	Línea base	Dato actual	MDM 2015
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre				
Meta 1A. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar al día	1. Porcentaje de la población en pobreza extrema	41,2 (1996)	21,6 (2012p)	24,1
	2. Brecha de pobreza extrema	22,5 (1996)	10,3 (2012p)	-
	3. Participación del 20% más pobre en el ingreso nacional	1,5 (1996)	3,1 (2012p)	-
	4. Porcentaje de la población en pobreza moderada	64,8 (1996)	43,4 (2012p)	-
Meta 1B. Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes	1. Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada	1,9 (1990)	2,7 (2012p)	-
	2. Relación empleo-población (en porcentaje)	66,5 (1996)	59,6 (2012p)	-
	3. Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema	42,0 (1996)	19,7 (2012p)	-
	4. Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o en una empresa familiar	66,1 (1996)	53,7 (2012p)	-
Meta 1C. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre*	1. Porcentaje de niños menores de 3 años con desnutrición crónica (baja talla para la edad)	41,7 (1989)	18,5 (2012)	21,0
	2. Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global (bajo peso para la edad)	8,3 (1989)	3,6 (2012)	4,1
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal				
Meta 2A. Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.	1. Tasa de cobertura neta del nivel primario	94,1 (2000)	82,2 (2011)	100,0
	2. Tasa de término a 6° de primaria	69,1 (1992)	90,0 (2011)	100,0
	3. Tasa de alfabetismo de la población de 15 a 24 años	97,4 (1997)	99,5 (2012)	100,0

Objetivo/Meta	Indicadores	Línea base	Dato actual	MDM 2015
Objetivo 3: Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer				
Meta 3A. Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de enseñanza no más tarde de 2015	1. Brecha de género en la tasa de término a 6° de primaria	9,7 (1992)	-1,2 (2011)	0,0
	2. Brecha de género en la tasa de término a 6° de secundaria	3,2 (1992)	-5,3 (2011)	0,0
	3. Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años	0,980 (1997)	1,002 (2012)	1,0
	4. Proporción de mujeres en empleo remunerado en el sector no agrícola	31,3 (1999)	36,4 (2012p)	-
	5. Proporción de mujeres en el Parlamento Nacional	-	23,0 (2009)	-
	6. Proporción de mujeres en Concejos Municipales	19,0 (2004)	43,0 (2010)	-
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años				
Meta 4A. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	1. Tasa de mortalidad de la niñez (por mil nacidos vivos)	129,4 (1989)	58,0 (2011)	43,1
	2. Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	81,9 (1989)	48,6 (2011)	27,3
	3. Cobertura de vacunación con tercera dosis de Pentavalente en menores de un año (en porcentaje)	68,0 (1994)	79,7 (2012)	95,0
Objetivo 5: Mejorar la salud materna				
Meta 5A. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	1. Razón de mortalidad materna (por cien mil nacidos vivos)	416 (1989)	229 (2003)	104
	2. Cobertura de parto institucional (en porcentaje)	33 (1996)	70,8 (2012)	70,0
Meta 5B. Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	1. Prevalencia de uso de anticonceptivos (en porcentaje)	30,3 (1989)	60,6 (2008)	-
	2. Tasa de fecundidad entre las adolescentes (por mil habitantes entre 15-19 años)	94,3 (1989)	88,8 (2008)	-
	3. Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro consultas- en porcentaje)	31,9 (1989)	72,3 (2008)	-
	4. Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar (en porcentaje)	23,2 (1989)	20,2 (2008)	-
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades				
Meta 6A. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación de VIH/SIDA	1. Prevalencia del SIDA (por millón de habitantes)	2,3 (1996)	83,4 (2012)	80 y 85
	2. Prevalencia de VIH/SIDA en personas de 15 a 24 años	-	973,0 (2012)	-
	3. Proporción de población de 15 a 24 años que tiene conocimiento amplio y correcto sobre el VIH/SIDA	-	Mujeres 22,4 Hombres 27,7 (2008)	-

Objetivo/Meta	Indicadores	Línea base	Dato actual	MDM 2015
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades				
Meta 6B. Lograr para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten	1. Personas portadoras del VIH con infección avanzada que reciben terapia antiretroviral	382 (2006)	2.278 (2012p)	-
Meta 6C. Haber detenido, y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	1. Índice de parasitosis Anual (IPA) de la malaria (por mil habitantes)	7,5 (1990)	2,1 (2012)	2,0
	2. Porcentaje de municipios con tasa de infestación de Chagas mayor a 3%.	56,0 (2003)	35,3 (2012)	0
	3. Porcentaje de pacientes con tuberculosis curados del total de pacientes notificados	71,2 (2000)	84,2 (2011)	95,0
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente				
Meta 7A. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y revertir la pérdida de recursos del medio ambiente	1. Porcentaje de la superficie nacional cubierta por bosques	-	53,9 (2010)	-
	2. Superficie nacional ocupada por áreas protegidas (millones de hectáreas)	16,8 (2001)	17,1 (2011)	17,2
	3. Consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO)**	80,3 (2001)	0,0 (2011)	0,0
Meta 7C. Reducir a la mitad el porcentaje de personas sin acceso sostenible a agua potable y a servicios básicos de saneamiento para el año 2015	1. Porcentaje de la población con acceso a agua potable	57,5 (1992)	78,9 (2012p)	78,5
	2. Porcentaje de la población con acceso a servicios de saneamiento básico	28,0 (1992)	49,8 (2012p)	64,0
Objetivo 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo				
Meta 8D. Abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales orientadas a lograr la deuda sostenible a largo plazo	1. Asistencia oficial para el desarrollo como porcentaje del ingreso de los países donantes	-	0,3 (2012)	0,7
	2. Servicio total de la deuda externa como porcentaje de las exportaciones	-	4,2 (2012p)	-
Meta 8F. En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones	1. Porcentaje de hogares que acceden a telefonía móvil	-	87,1 (2012)	-
	2. Porcentaje de la población de 5 años o más que dispone de celular para su uso personal	-	61,3 (2012)	-
	3. Porcentaje de hogares con línea de teléfono fija	-	21,7 (2012)	-
	4. Porcentaje de hogares con acceso a Internet en su vivienda	-	10,7 (2012)	-
	5. Porcentaje de población mayores de 5 años que usan Internet	-	35,5 (2012)	-

Fuente: UDAPE, con información de Encuestas de Hogares, Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, Registros Administrativos e instituciones del Comité Interinstitucional de Metas de Desarrollo del Milenio.

*Se han adecuado los indicadores de desnutrición crónica y global al nuevo patrón de crecimiento infantil difundido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

** PAO: Potencial de Agotamiento de Ozono

p: preliminar





OBJETIVO 1

Erradicar
la pobreza
extrema y el
hambre

Meta 1A

Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar al día



Indicadores	Línea base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1. Porcentaje de la población en pobreza extrema	41,2 (1996)	21,6 (2012p)	24,1	Cumplida
2. Brecha de pobreza extrema	22,5 (1996)	10,3 (2012p)	-	-
3. Participación del 20% más pobre en el ingreso nacional	1,5 (1996)	3,1 (2012p)	-	-
4. Porcentaje de la población en pobreza moderada	64,8 (1996)	43,4 (2012p)	-	-

p: preliminar

Bolivia presenta avances importantes en esta meta, tanto así, que la proporción de la población en pobreza extrema habría superado la meta trazada para el año 2015. Sin embargo, a nivel geográfico y subnacional aún quedan desafíos pendientes para que estas regiones también alcancen la MDM.

En el ámbito geográfico, entre departamentos, las brechas por condición étnico-lingüística (CEL)¹ y por nivel socioeconómico aún persisten. Las personas que viven en el área rural, las que viven con bajo ingreso o las que son clasificadas como población indígena son las que presentan mayor rezago en los indicadores de desarrollo.

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA²

La meta de reducción de extrema pobreza fue alcanzada antes del 2015.

De acuerdo a los datos de la encuesta de hogares del Instituto Nacional de Estadística (INE), entre los años 2009 y 2012, se observa un crecimiento de los ingresos de los hogares en términos reales en 11,7%³ a nivel nacional,

¹ Para la realización de los informes de progreso de los ODM en Bolivia, entre 1996 y 1997, se utilizó el "idioma que aprendió a hablar" para la definición de indígena; entre 1999 a 2012, se utiliza la definición condición étnico-lingüística (CEL).

² El indicador de incidencia de pobreza extrema o indigencia mide el porcentaje de personas que vive con un ingreso inferior a la canasta básica alimentaria. Las líneas de pobreza extrema se han definido a partir de la construcción de una canasta básica de alimentos (CBA), sobre la base de un conjunto de productos que son suficientes para proporcionar una ingesta adecuada de calorías, proteínas y otros nutrientes, dada la masa corporal promedio de los individuos y su actividad física (Comisión Económica para América Latina-CEPAL- Unidad de Análisis de Políticas Sociales-UDAPSO, 1995). La especificación del valor de los productos de la CBA para el área urbana corresponde a los del Índice de Precios al Consumidor, que desde el año 2008 se desagrega para todas las ciudades capitales. Para el año 2012, en el área urbana la CBA (línea de pobreza extrema) tiene un valor promedio de Bs365,5 (US\$52) por persona al mes, en tanto que para el área rural el valor de la CBA es de Bs299 (US\$43) por persona al mes.

³ Entre 2008 y 2009, habrían crecido en 6,1% a nivel nacional, en 6,7% en las áreas urbanas y en 0,8% para las áreas rurales.

mientras que a nivel geográfico, el área urbana tuvo un crecimiento de los ingresos en 7,4% y el incremento reportado para el área rural fue de 27,6%. Cabe aclarar, que entre los ingresos de los hogares se contemplan a los ingresos laborales y a los ingresos no laborales (intereses, transferencias, rentas). Sin embargo, los ingresos laborales tienen una participación del 80% en el total de los ingresos que generan los hogares, lo que se explicaría en gran medida por los ingresos que provienen de las personas que están ocupadas en cada uno de los hogares.

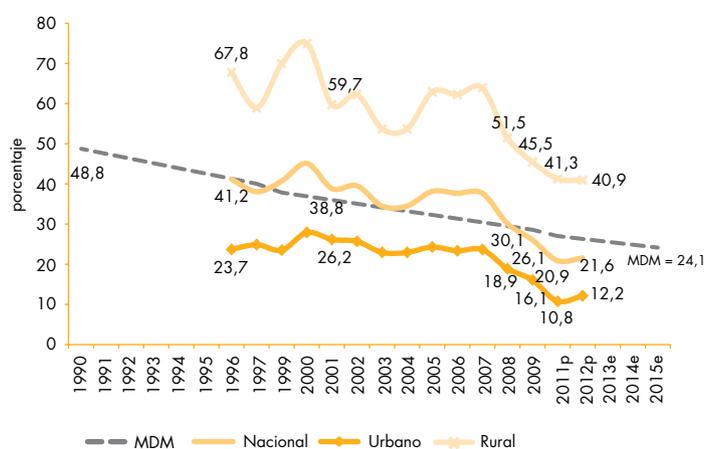
Por otra parte, el Gobierno ha desarrollado una política de estabilización de precios de los principales productos alimenticios, los cuales han sido catalogados por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2008) dentro del grupo de políticas relacionadas con: comercio internacional, fortalecimiento de la producción nacional de alimentos, mitigación de alza de precios, stock y seguros. De todos los países analizados por la FAO (2008), Bolivia habría ejecutado políticas sobre:

- Comercio Internacional. Reducción de aranceles de importaciones alimentarias; Aumento de aranceles de exportaciones alimentarias; Comercio Gobierno-Gobierno.
- Fortalecimiento de la producción nacional de alimentos, realizando subsidios a insumos; Acuerdos de Cooperación Inter gubernamental para la producción de alimentos básicos.
- Mitigación del alza de precios. A través del marco legal: combatir conductas con efectos negativos en consumidores.

Continuando con la tendencia observada desde el año 2008, el porcentaje de pobreza extrema en Bolivia ha ido disminuyendo paulatinamente hasta alcanzar el año 2012 el valor de 21,6% a nivel nacional, lo que significa que antes del año 2015 se cumplió con la MDM de reducir la pobreza extrema a la mitad entre 1990 y 2015, es decir, a 24,1%. Los avances más importantes en la reducción de la pobreza extrema se observan a partir del año 2007, como resultado de diferentes factores, entre los cuales se pueden señalar: el crecimiento económico que presentó el país en los últimos años, que permitió mejorar los ingresos de los hogares que provienen de fuentes laborales; las políticas realizadas por el Gobierno para estabilizar los precios y la política de transferencia de recursos a la población vulnerable mediante la creación de programas sociales como el Bono Juancito Pinto (2006), la Renta Dignidad (2008) y el Bono Juana Azurduy (2009).

GRÁFICO 1

Evolución de la incidencia de pobreza extrema y proyecciones, 1990-2015



Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, INE, 1996-2012; p: preliminar; e: proyecciones.

Nota: El recorrido de la Primera Meta se resalta con una línea punteada.

Si bien el área rural presentó la mayor reducción del porcentaje de pobres extremos, de 75,0% en 2000 a 40,9% en 2012 (34,1 puntos porcentuales), la brecha entre el área urbana y el área rural en el año 2012 es aún de 28,7 puntos porcentuales (Gráfico 1). En términos absolutos, se estima que el año 2012 se tenían 2,3 millones de personas pobres extremas en el territorio nacional, de las cuales 884 mil residen en el área urbana y 1,5 millones en el área rural.

En cuanto al impacto de las transferencias monetarias (Renta Dignidad, Bono Juancito Pinto y Bono Juana Azurduy) realizadas desde el nivel central, éste ha sido positivo en el agregado de ingresos de los hogares (Gráfico 2). De no incluirse estas transferencias en los ingresos de los hogares, la pobreza extrema en el año 2012 habría sido superior en alrededor de un punto porcentual respecto al indicador calculado con bonos.

A nivel departamental⁴, se observan importantes cambios y diferencias entre los nueve departamentos del país. Únicamente, Chuquisaca y Potosí estarían rezagados en el cumplimiento de la meta de pobreza extrema planteada para el año 2015, dado que en ambos departamentos la pobreza extrema alcanzó 36,6% y 49,5% respectivamente. El resto de los departamentos ya habría alcanzado la meta acordada para el año 2015 (Gráfico 3).

4 Las Encuestas de Hogares del INE no permitían obtener resultados por departamento debido a su diseño muestral. A partir de 2011, sí es posible presentar información desagregada a nivel departamental. En los Informes de Seguimiento a los ODM, se presentaron los datos departamentales a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 con la variable de interés gasto per cápita.

GRÁFICO 2

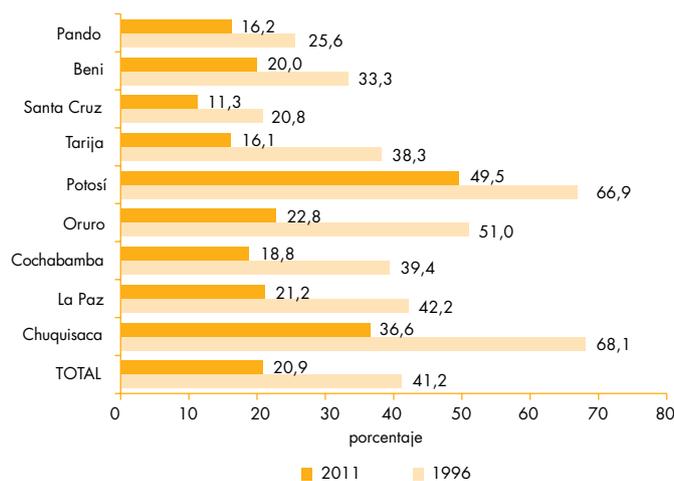
Estimación de pobreza extrema con la inclusión de bonos



Fuente: UDAPE con datos de Encuestas de Hogares, INE, 1996-2012; p: preliminar
Nota: Los años 2006 y 2007 incluyen el Bonosol

GRÁFICO 3

Incidencia de pobreza extrema por departamento, 1996 y 2011p



Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, INE, 1996-2011p; p: preliminar

La pobreza extrema afecta de igual manera a hombres y mujeres, sin que haya grandes diferencias entre ambos sexos. En el periodo 1999-2012, la diferencia entre hombres y mujeres fue de alrededor un punto porcentual en cada año; las mujeres registraron levemente mayores niveles de pobreza extrema respecto a los hombres (Cuadro 1).

CUADRO 1

Incidencia de pobreza extrema por año, según sexo (porcentaje)

Detalle	1996	1997	1999	2000	2001	2002	2003-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011 p	2012 p
Total	41,2	38,1	40,7	45,2	38,8	39,5	34,5	38,2	37,7	37,7	30,1	26,1	20,9	21,6
Hombres	40,6	37,7	39,8	44,6	38,3	39,8	34,1	37,7	37,1	36,6	29,9	25,7	20,6	21,1
Mujeres	41,8	38,5	41,7	45,7	38,3	39,3	34,9	38,6	38,3	38,7	30,4	26,4	21,1	22,1

Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, INE, 1996-2012p; p: preliminar

Según condición étnico-lingüística, en el año 2012 la incidencia de pobreza extrema en la población identificada como indígena en Bolivia fue aproximadamente el doble respecto a la población no indígena, 36,8% y 12,1%, respectivamente (Gráfico 4). Estos porcentajes habrían aumentado levemente en relación al año 2011⁵ tanto para las personas clasificadas como indígenas o no.

BRECHA DE POBREZA EXTREMA⁶

La distancia promedio de los ingresos de los hogares a la línea de pobreza extrema aumentó.

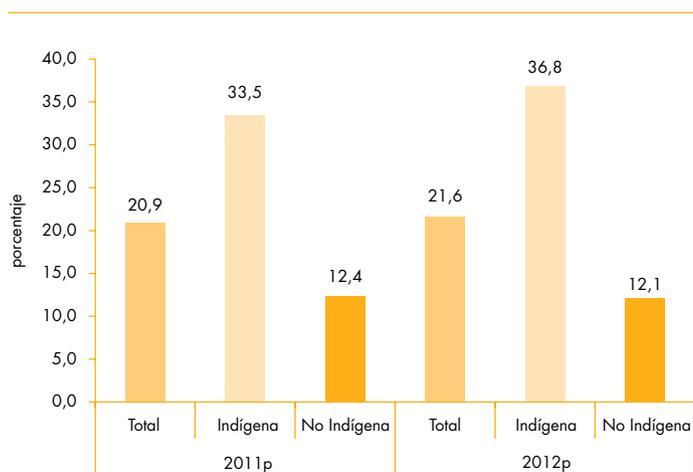
La brecha de pobreza extrema a nivel nacional disminuyó de 22,5% en el año 1996 a 10,3% en el año 2012, lo que explica que la distancia promedio de los ingresos de los hogares respecto a la línea de pobreza extrema haya reducido (Gráfico 5). Sin embargo, el área rural presenta la mayor brecha respecto a la línea de pobreza extrema (22,9%), mientras que el área urbana presenta una brecha menor (4,1%). La distancia entre el área urbana y el área rural ha disminuido, de 36,8 puntos porcentuales en 1996 a 18,8 puntos porcentuales en 2012.

5 Las preguntas de pertenencia a pueblos indígenas y pueblos originario campesinos en las encuestas 2011 y 2012 variaron respecto a las anteriores encuestas, razón por lo cual no se puede realizar un seguimiento a este indicador en el tiempo. La anterior serie se encuentra disponible en el *Sexto informe de progreso de los ODM* (2010).

6 El indicador de brecha de pobreza extrema mide la distancia entre el ingreso efectivo promedio de los pobres y la línea de pobreza extrema. La evolución de este indicador está directamente relacionada con el comportamiento de la incidencia de pobreza extrema; por tanto, cuando la pobreza extrema aumenta (disminuye), la distancia promedio de los ingresos a la línea de pobreza extrema aumenta (disminuye).

GRÁFICO 4

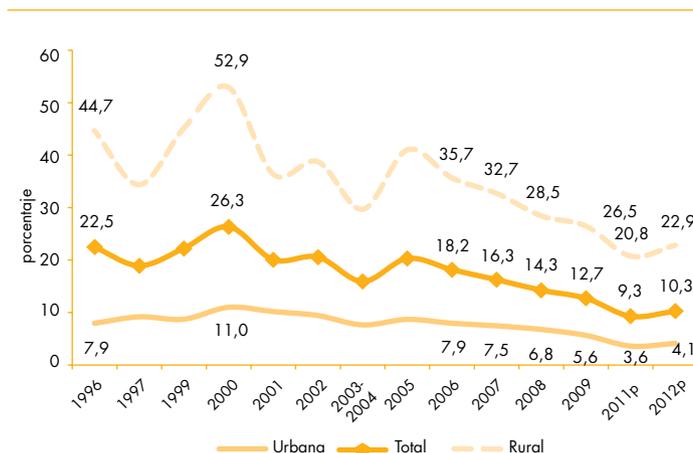
Evolución de la pobreza extrema según CEL



Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, INE, 2011 y 2012p; p: preliminar

GRÁFICO 5

Evolución de la brecha de pobreza extrema según área



Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, INE, 1996-2012p; p: preliminar.

Al 2012, la diferencia en este indicador entre sexos es mínima y apenas de 0,4 puntos porcentuales (Cuadro 2).

CUADRO 2

Porcentaje de brecha de pobreza extrema por año según sexo (porcentaje)

Detalle	1996	1997	1999	2000	2001	2002	2003-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011 p	2012 p
Total	22,5	18,9	22,2	26,3	20,1	20,6	15,9	20,3	18,2	16,3	14,3	12,7	9,3	10,3
Hombres	22,3	18,8	21,8	26,1	19,8	20,6	15,8	20,1	18,2	15,6	14,2	12,7	9,3	10,1
Mujeres	22,7	19,1	22,6	26,5	20,3	20,5	16,0	20,5	18,1	16,9	14,3	12,7	9,3	10,5

Fuente: En base a encuestas a Hogares, INE, 1996-2012p; p: preliminar.

Según la condición étnico-lingüística, los ingresos de los hogares indígenas distan más de la línea de pobreza extrema que los ingresos de los hogares no indígenas. El año 2011, a nivel nacional, la distancia promedio de los ingresos de los hogares indígenas era de 16,5% respecto de la línea de pobreza extrema, valor que aumentó a 19,5% el año 2012. Mientras que para las personas catalogadas como población no indígena, esta distancia se mantuvo en 4,5% para ambos años (Gráfico 6).

PARTICIPACIÓN DEL 20% MÁS POBRE EN EL INGRESO NACIONAL⁷

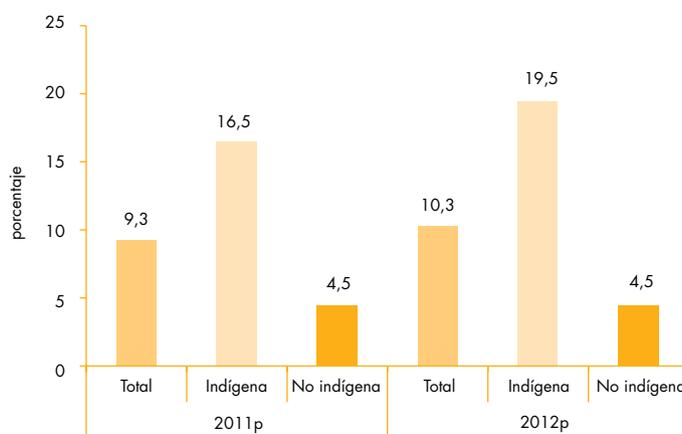
Los más pobres aumentan su participación en la generación de ingresos de la economía boliviana

A partir del año 2005, la participación del 20% más pobre en el ingreso nacional ha ido aumentando hasta alcanzar a nivel nacional el 3,1% en el año 2012 (Gráfico 7). En el año 2012, el 20% más pobre del área urbana contribuía a generar el 5,1% del total del ingreso urbano, mientras que en el área rural éstos contribuían a la generación del 1,8% del ingreso de este ámbito geográfico. Estas diferencias son una muestra de la desigualdad en la generación del ingreso existente en Bolivia y representan una de las tasas de participación de los pobres más bajas de América Latina y El Caribe. En promedio, en esta región, el 3,4% de los ingresos totales son generados por el 20% más pobre de la población.

⁷ El indicador al que se hace seguimiento es el de participación del 20% más pobre en el ingreso nacional.

GRÁFICO 6

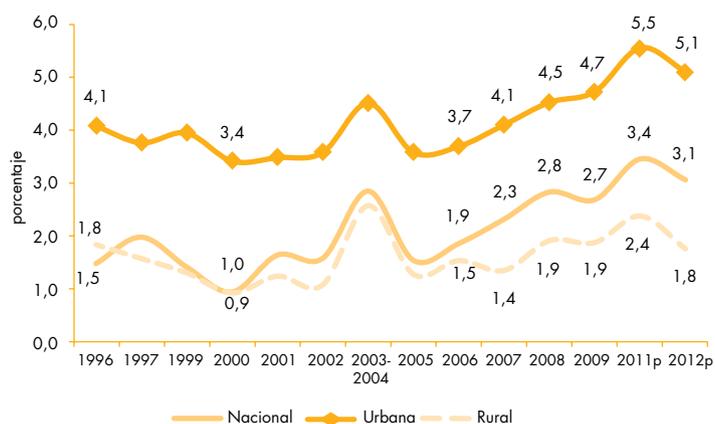
Evolución de la brecha de pobreza extrema según CEL



Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, INE, 2011 y 2012p; p: preliminar.

GRÁFICO 7

Evolución de la participación del 20% más pobre en el ingreso nacional

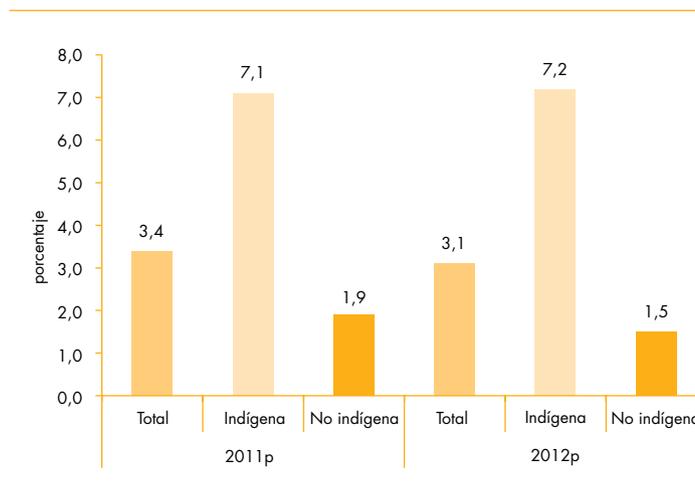


Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, INE, 1996-2012p; p: preliminar.

Según condición étnico-lingüística, el año 2012, el 20% más pobre de la población indígena contribuía con el 7,2% de los ingresos de este grupo poblacional, mientras que el 20% más pobre de la población no indígena sólo aportaba con el 1,5% de los ingresos totales que genera este grupo. Estas cifras muestran que entre la población indígena hay una distribución del ingreso más homogénea que entre la población no indígena (Gráfico 8).

GRÁFICO 8

Evolución de la participación del 20% más pobre en el ingreso nacional según CEL

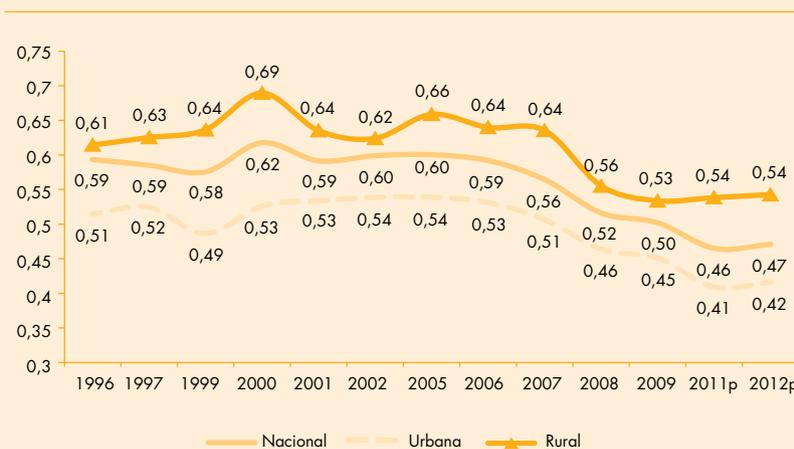


Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, 2011 y 2012p CNE; p: preliminar

Recuadro 1:
Índice de Gini

A nivel nacional, la desigualdad medida por el índice de Gini disminuyó de 0,59 el año 1996 a 0,47 el año 2012, debido a los mayores ingresos laborales que percibieron los hogares y a las transferencias gubernamentales. Este hecho ha permitido que Bolivia posea niveles de desigualdad inferiores al promedio de América Latina (Cepal, 2013).

Evolución del Índice de Gini



Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 1996-2012p; p: preliminar
(a) Corresponde al ingreso del hogar per cápita

Según área de residencia, los niveles más altos de desigualdad del ingreso del hogar por persona están en el área rural, donde el índice de Gini es cercano a 0,54. En tanto, en el área urbana, los niveles de inequidad han ido disminuyendo progresivamente hasta alcanzar el año 2012 el valor de 0,42.

CUADRO 3

Porcentaje de pobreza moderada⁸ por año según área de residencia (en porcentaje)

Detalle	1996	1997	1999	2000	2001	2002	2003-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011p	2012p
Nacional	64,8	63,6	63,5	66,4	63,1	63,3	63,1	60,6	59,9	60,1	57,3	51,3	45,0	43,4
Urbana	51,9	54,5	51,4	54,5	54,3	53,9	54,4	51,1	50,3	50,9	48,7	43,5	36,8	34,7
Rural	84,4	78,0	84,0	87,0	77,7	78,8	77,7	77,6	76,5	77,3	73,6	66,4	61,3	61,1

Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 1996-2012p; p: preliminar

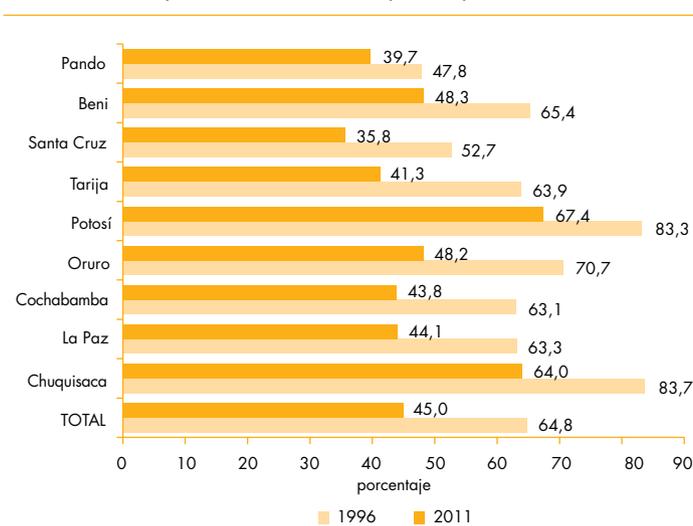
PORCENTAJE DE POBLACIÓN EN POBREZA MODERADA⁹

Más personas cuentan con un ingreso que cubre los requerimientos de una canasta básica alimentaria y no alimentaria

El número de pobres que vive con un ingreso que no satisface los requerimientos de una Canasta Básica de Alimentos (CBA) y de los principales bienes y servicios no alimentarios se redujo de 64,8% en 1996 a 43,4% en 2012 (Cuadro 3). Es decir, que en el año 2012, de cada 100 personas que viven en Bolivia 43 son pobres moderados. Los mayores niveles de pobreza moderada están en el área rural donde 61 de cada 100 personas son pobres. A nivel departamental, en los últimos quince años, los departamentos de Santa Cruz, Tarija, Cochabamba y La Paz han reducido el porcentaje de población en pobreza moderada y se encuentran por debajo del promedio nacional. En cambio, Chuquisaca, Oruro, Potosí y Beni, a pesar de los esfuerzos realizados, han mantenido niveles de pobreza moderada por encima del promedio nacional (Gráfico 9).

GRÁFICO 9

Incidencia de pobreza moderada por departamento



Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, INE, 1996-2011p; p: preliminar

8 Tal cual se presentó en el Gráfico 2 referido a las estimaciones de pobreza extrema con la inclusión de los bonos, en el caso de pobreza moderada se estima que habría tenido un punto adicional, si no se incluyera la Renta Dignidad.

9 El indicador de incidencia de pobreza moderada mide el porcentaje de personas que viven con un ingreso inferior a la línea de pobreza moderada (CBA más principales bienes y servicios no alimentarios). Para el año 2012, la línea de pobreza moderada promedio por persona al mes para el área urbana y el área rural es de Bs693,2 (US\$98) y Bs524,4 (US\$75), respectivamente.



Meta 1B

Lograr, empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes



Indicadores	Línea base	Dato actual
1. Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada	1,9 (1990)	2,7 (2012p)
2. Relación empleo-población (en porcentaje)	66,5 (1996)	59,6 (2012p)
3. Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema	42,0 (1996)	19,7 (2012p)
4. Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o en una empresa familiar	66,1 (1996)	53,7 (2012p)

TASA DE CRECIMIENTO DEL PIB POR PERSONA EMPLEADA

En Bolivia continúa en aumento la productividad laboral.

En Bolivia¹⁰, durante el periodo 1990 a 2012, la productividad laboral ha crecido en 1,4% en promedio cada año. Los primeros siete años de la década de los noventa se observa un crecimiento de 2,2%; éste disminuye en el periodo 1998 y 2005, lo que coincide con los años de recesión económica (-0,1%). En el último periodo, se observa un incremento en el valor agregado que genera la economía boliviana por persona ocupada, con una tasa de crecimiento promedio de 2,0% entre 2006 y 2012 (Cuadro 4).

CUADRO 4

Tasas de crecimiento promedio anual del PIB ppc por persona empleada por periodo según país (porcentaje)

Periodo	Promedio tasa de crecimiento anual			Crecimiento anual			
	1990-1997	1998-2005	2006-2012	1990-2012	2010-2011	2011-2012	
Argentina	4,3	-0,4	2,8	2,2	6,5	1,9	0,5
Bolivia, EP	2,2	-0,1	2,0	1,4	1,4	2,9	2,7
Brasil	1,5	-0,5	1,7	0,9	4,0	0,8	-0,3
Chile	5,2	1,1	1,3	2,6	-1,9	4,9	4,2
Colombia	0,7	-0,7	2,6	0,8	-0,3	4,2	2,5
Ecuador	-0,5	0,2	2,8	0,7	3,3	5,5	2,0
Perú	4,3	1,7	3,4	3,1	3,9	5,2	4,4
Uruguay	3,5	1,4	0,9	2,0	8,3	4,9	2,7
Venezuela, RB	0,1	0,4	2,1	0,8	-3,9	2,1	3,6

Fuente: UDAPE con información de la base de datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)

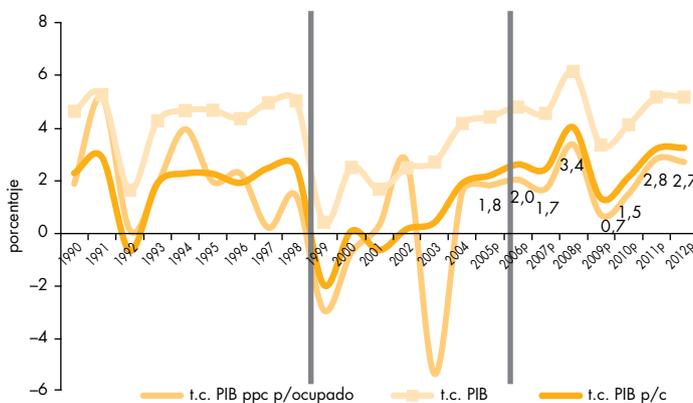
ppc: poder de paridad de compra

10 Con el fin de tener comparación con los demás países, para este indicador se utilizan los datos que están disponibles en la página web de la OIT. Se utiliza la definición de PIB en dólares en poder de paridad de compra (PIB US\$1990 PPC).

En los últimos tres años, las tasas de crecimiento del PIB en términos de poder de compra por persona empleada, se incrementaron de 1,4% entre los años 2009 y 2010, a 2,7% entre 2011 y 2012, una de las tasas más altas registradas por la economía boliviana. En comparación con otros países de la región, Bolivia en el periodo 1990-2012 presentó una tasa de crecimiento del PIB ppc por persona empleada incluso superior a países como Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Venezuela (Cuadro 4). La tendencia que tuvo este indicador a lo largo del periodo analizado guarda estrecha relación con otros indicadores tradicionales como son las tasas de crecimiento del PIB y del PIB per cápita (Gráfico 10).

GRÁFICO 10

Bolivia: Tasa de crecimiento del PIB



Fuente: UDAPE con información de la base de datos de OIT. p: preliminar.

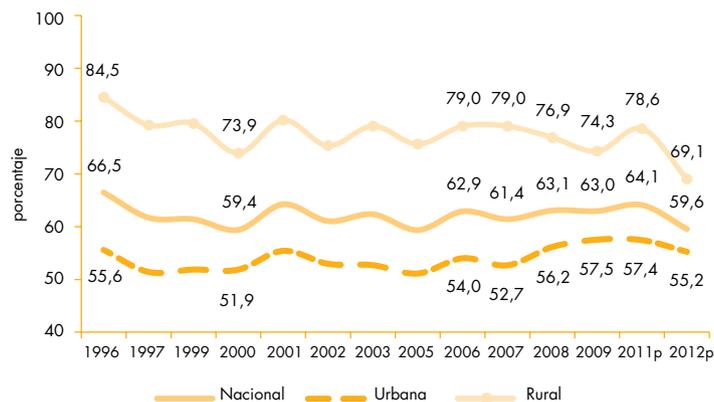
RELACIÓN EMPLEO POBLACIÓN¹¹

En promedio se mantiene los niveles de la tasa de ocupación.

Como consecuencia de un crecimiento económico sostenido durante los últimos años, la evolución de los indicadores laborales presenta un comportamiento positivo. Según Organización Internacional del Trabajo y de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL-OIT, 2013), a partir del primer trimestre del año 2010, el crecimiento interanual de la tasa de ocupación ha superado al de la tasa de participación, lo que ha repercutido en un constante descenso en los niveles de desempleo urbano en los países considerados.

GRÁFICO 11

Relación empleo-población según área geográfica



Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, 1996-2012p; p: preliminar

Para Bolivia, en el año 2012, el 59,6% de la población de diez años y más estaba ocupada, siendo el área rural la que presentó la mayor relación empleo-población (69,1%), en tanto que el área urbana registró el 55,2% (Gráfico 11).

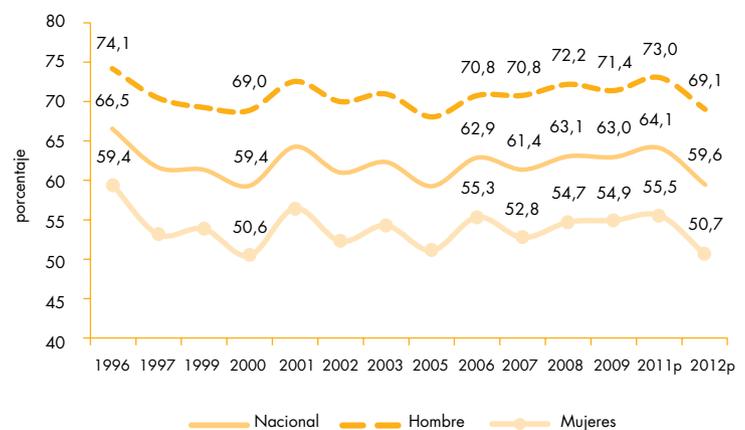
¹¹ El indicador "Relación empleo-población" articula la población ocupada y la población en edad de trabajar. Para el caso boliviano, el límite de edad inferior es de 10 años y no existe límite superior.

Según sexo, este indicador presenta diferencias significativas: mientras en el año 2012 cerca de la mitad de la población femenina de diez años y más estaba ocupada (50,7%), más de dos tercios de los hombres en edad de trabajar estaban ocupados (69,1%), lo que sugiere que hay un mayor número de personas mujeres que son económicamente inactivas en comparación con los hombres. En la clasificación de inactivos, se encuentran las personas que realizan labores domésticas, estudiantes, jubilados o con alguna discapacidad permanente (Gráfico 12).

Según nivel de ingresos, durante el periodo 1996-2012, en promedio el 74% de las personas mayores a 10 años del primer quintil (más pobre) se encontraban ocupadas, mientras que en el resto de grupos de ingresos, en promedio el 58% de las personas se encontraban en la misma condición. A partir del año 2007, se registra un crecimiento sostenido del porcentaje de ocupados en el grupo de los más ricos (quinto quintil), hasta conseguir en el año 2012 el mismo nivel de participación del primer quintil (Gráfico 13).

GRÁFICO 12

Evolución de la relación empleo-población según sexo



Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, 1996-2012p; p: preliminar

GRÁFICO 13

Evolución de la relación empleo-población según quintil de ingreso



Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, INE, 1996-2012p; p: preliminar

Según la clasificación de la condición étnico-lingüística, en el año 2012, de toda la población indígena de diez años y más, el 70,3% de ellos estaban trabajando, a diferencia del 52,6% de la población no indígena mayor a diez años que estaba ocupada (Gráfico 14).

PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA CON INGRESOS INFERIORES A LA LÍNEA DE POBREZA EXTREMA¹²

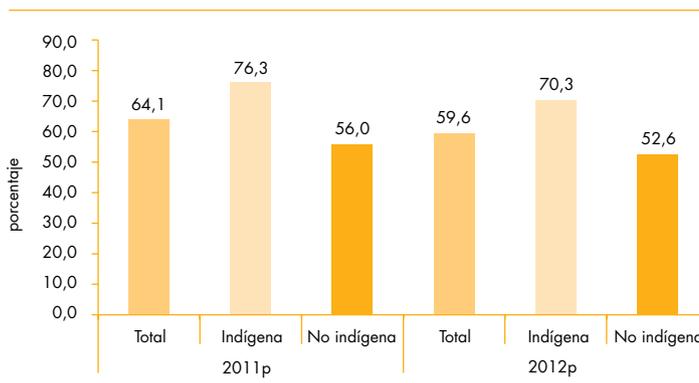
Se redujo el número de personas ocupadas en situación de pobreza extrema.

A nivel nacional, en el periodo 1996-2012 se observó una disminución importante en el número de personas ocupadas en situación de pobreza extrema, de 42,0% en 1996 a 19,7% en 2012 (Gráfico 15). En este último año, el área rural presenta el mayor porcentaje de población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema (40,2%), mientras que el área urbana reporta un indicador mucho menor, 8,0%.

En todo el periodo analizado, las mujeres se encuentran en situación de desventaja. De las mujeres ocupadas en el 2012, el 20,9% eran pobres extremas, en tanto que el 18,7% de los hombres ocupados tenían ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema (Gráfico 16).

GRÁFICO 14

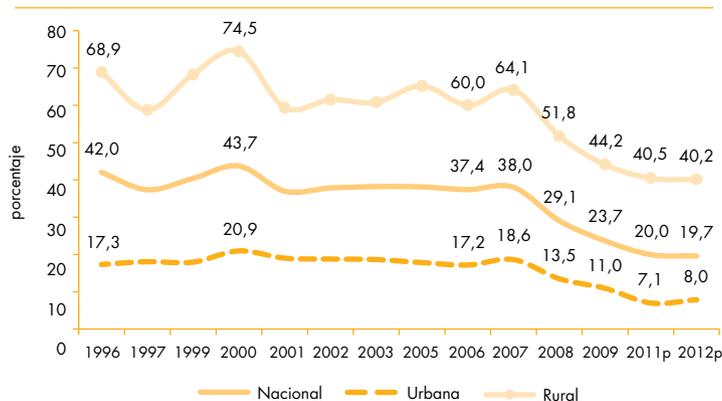
Evolución de la relación empleo-población según CEL



Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, 1996-2012p; p: preliminar

GRÁFICO 15

Evolución de la población ocupada pobre extrema según área de residencia



Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, 1996-2012p; p: preliminar

GRÁFICO 16

Evolución de la población ocupada pobre extrema según sexo



Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, INE, 1996-2012p; p: preliminar

12 El indicador Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema contabiliza cuántas personas ocupadas poseen ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema.

Según condición étnico-lingüística, en el año 2012 aproximadamente el 33,2% de la población clasificada como indígena se encontraba ocupada y poseía ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema. Por el otro lado, el 7,7% de la población no indígena ocupada corresponde a pobres extremos (Gráfico 17).

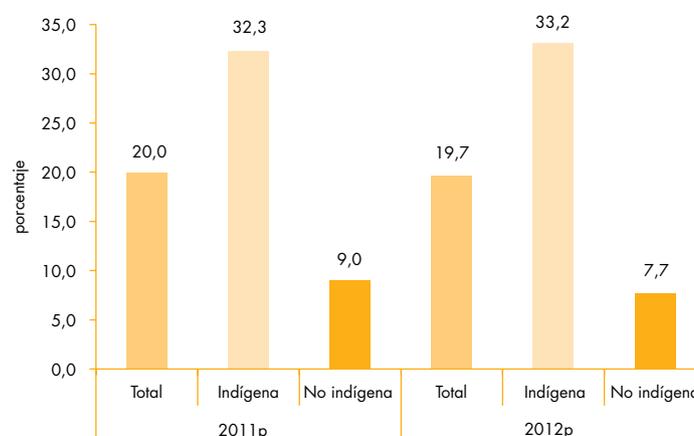
PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA QUE TRABAJA POR CUENTA PROPIA O EN UNA EMPRESA FAMILIAR¹³

Continúa disminuyendo la población con empleo vulnerable.

En los últimos quince años, el porcentaje de la población total ocupada que trabaja como cuenta propia o trabajador familiar ha ido disminuyendo sostenidamente (Gráfico 18). En el año 2012, de cada 10 personas ocupadas, alrededor de 5 trabajaban por cuenta propia o en una empresa familiar, considerados empleos vulnerables por la OIT, dado que los mismos no gozan de un salario seguro y no poseen protección social (pensiones), entre otros aspectos.

GRÁFICO 17

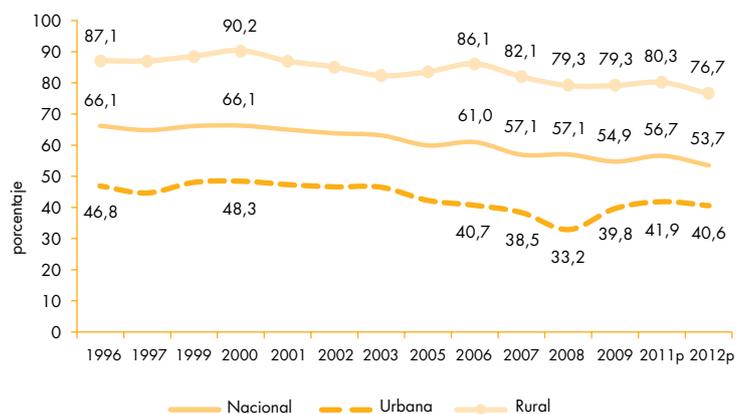
Evolución de la población ocupada pobre extrema según CEL



Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, INE, 1996-2012p; p: preliminar

GRÁFICO 18

Evolución de la población ocupada como cuenta propia o trabajador familiar por quintil de ingreso



Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, INE, 1996-2012p; p: preliminar

13 El indicador utilizado para hacer seguimiento es Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o en una empresa familiar.

Según área de residencia, en el año 2012, el 40,6% de la población ocupada en el área urbana trabajaba como cuenta propia o como trabajadores familiares, mientras que en el área rural, el 76,7% de las personas trabajaban en este tipo de empleos.

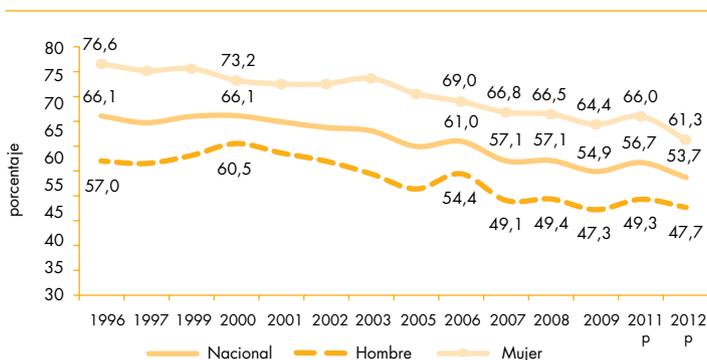
Asimismo, el 61,3% de las mujeres ocupadas trabajaba como cuenta propia o como trabajador familiar, en cambio, del total de hombres sólo el 47,7% se encontraba en esta condición de actividad (Gráfico 19).

Las desigualdades existentes también se observan por nivel de ingreso. Así, el año 2012, del 20% de los hogares más pobres (primer quintil) el 89,1% de los ocupados trabajaba en empleos vulnerables, mientras que en el 20% de los hogares más ricos (quinto quintil), apenas el 35,1% de los ocupados se encontraban en la misma situación (Cuadro 5).

En el mismo año, el 69,8% de la población indígena ocupada estaba clasificada como cuenta propia o trabajador familiar; en tanto que el 39,5% de los no indígenas estaba clasificado en una de estas dos categorías de empleo consideradas como vulnerables (Gráfico 20).

GRÁFICO 19

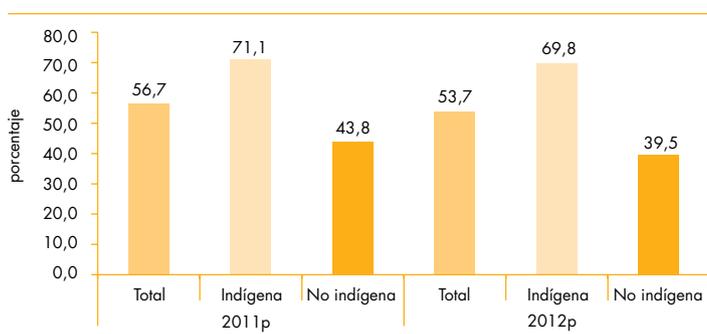
Evolución de la población ocupada como cuenta propia o trabajador familiar según sexo



Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, 1996-2012p; p: preliminar

GRÁFICO 20

Evolución de la población ocupada como cuenta propia o trabajador familiar según CEL



Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, 1996-2012p; p: preliminar

CUADRO 5

Evolución de la población ocupada como cuenta propia o trabajador familiar según sexo (porcentaje)

Detalle	1996	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2011p	2012p
Nacional	66,1	64,7	66,0	66,1	64,9	63,7	63,1	60,0	61,0	57,1	57,1	54,9	56,7	53,7
1er quintil (más pobre)	96,5	95,3	97,2	99,3	97,1	93,7	93,7	95,2	97,0	93,2	90,4	90,2	91,4	89,1
2º quintil	81,4	77,5	80,4	83,0	76,6	75,4	72,4	70,8	76,1	71,5	69,8	68,0	66,4	61,4
3er quintil	59,9	61,2	62,3	59,0	62,3	62,7	59,6	53,2	57,9	50,7	47,3	52,2	50,9	48,1
4º quintil	49,5	50,7	49,2	52,1	51,4	50,7	51,7	43,1	43,0	41,1	45,6	40,1	42,6	42,3
5º quintil (más rico)	39,2	38,6	40,1	38,3	39,6	38,6	38,6	35,9	30,9	29,2	35,5	32,3	37,7	35,1

Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, INE, 1996-2012p; p: preliminar

Meta 1C

Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre



Indicadores	Línea base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1. Porcentaje de niños menores de 3 años con desnutrición crónica (baja talla para la edad)	41,7 (1989)	18,5 (2012)*	21,0	Cumplida
2. Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global (bajo peso para la edad)	8,3 (1989)**	3,6 (2012)*	4,1	Cumplida

*Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012, UDAPE y MSD.

**Estimación para niños entre 3 y 35 meses, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1989 no contiene información para el tramo etéreo de 3 a 59 meses.

A diferencia de la información presentada en informes anteriores, en el presente informe se han adecuados los indicadores de desnutrición crónica y global al nuevo patrón de crecimiento infantil difundido por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁴, que es resultado de un estudio multicéntrico con 8.440 niños saludables de Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y Estados Unidos con un seguimiento longitudinal desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad y un estudio transversal de los niños entre 18 y 71 meses. En este sentido, también se ajustaron las metas definidas por el Programa Multisectorial Desnutrición Cero, dependiente del Ministerio de Salud y Deportes (MSD).

Estos nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS ratifican que si todas las niñas y todos los niños de cualquier parte del Planeta reciben cuidados y atención óptimos desde el nacimiento, tienen el mismo potencial de crecimiento.

PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA

La meta de disminuir la desnutrición crónica fue alcanzada, sin embargo la reducción de las brechas entre área urbana-rural, departamentos y nivel de riqueza aún es un reto pendiente.

El tema de nutrición es central en el programa de desarrollo del país. En el mismo, se proponen medidas que combaten la desnutrición en el periodo más importante de la vida de un ser humano, que comprende desde la concepción hasta la edad de dos años. El apoyo y fomento a la lactancia

14 Los datos de prevalencia de desnutrición presentados en el *Sexto informe de progreso de los ODM* (2010) fueron calculados utilizando un patrón tipo establecido como población de referencia por el Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC).

materna, alimentación complementaria, fortificación de alimentos, suplementación con micronutrientes y las Unidades de Nutrición Integral se encuentran entre las estrategias implementadas para erradicar la desnutrición en el país.

Estas acciones se ven reflejadas en la reducción del porcentaje de población menor de tres años con desnutrición crónica de 41,7% en el año 1989 a 18,5%¹⁵ en el año 2012, siendo el área rural la que presenta el mayor nivel de desnutrición con 25,9% de niños desnutridos en el año 2012 (Gráfico 21).

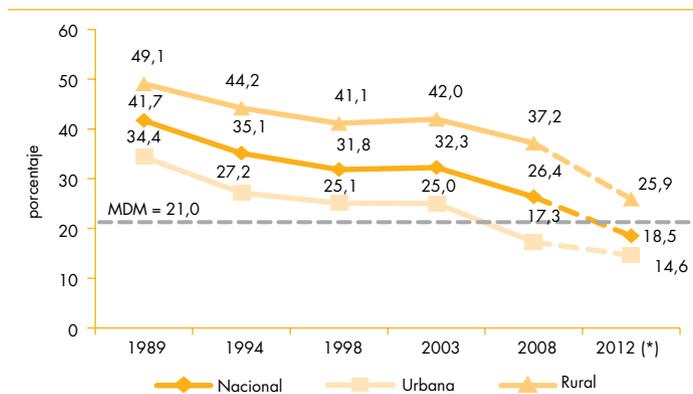
Por nivel de riqueza, la prevalencia de la desnutrición crónica en menores de tres años el año 2012 muestra brechas importantes entre el grupo más pobre y el grupo de mayores ingresos. La brecha entre ambos grupos es de 26,2 puntos porcentuales (Gráfico 22).

A nivel departamental, en el año 2003, Santa Cruz habría cumplido la MDM. En el año 2008, los departamentos de Beni (19,7%), Tarija (13,9) y Pando (15,0%) se habrían sumado al grupo de departamentos que habrían alcanzado con anterioridad la meta del año 2015 (Gráfico 23). Los departamentos de Potosí (42,5%), Oruro (35,3%) y Chuquisaca (34,1%) son los que presentan mayores brechas respecto a la MDM.

15 Dato que proviene de la Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012 que fue realizada por la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) y el Ministerio de Salud y Deportes sobre una muestra representativa de hogares con mujeres en edad reproductiva (14-19 años), niñas y niños menores de cinco años en todo el país.

GRÁFICO 21

Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de tres años según área geográfica, 1989-2012

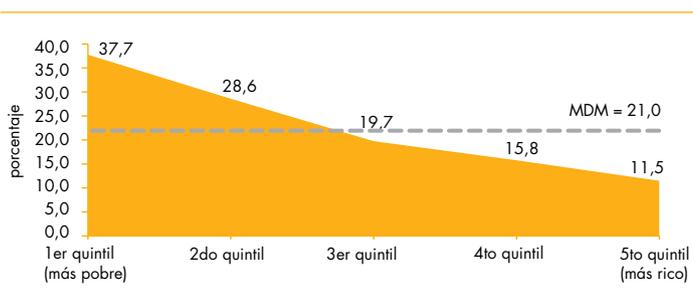


Fuente: UDAPE con datos de la ENDSA 1989, 1994, 1998, 2003 y 2008 y Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012.

(*) Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición, 2012, UDAPE y MSD.

GRÁFICO 22

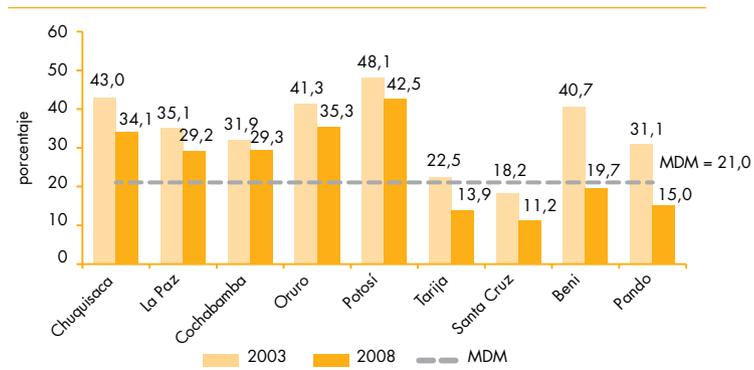
Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de tres años según quintil de riqueza, 2012



Fuente: En base a Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012, UDAPE y MSD.

GRÁFICO 23

Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de tres años según departamento, 2003-2008



Fuente: UDAPE con datos de la ENDSA 2003 y 2008

PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN GLOBAL (BAJO PESO PARA LA EDAD)

Disminuye el número de niños y niñas con desnutrición global.

La desnutrición global en menores de 5 años, al igual que la desnutrición crónica, ha tenido un comportamiento descendente, excepto el año 1994 cuando se registra un ascenso¹⁶. Entre 1998 y 2012, se registró una reducción del indicador de 5,5% a 3,6% (Gráfico 24).

Según área de residencia, se advierte una disminución notable de la brecha entre área urbana y rural. En 2012, el porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición global en el área rural fue 2,2 puntos porcentuales mayor que en el área urbana (2,8%).

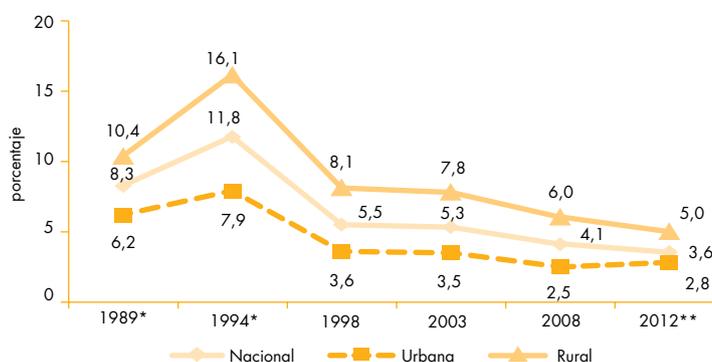
Según quintiles de riqueza, el año 2012 la brecha en el nivel de desnutrición global en niños menores de cinco años entre el grupo más pobre y el grupo más rico es de 5,4 puntos porcentuales (Gráfico 25).

A nivel departamental, Tarija, Santa Cruz y Oruro ya habrían alcanzado la meta en el año 2003; sin embargo, al 2008 este último departamento registra un incremento en la desnutrición global de 3,7% en 2003 a 7,3% en 2008. Para 2008, los departamentos de La Paz, Beni y Pando, se sumaron a aquellos que habrían alcanzado la MDM en 2003 (Gráfico 26).

¹⁶ Este comportamiento no tiene una explicación técnica, por lo que podría tratarse de una mejora en la recolección de información.

GRÁFICO 24

Prevalencia de la desnutrición global en menores de cinco años según área geográfica, 1989-2012**



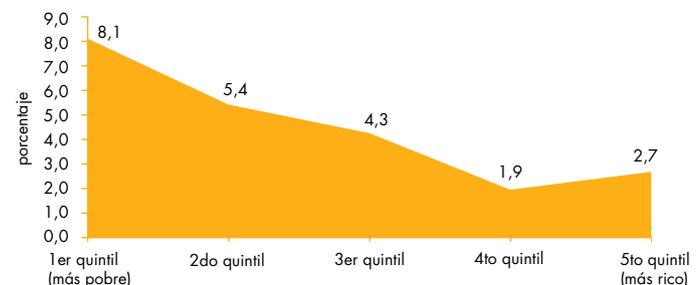
Fuente: UDAPE con datos de la ENDSA 1989, 1994, 1998, 2003 y 2008 y Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012.

* Debido a disponibilidad de datos, los años 1989 y 1994 corresponden a niños de 3-35 meses.

** Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012, UDAPE y MSD.

GRÁFICO 25

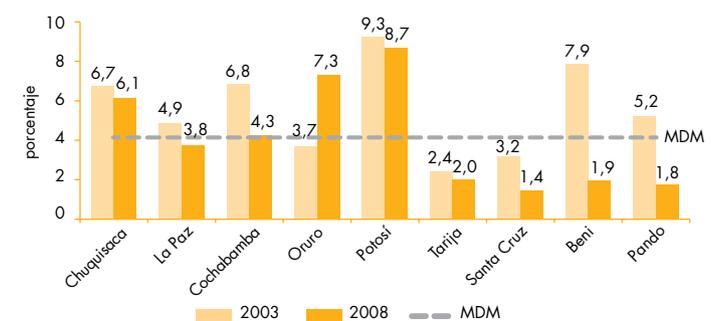
Prevalencia de la desnutrición global en menores de cinco años según quintil de riqueza, 2012



Fuente: Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012, UDAPE y MSD.

GRÁFICO 26

Prevalencia de la desnutrición global en menores de cinco años según departamento, 2003-2008



Fuente: UDAPE con datos de la ENDSA 2003 y 2008

PRINCIPALES ACCIONES DEL OBJETIVO 1

Las políticas económicas del país han generado mayor crecimiento del PIB para incidir en mejoras en los niveles de ocupación, en la disminución de la tasa de desempleo abierto y en la mejora parcial de los ingresos de los ocupados en sectores con incremento en su producción.

En los últimos años, se ha ido mejorando anualmente el poder adquisitivo de los salarios por efectos de la inflación.

Se han transferido recursos a los hogares más vulnerables para luchar contra la pobreza mediante la Renta Dignidad, el Bono Juancito Pinto y el Bono Juana Azurduy.

En cuanto a la nutrición, las acciones que se han venido implementando, en especial para menores de cinco años y mujeres gestantes, son:

- Programa Multisectorial Desnutrición Cero-PMDC: Mediante la alianza entre ministerios sociales y productivos, se busca implementar acciones integrales en los municipios más vulnerables a la inseguridad alimentaria del país.
- Fomento, apoyo y protección a la lactancia materna, mediante la aprobación de la Ley 3460 de fomento a la lactancia materna y comercialización de sus sucedáneos, la iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y la Niñez, que promueve una lactancia materna exitosa y la implementación del primer Banco de Leche Materna, que busca promover y fomentar la lactancia materna a través de la pasteurización de la leche materna recolectada de madres con excesiva producción.
- Estrategia de Alimentos Complementarios, que busca complementar la lactancia materna prolongada hasta los 2 años y la alimentación complementaria propiamente dicha que reciben los niños y niñas en sus hogares con el fin de prevenir las carencias nutricionales. En ese sentido, el MSD, a través de la Unidad de Nutrición, desarrolló la fórmula del alimento complementario (Nutribebé, Bebe Churo y Sanito, Wawamanq'aña, Dinobebé, entre otros), que en la actualidad es adquirida por los gobiernos municipales, a partir del D.S. 28421, para beneficio de la niñez. El porcentaje de municipios que compraron este alimento fue de 84% en 2008, de 81% en 2009, de 90% en 2010, de 93 en 2011 y de 94% en 2012.
- Estrategia de suplementación con micronutrientes, que contribuye a la disminución de la deficiencia de micronutrientes (principalmente vitamina A y hierro) en mujeres embarazadas, puérperas y niñas y niños menores de 5 años a través de la entrega universal de suplementos con micronutrientes (vitamina A, chispitas nutricionales y otros suplementos de hierro).
- Estrategia de fortificación de alimentos, que contribuye a la disminución de la deficiencia de micronutrientes en Bolivia mediante la fortificación de alimentos de consumo masivo como la harina de trigo con hierro, la sal con yodo y el aceite vegetal con vitamina A.
- Unidades Nutricionales Integrales, cuyo objetivo es coadyuvar en la mejora del estado nutricional de las personas, familias y comunidades, poniendo énfasis en menores de dos años, mujeres embarazadas y puérperas a través de la implementación de las estrategias de alimentación y nutrición a nivel local, municipal y departamental.
- El Bono Juana Azurduy, mediante una transferencia monetaria, incentiva el uso de los servicios del SUMI relacionados con la salud de la madre y el niño, con la finalidad de coadyuvar a la reducción de la mortalidad materna-infantil y reducir la desnutrición crónica en menores de dos años.

E MB S NA E MB S NA E MB S NA

Wilber

E MB S NA





OBJETIVO 2

Lograr la
enseñanza
primaria
universal

Meta 2A

Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria



Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1 Tasa de cobertura neta del nivel primario	94,1 (2000)	82,2 (2011)	100,0	17,8
2 Tasa de término a 6° de primaria	69,1 (1992)	90,0 (2011)	100,0	10,0
3 Tasa de alfabetismo de la población de 15 a 24 años	97,4 (1997)	99,5 (2012)	100,0	0,5

La educación en Bolivia tiene como objetivo la formación integral de las personas y el fortalecimiento de la conciencia social crítica en y para la vida, con participación de todos los sectores de la sociedad. Con plena libertad de conciencia, se podrá fortalecer la identidad de todos. El sistema educativo busca complementar los saberes y conocimientos universales con aquellos inherentes a las diferentes cosmovisiones de las culturas propias de todos los bolivianos. La educación es unitaria, pública, universal, democrática, participativa, comunitaria, descolonizadora, de calidad, intracultural, intercultural y plurilingüe, debiendo fomentar la igualdad de género, la no violencia y el respeto a los derechos humanos.

Esta concepción integral y holística de la educación la convierte en formadora y liberadora del ser humano, trascendiendo aquella que la restringía a ser creadora de capital humano en pos del crecimiento económico.

TASA DE COBERTURA NETA DEL NIVEL PRIMARIO¹⁷

Bolivia está en procura de la universalización de la educación primaria.

La tasa de cobertura neta¹⁸ del nivel primario es un indicador de acceso de los niños al sistema educativo; permite medir los avances hacia la universalización de la educación primaria. Entre 2000 y 2005, la tasa de cobertura neta no se ha modificado considerablemente, hecho que tendría su origen en el estancamiento del gasto en educación respecto del

¹⁷ De acuerdo a lo establecido en la Ley N° 070 de 20 de diciembre de 2010, de la Educación "Avelino Siñani-Elizardo Pérez", el Nivel Primario pasa a denominarse Educación Primaria Comunitaria Vocacional, reduciendo su duración de 8 a 6 años. En consecuencia, para ajustarse a lo establecido en dicha Ley, en el presente informe se hicieron los ajustes pertinentes en los indicadores de cobertura neta y tasa de término, de tal forma que no coincidirán con los reportados en el informe previo.

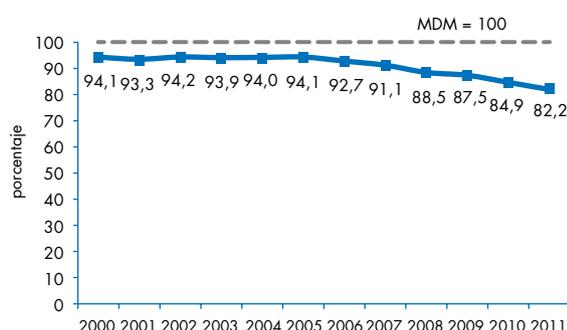
¹⁸ Es el cociente de alumnos inscritos en los seis grados de primaria y que tienen la edad para pertenecer a este nivel (6 a 11 años) respecto de la población total que está en ese rango de edad.

PIB¹⁹, en la falta de una dirección estratégica en el ámbito educativo y, principalmente, en deficiencias en el registro de la información²⁰ (Gráfico 27). Entre 2006 y 2011, la cobertura neta en primaria aparentemente habría disminuido en 10,5 puntos porcentuales; sin embargo, esta aparente disminución respondería a la implementación y paulatina consolidación del Registro Único de Estudiantes (RUDE), que fue posibilitando mejorar la calidad y precisión de la información recopilada en todas las unidades educativas del país²¹ y a una sobreestimación del denominador del indicador²² (población de 6 a 11 años).

En el año 2011, se inscribieron en primaria 1.227.486 niños entre 6 y 11 años, de un total estimado en 1.492.547 niños para ese rango de edad (Gráfico 28), lo que significaría que los restantes 265.061 estaban inscritos en otro nivel de educación o fuera del sistema. Para el 2015, el sector educación ha previsto que la cobertura neta alcanzaría a 90%. Esto supondría una incorporación masiva de niños traducida en un incremento de la tasa de cobertura neta de primaria de 7,8 puntos respecto de 2011. La diferencia entre el estimado total de población entre 6 y 11 años de edad y los efectivamente inscritos en primaria en ese rango de edad se reduciría a 153.100²³.

GRÁFICO 27

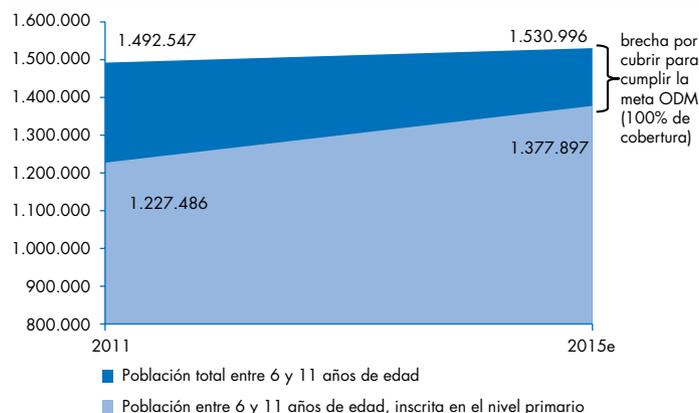
Tasa de cobertura neta del nivel primario, 2000-2011



Fuente: Sistema de Información Educativa del Ministerio de Educación (SIE-ME).

GRÁFICO 28

Número de alumnos inscritos en la edad correspondiente al nivel primario y estimaciones al 2015



Fuente: SIE-ME e Instituto Nacional de Estadística (INE)
e: estimado

19 El gasto en educación respecto del PIB entre 2001 y 2005 fue de 6,3% y 6,7% respectivamente.

20 Antes de la implementación del Registro Único de Estudiantes-RUDE, la información educativa se obtenía en base a los reportes de los Directores de las Unidades Educativas, que carecían de mecanismos de verificación para evitar la posibilidad del registro de estudiantes en más de una unidad educativa. Este hecho habría propiciado que el numerador de la tasa de cobertura neta fuera mayor al valor real.

21 El RUDE recoge información sobre diferentes aspectos socioeconómicos de los estudiantes en todas las unidades educativas del país. Es un censo realizado mediante un formulario llenado por los padres o tutores en el momento de la inscripción del niño, cuyo contenido brinda elementos para orientar la política educativa.

22 Para los años posteriores a 2001, el dato del denominador de la tasa de cobertura neta del nivel primario se obtiene necesariamente a partir de estimaciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística basadas en los datos del Censo 2001, cuyos parámetros en los que se basan las proyecciones: tasas de natalidad, mortalidad y migración neta, podrían no corresponder a su comportamiento real. La precisión de las estimaciones se evaluará con los resultados del Censo 2012.

23 Si el Censo 2012 estableciera que el número de niños realmente existentes entre 6 y 11 años es menor al estimado por el INE, la diferencia sería mucho menor, permitiendo una aproximación mayor a la meta establecida.

Los departamentos de Pando (91,7%), Oruro (87,9%) y Cochabamba (87,9%) registran los mayores niveles de cobertura neta en primaria y, por ende, son los más cercanos de alcanzar la MDM (Gráfico 29); en tanto, Chuquisaca (77,2%), Tarija (76,6%) y Santa Cruz (78,2%) requerirían mayores esfuerzos, puesto que presentan tasas de coberturas más bajas.

El análisis por sexo revela que no existen marcadas diferencias entre varones y mujeres en el promedio nacional. Más aún, hasta el 2008, la tasa de cobertura neta de las mujeres es ligeramente superior a la de los varones y, a partir de 2009, dichas tasas son prácticamente iguales²⁴ (Gráfico 30).

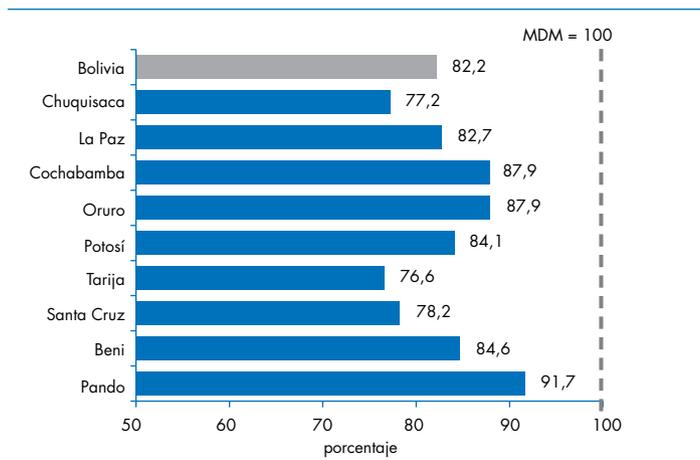
TASA DE TÉRMINO A 6° DE PRIMARIA²⁵

Más niñas y niños culminan el nivel primario.

Para lograr la universalización de la educación primaria, es importante, además de incrementar las tasas de acceso a la escuela (cobertura), garantizar que los niños que ingresan al sistema educativo lo culminen. Entre 2006 y 2011, la tasa de término a 6° de primaria²⁶ subió en 1,7 puntos porcentuales (Gráfico 31).

GRÁFICO 29

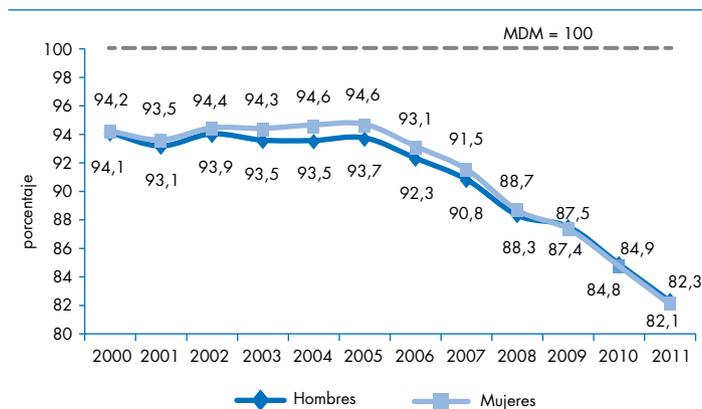
Tasa de cobertura neta de primaria por departamento, 2011



Fuente: SIE-ME.

GRÁFICO 30

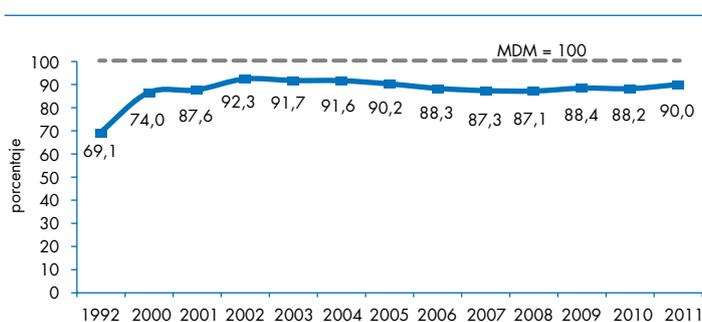
Tasa de cobertura neta de primaria por sexo, 2000-2011



Fuente: SIE-ME.

GRÁFICO 31

Evolución de la tasa de término a 6° de primaria, 1992-2011



Fuente: SIE-ME.

24 La tasa de cobertura neta utiliza como denominador las estimaciones de población del INE y debido a que dichas estimaciones no permiten desagregaciones por área geográfica, condición étnica y quintiles de ingreso, el indicador no puede reportar resultados a estos niveles de clasificación.

25 Este indicador fue también ajustado de acuerdo a lo que señala la Ley de la Educación "Avelino Siñani- Elizardo Pérez".

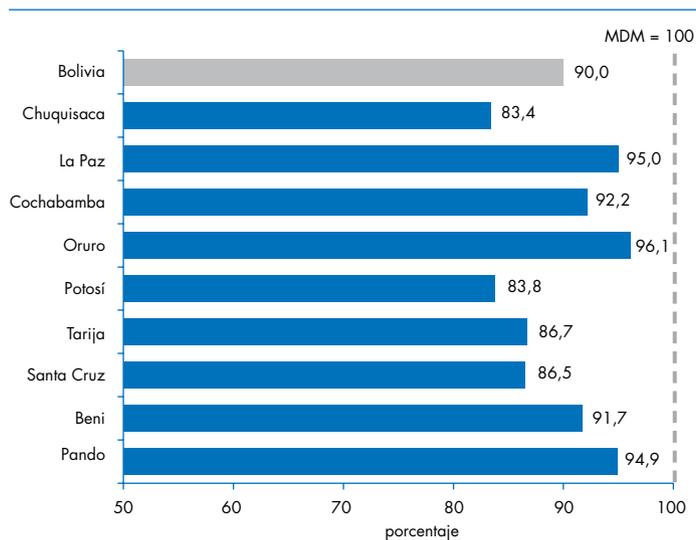
26 La tasa de término a 6° primaria se define como el cociente entre los alumnos promovidos de 6° de primaria y la población de 11 años de edad, que es la edad oficial para asistir a este grado.

A nivel departamental (Gráfico 32), Oruro (96,1%), La Paz (95,0%) y Pando (95,0%) están más cerca de alcanzar la MDM. En el otro extremo, Santa Cruz (86,5%), Tarija (86,7%), Potosí (83,8%) y Chuquisaca (83,4%) requerirán mayor atención para alcanzar la meta al año 2015.

Según sexo, hasta el año 2004 los hombres presentaban tasas de término a 6° de primaria más altas que las mujeres. A partir de 2005, la situación se invierte siendo las mujeres las que logran los mayores niveles de permanencia en el nivel primario (Gráfico 33). En 2011, la brecha por sexo en la tasa de término a 6° de primaria es favorable a las mujeres en 1,2 puntos porcentuales.

GRÁFICO 32

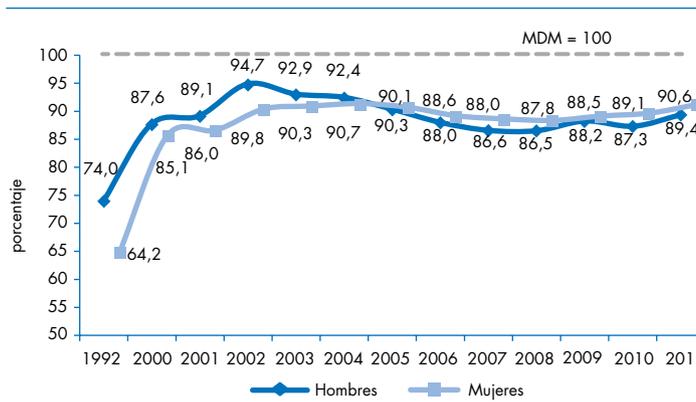
Tasa de término a 6° de primaria según departamento, 2011



Fuente: SIE-ME.

GRÁFICO 33

Tasa de término a 6° de primaria según sexo, 1992-2011



Fuente: SIE-ME.

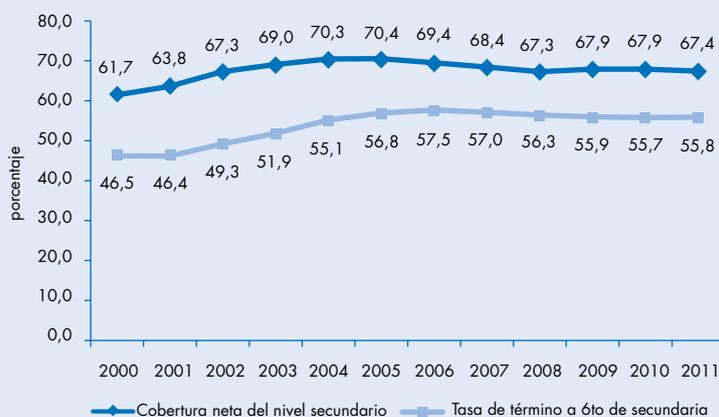
Recuadro 2:

Hacia la universalización de la educación secundaria

Para la erradicación de la extrema pobreza, universalizar la educación primaria no es suficiente, pues el incremento del capital humano necesario para lograr la erradicación de la extrema pobreza pasa por universalizar también, entre otros, la educación secundaria.

Además de las acciones orientadas a la universalización de la primaria, en el país se han realizado también esfuerzos para mejorar las tasas de cobertura y término de la secundaria.

Cobertura neta y tasa de término del nivel secundario, 2000-2011



Fuente: SIE-ME

Ambos indicadores, cobertura neta y tasa de término del nivel secundario, están por debajo de los correspondientes al nivel primario. Entre 2000 y 2011, la cobertura neta de secundaria creció en 5,7 puntos, en tanto que la tasa de término, en 9,3 puntos. A partir del 2007, el aparente estancamiento tendría su origen en la implementación del nuevo sistema de información (RUDE), que permitió mejorar la calidad de la información de alumnos del sistema educativo.

Los datos observados reflejan que es necesario dirigir mayores esfuerzos para mejorar la inscripción y la permanencia de los jóvenes en el nivel secundario, teniendo en cuenta que la extensión de la escolaridad secundaria es socialmente más rentable que compensar posteriormente la falta de educación con programas de capacitación para adultos.

TASA DE ALFABETISMO DE LA POBLACIÓN DE 15 A 24 AÑOS

El analfabetismo en la población joven prácticamente fue erradicado.

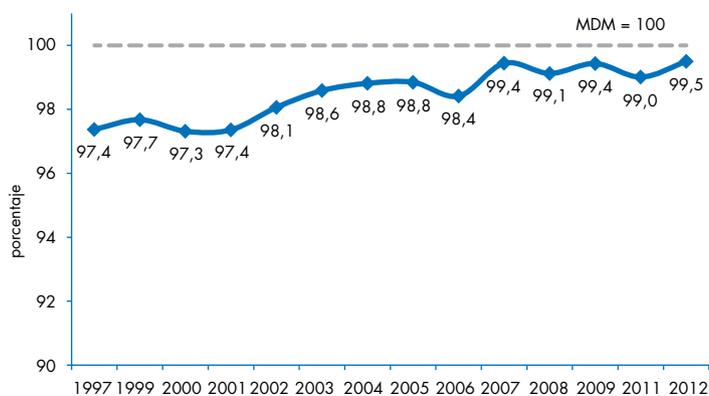
La tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años²⁷ es uno de los indicadores internacionalmente utilizados para hacer seguimiento al objetivo de educación primaria universal. Refleja los resultados más inmediatos de la educación primaria en términos de haber logrado la aprehensión de capacidades básicas como son la lectura y la escritura.

La tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años entre 1997 y 2012 presenta una tendencia creciente con un incremento neto de 2,1 puntos porcentuales. El valor alcanzado en 2012 (99,5%) indica que prácticamente se habría cumplido la MDM (Gráfico 34).

La diferencia entre la tasa de alfabetismo de la población rural y urbana entre 15 y 24 años fue disminuyendo en el periodo de referencia (Gráfico 35), llegando a 0,5 puntos porcentuales en 2012. En el caso de la población joven urbana, el incremento fue de 0,5 puntos entre 1997 y 2011 mientras que en el área rural el crecimiento de la tasa de alfabetización joven fue de 5,7 puntos, lo que permitió cerrar la brecha históricamente desfavorable a los jóvenes del área rural.

GRÁFICO 34

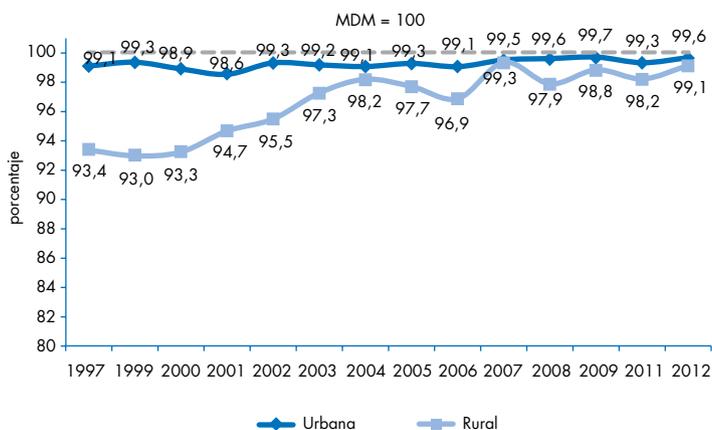
Tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años, 1997-2012



Fuente: Elaborado en base a Encuestas de Hogares-INE

GRÁFICO 35

Tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años según área geográfica, 1997-2012



Fuente: Elaborado en base a Encuestas de Hogares-INE.

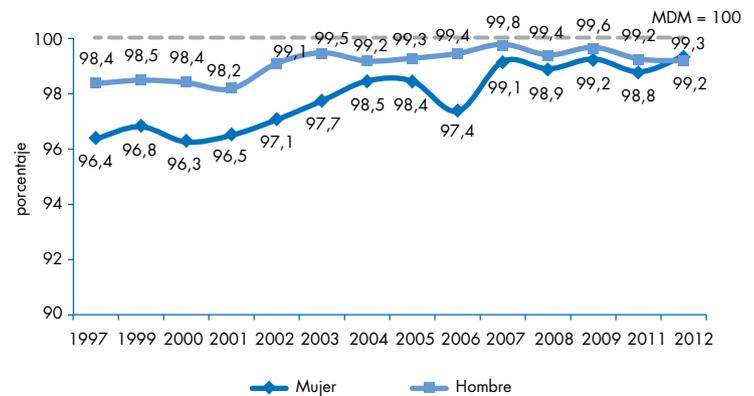
27 La tasa de alfabetismo de la población de 15 a 24 años o tasa de alfabetismo de jóvenes se define como el porcentaje de población entre 15 y 24 años de edad que sabe leer y escribir.

De la misma manera, en el 2012 prácticamente no existían disparidades de género, lo que representa un avance sustancial hacia la MDM; la brecha entre la tasa de alfabetismo joven de los hombres respecto de las mujeres se redujo de 2,0% en 1997 a -0,1% en 2012 (Gráfico 36).

Asimismo, prácticamente no hay brecha entre la población joven indígena y no indígena; en 2012 esta brecha llegó a 0,7% (Gráfico 37), considerablemente pequeña, más aún si se compara con aquellas registradas en décadas anteriores²⁸. Este hecho refleja que la condición étnico-lingüística²⁹ habría perdido su carácter discriminador en la alfabetización.

GRÁFICO 36

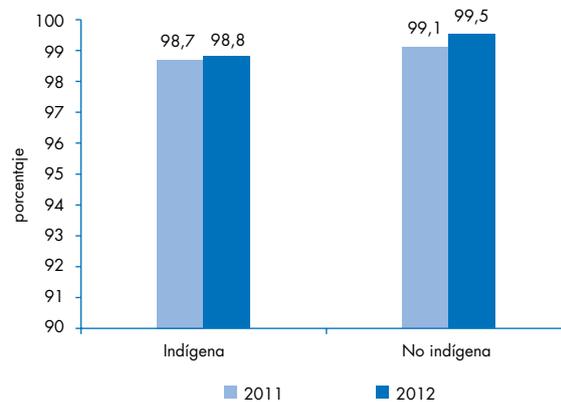
Tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años según sexo, 1997-2012



Fuente: Elaborado en base a Encuestas de Hogares-INE.

GRÁFICO 37

Tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años por CEL, 2011-2012



Fuente: Elaborado en base a Encuestas de Hogares-INE.

28 En 1997, la tasa de analfabetismo de la población indígena entre 15 y 24 años era mayor a la de la población no indígena en 4,1 puntos porcentuales.

29 Para la realización de los informes de progreso de los ODM en Bolivia, entre 1996 y 1997, se utilizó el "idioma que aprendió a hablar" para la definición de indígena; entre 1999 a 2012, se utiliza la definición condición étnico-lingüística (CEL).

PRINCIPALES ACCIONES DEL OBJETIVO 2

El Ministerio de Educación incrementó el número de ítems para maestros del nivel primario de 75.475 en 2006 a 82.328 en 2012. Además, mejoró los ingresos de los maestros de la educación pública, a través de un incremento salarial acumulado de 68% entre 2006 y 2013.

Los progresos en la calidad del proceso educativo se materializaron en acciones formativas para 61.993 docentes de los tres niveles educativos, equivalentes al 47% de los 131.484 existentes en el Sistema de Educación Plurinacional.

En cuanto a los docentes formados en una Escuela Superior (normalistas), entre los años

2006 y 2012, la tasa de docentes normalistas en primaria subió en 10 puntos porcentuales, llegando al 92% siendo el área rural la de mayor incremento.

La implementación del Bono Juancito Pinto ha permitido mejorar los indicadores de cobertura neta y tasa de término, relacionados a las MDM. Entre los años 2006 y 2012, los beneficiarios aumentaron de 62% a 100% de los niños cursantes de primaria³⁰.

Se reforzó la alimentación y nutrición de los niños mediante el aumento de alimentación escolar complementaria, y en algunos casos con la provisión de transporte escolar por parte de los municipios. También, mediante convenios con Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales, se efectuaron proyectos de mejoramiento en infraestructura y equipamiento de los establecimientos educativos.

³⁰ La proporción señalada se calcula en referencia a los niños que estudian en unidades educativas públicas y de convenio únicamente, por ser los legalmente beneficiados.



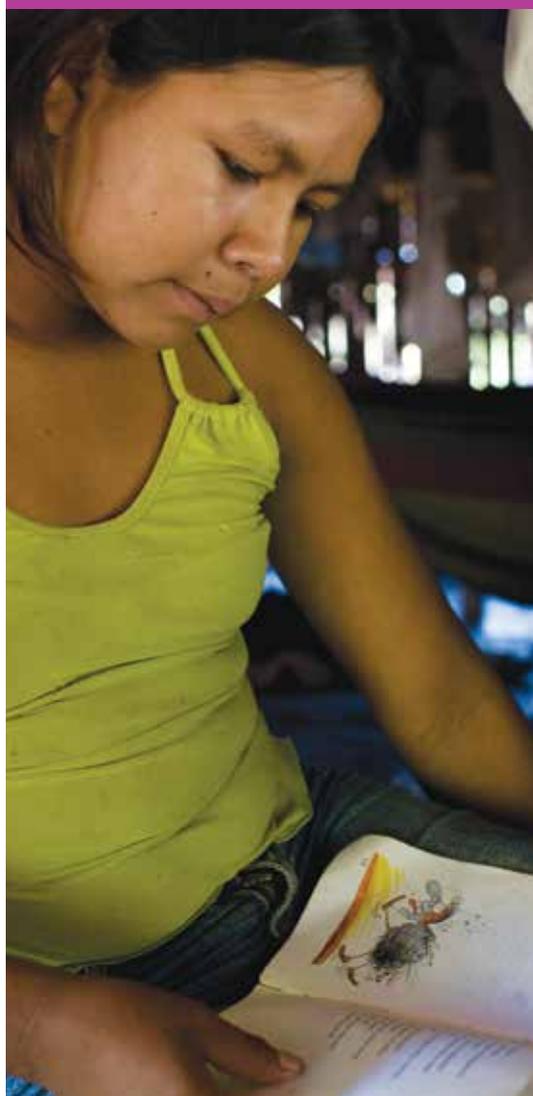


OBJETIVO 3

Promover la
equidad de
género y la
autonomía de
la mujer

Meta 3A

Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de enseñanza no más tarde de 2015



Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1. Brecha de género en la tasa de término a 6° de primaria	9,7 (1992)	-1,2 (2011)	0,0	1,2
2. Brecha de género en la tasa de término a 6° de secundaria	3,2 (1992)	-5,3 (2011)	0,0	5,3
3. Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años	0,98 (1997)	1,00 (2012)	1,0	0,0
4. Proporción de mujeres en empleo remunerado en el sector no agrícola	31,3 (1999)	36,4 (2012p)	-	-
5. Proporción de mujeres en el Parlamento Nacional	-	23,0 (2009)	-	-
6. Proporción de mujeres en concejos municipales	19,0 (2004)	43,0 (2010)	-	-

p: preliminar

El empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género en la educación, el empleo y la participación política son aspectos fundamentales que hacen al cumplimiento de los ODM, ya que cualquier forma de discriminación de género niega los derechos humanos y obstruye el desarrollo humano (PNUD, 2002).

La Constitución Política del Estado establece como uno de los fines y funciones esenciales del Estado la construcción de una sociedad justa y armoniosa, cimentada en la descolonización sin discriminación ni explotación, con plena justicia social (Artículo 9). Por otro lado, garantiza el acceso de las personas a la educación, la salud y el trabajo (Artículo 9). La educación incorpora valores de equidad de género, la no diferenciación de roles, la no violencia y la vigencia plena de los derechos humanos (Artículo 79).

BRECHA DE GÉNERO EN LA TASA DE TÉRMINO A 6° DE PRIMARIA³¹

Mayor proporción de mujeres culminan el nivel primario.

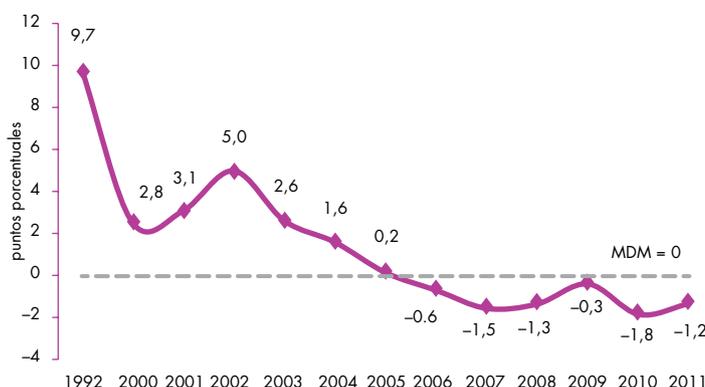
En Bolivia, la brecha de género en la tasa de término a 6° de primaria³² durante el periodo 1992-2011 se redujo sustancialmente, pasando de una diferencia a favor de los hombres de 9,7% en 1992 a -1,2% en 2011, a favor de las mujeres. En el periodo 1992-2005, la brecha disminuyó en 9,5 puntos porcentuales, mientras que entre los años 2005 a 2011 la disminución alcanzó los 1,4 puntos porcentuales (Gráfico 38). Esto se debe a que, a pesar de leves oscilaciones, la tasa de término a 6° de primaria del sexo masculino pasó de 90,3% en 2005 a 89,4% en 2011, en tanto que la tasa de término femenina subió ligeramente de 90,1% a 90,6% en el mismo periodo³³.

La tendencia del indicador muestra que las políticas implementadas para revertir la desventaja histórica de acceso y permanencia de las mujeres en la educación primaria han propiciado este avance.

En 2011, cinco de los nueve departamentos presentaron brechas en la tasa de término a 6° de primaria favorables a las mujeres (Gráfico 39). Oruro y Santa Cruz tuvieron las mayores diferencias: el promedio de culminación de estudios primarios de las mujeres fue superior al de los hombres en 5,3%, y 3,3%, respectivamente. En cambio, los dos departamentos donde la brecha favoreció a los hombres fueron Potosí (4,3%) y Pando (8,9%).

GRÁFICO 38

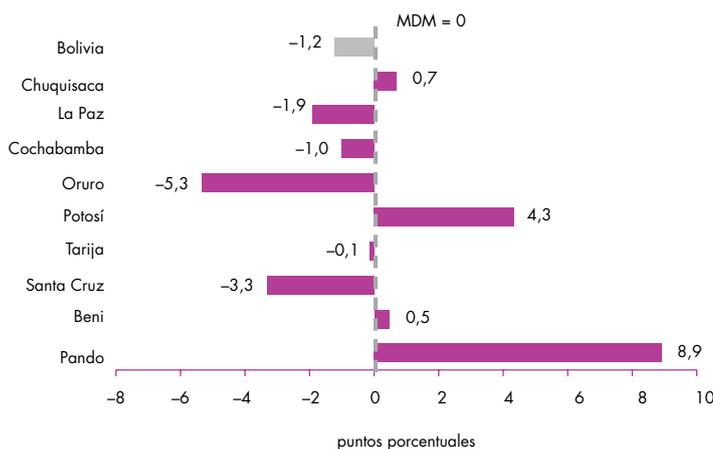
Brecha en la tasa de término a 6° de primaria, 1992-2011



Fuente: SIE-ME.

GRÁFICO 39

Brecha en la tasa de término a 6° de primaria según departamento, 2011



Fuente: SIE-ME.

El valor relativamente pequeño del promedio nacional de la brecha (-1,2%) permite considerar que es posible alcanzar la meta del ODM si se centran esfuerzos en algunos departamentos, ya que en cinco de ellos la asimetría es mayor al promedio nacional³⁴.

31 El presente análisis hace presentes las consideraciones metodológicas referidas a la sobreestimación de la población total tomada en cuenta para el cálculo de los indicadores, así como a la priorización en las políticas de mejoramiento de la oferta educativa, explicadas en el capítulo anterior.

32 Diferencia aritmética entre la tasa de término a 6° de primaria de hombres y la tasa de término a 6° de primaria de mujeres.

33 El Gráfico 33 del capítulo anterior muestra este detalle.

34 Dado que la tasa de término utiliza como denominador las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística, y debido a que dichas estimaciones no permiten desagregaciones por área geográfica, condición étnica y quintiles de ingreso, el indicador no puede reportar resultados a estos niveles de clasificación.

BRECHA DE GÉNERO EN LA TASA DE TÉRMINO A 6° DE SECUNDARIA³⁵

Las mujeres tienen mejores tasas de culminación de secundaria que los varones

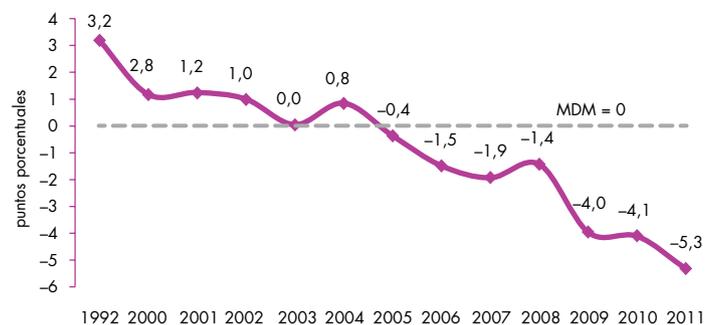
De forma similar a lo observado en la educación primaria durante el periodo de referencia, en la secundaria la brecha de género pasó de una diferencia de 3,2 puntos porcentuales favorable a los hombres a una de 5,3 puntos en favor de las mujeres (Gráfico 40). En el año 2005, la brecha estuvo cerca de desaparecer; sin embargo, a partir de ese año, las mujeres presentan mayor culminación del nivel secundario que los varones. Este comportamiento se explica porque la tasa de término a 6° de primaria del sexo masculino se incrementó en menor medida a la de las mujeres.

Pese a que hasta 2004, los varones mantuvieron ventaja en el acceso y permanencia a la educación secundaria, en este nivel, al igual que en el primario, de mantenerse la tendencia del indicador, es probable que no se cumpla la MDM, con la particularidad de que serían los hombres los que se encontrarían en desventaja respecto a las mujeres.

En 2011, de los nueve departamentos, ocho tuvieron brechas favorables a las mujeres (Gráfico 41). Los departamentos de Tarija (-8,8%), Oruro (-8,3%) y Santa Cruz (-8,0%) presentaron las mayores diferencias, mientras que Potosí mostró la menor (-1,9%). Por su parte, Pando es el único departamento que mantuvo una brecha a favor de los hombres (6,3%).

GRÁFICO 40

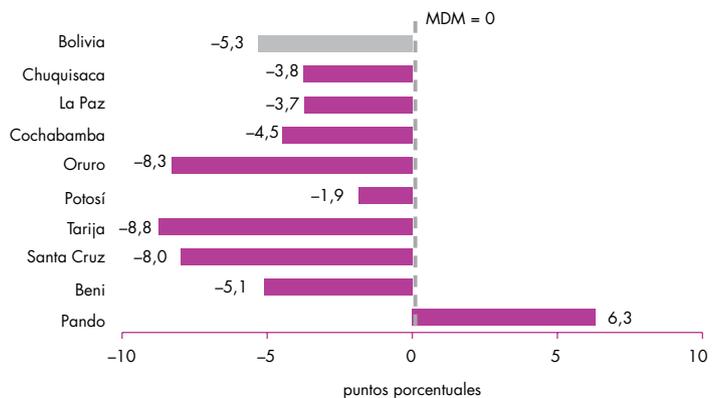
Brecha en la tasa de término a 6° de secundaria, 1992-2011



Fuente: SIE-ME

GRÁFICO 41

Brecha en la tasa de término a 6° de secundaria según departamento, 2010



Fuente: SIE-ME

En el último año de la serie, se observa una brecha de -5,3 puntos porcentuales para el promedio del país, con cuatro departamentos con valores superiores al nacional, lo que sugiere que se deben corregir ciertas políticas para alcanzar la MDM.

RATIO DE MUJERES A HOMBRES ALFABETOS EN LA POBLACIÓN DE 15 A 24 AÑOS

Los niveles de alfabetismo alcanzados por la población joven femenina son similares a la masculina.

Según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), a nivel mundial el 13,6% de las mujeres entre 15 y 24 años son analfabetas (UIS-UNESCO, 2010).

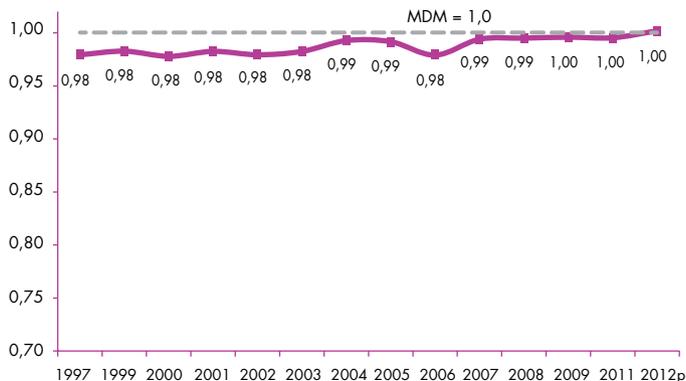
³⁵ La Ley de la Educación "Avelino Siñani-Elizardo Pérez" cambia la denominación del Nivel Secundario a Educación Secundaria Comunitaria Productiva, ampliando su duración de 4 a 6 años. En este sentido el 6° grado de Educación Secundaria Comunitaria Productiva es equivalente al 4° de Secundaria en el sistema anterior.

La brecha que en 1997 existía a favor de los hombres en la tasa de alfabetismo de la población de 15 a 24 fue prácticamente eliminada en 2012. En el año 1997, por cada 100 hombres jóvenes que sabían leer y escribir, 98 mujeres lo hacían³⁶, mientras que en el año 2012, este ratio prácticamente es uno (Gráfico 42).

Según área de residencia, históricamente el área urbana ha tenido un ratio de mujeres a hombres alfabetos entre 15 a 24 años superior al del área rural. Sin embargo, esta diferencia se ha ido cerrando hasta desaparecer prácticamente en el año 2012 (Gráfico 43).

GRÁFICO 42

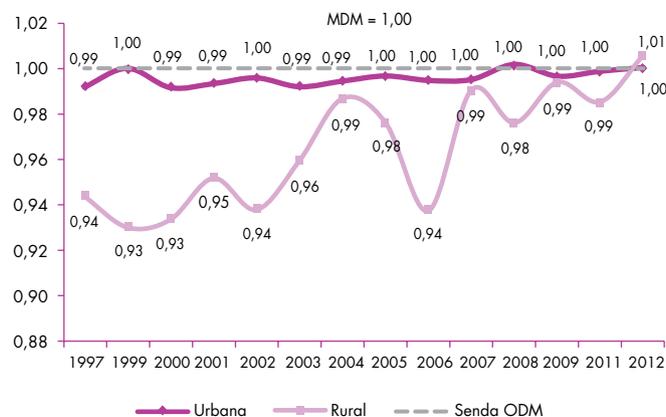
Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años, 1997-2012



Fuente: Elaborado en base a Encuestas de Hogares-INE
p: preliminar.

GRÁFICO 43

Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años según área geográfica, 1997-2012



Fuente: Elaborado en base a Encuestas de Hogares-INE
p: preliminar.

36 En este documento, de acuerdo a las directivas internacionales (United Nations, 2003), las brechas en alfabetismo se calculan como el cociente entre la tasa de alfabetismo calculada para varones y la obtenida para las mujeres, por lo que una brecha cercana a uno refleja inexistencia de inequidad.

Desagregando por condición étnico lingüística³⁷, en los dos últimos años, el ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población joven no indígena se situó alrededor de uno, mostrando de esta manera que se habría superado la discriminación hacia las mujeres en este grupo poblacional. Por el contrario, en el mismo periodo, en la población indígena, el ratio fue menor a la unidad³⁸ aunque con tendencia a crecer; en el 2012 llegó a 0,99 (Gráfico 44).

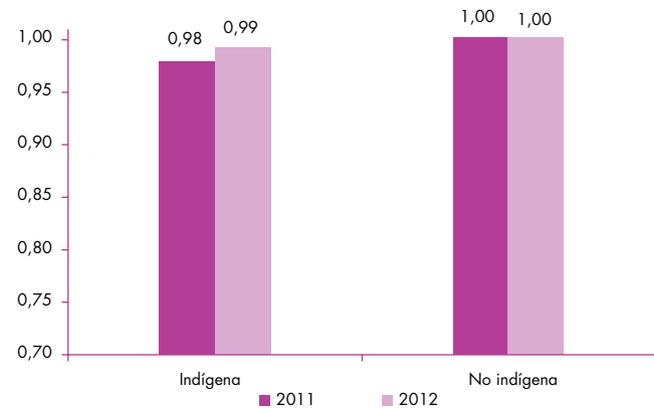
PROPORCIÓN DE MUJERES EN EMPLEO REMUNERADO EN EL SECTOR NO AGRÍCOLA

Existe una mayor participación de mujeres con empleo asalariado.

En 2012, alrededor de un tercio (36,4%) de los trabajadores asalariados en el sector no agrícola eran mujeres. Estos datos indican que en Bolivia existe aún una marcada segregación por sexo en los mercados laborales. A nivel global, la participación de las mujeres en el empleo remunerado no agrícola³⁹ no ha cambiado significativamente en la última década; la proporción de mujeres asalariadas subió únicamente de 31,3% a 36,4% entre 1996 y 2012 (Gráfico 45).

GRÁFICO 44

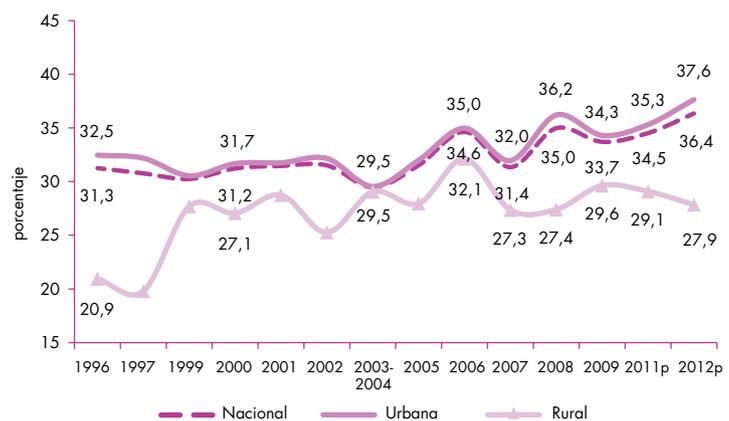
Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años según CEL, 2011-2012



Fuente: Elaborado en base a Encuestas de Hogares-INE

GRÁFICO 45

Mujeres entre los empleos asalariados del sector no agrícola



Fuente: Elaborado en base a Encuestas a Hogares, INE, 1996-2012p
p: preliminar

Según área de residencia, se observa que en 2012 el porcentaje de mujeres que eran asalariadas fue de 27,9% en zonas rurales y de 37,6% en zonas urbanas. Esta diferencia contrasta con la situación de 16 años atrás, cuando la participación de la mujer en el mercado laboral asalariado en zonas rurales era de apenas 20,9%, lo que evidencia que, conforme pasan los años, hay un mayor contingente de mujeres que trabajan como asalariadas. De manera similar a la tendencia nacional, la participación femenina en el mercado laboral urbano no ha cambiado significativamente, a

37 Para la realización de los informes de progreso de los ODM en Bolivia, entre 1996 y 1997, se utilizó el "idioma que aprendió a hablar" para la definición de indígena; entre 1999 a 2012, se utiliza la definición condición étnico-lingüística (CEL).

38 En 1997, este ratio era de 0,948.

39 Según el documento de las Naciones Unidas (2003), para el cálculo de este indicador se considera el total de mujeres en empleos asalariados en el sector agrícola dividido por el número total de personas asalariadas en el mismo sector (hombres y mujeres).

excepción del año 2006, cuando el 35,0% de los asalariados no agrícolas eran mujeres. Si bien se registra un significativo incremento en la participación laboral de la mujer rural en sectores de la industria y servicios, se debe notar que la mayor parte del empleo rural en Bolivia es agrícola.

La inclusión de la población indígena, y en particular de la mujer indígena, en los mercados laborales es fundamental para el desarrollo del país, ya que una mayor participación de la mujer en trabajos asalariados no agrícolas puede garantizar mejores ingresos, seguridad económica y bienestar para las mujeres y para sus familias.

Si bien mejoró la participación de las mujeres en el mercado laboral, en particular en el área rural y en la población indígena, muchas de ellas se insertan en ocupaciones con menores niveles de calificación. Según datos de los Censos y las encuestas a hogares, las mujeres tienen, en promedio, menos años de escolaridad que los hombres, lo que explica en parte que las mujeres se inserten en trabajos menos calificados. Asimismo, las mujeres trabajan mayormente en el sector informal, especialmente en las actividades económicas de servicios y comercio.

PROPORCIÓN DE MUJERES EN EL PARLAMENTO NACIONAL Y EN CONCEJOS MUNICIPALES

La participación de mujeres en la política es cada vez mayor.

Los datos oficiales de estos indicadores provienen del Órgano Plurinacional Electoral, por lo que la última información disponible corresponde a las Elecciones generales del año 2009, para el caso de la proporción de mujeres en el Parlamento Plurinacional, y del año 2010, para la proporción de mujeres concejales de las elecciones municipales. Por tanto, estos indicadores coinciden con los publicados en el *Sexto informe de progreso de los ODM* (2010).

Respecto al porcentaje de puestos ocupados por mujeres en la Asamblea Legislativa Plurinacional (Cámara de Diputados), las elecciones generales del 6 de diciembre de 2009 muestran como resultado una participación creciente de mujeres en la Asamblea Legislativa Plurinacional. Del total de 130 diputados titulares, 30 son mujeres, lo que equivale a un porcentaje de 23,1%. Si bien esta participación representa un avance de 4 puntos porcentuales respecto a las elecciones del año 2005, este resultado todavía refleja grandes inequidades de género en el ámbito político.

A nivel departamental, cinco departamentos (La Paz, Cochabamba, Potosí, Oruro y Santa Cruz) tuvieron una representación femenina significativamente mayor que el año 2005. En cambio, los departamentos de Beni y Pando redujeron su porcentaje de mujeres en la Asamblea Legislativa, siendo Pando el departamento que no registró ninguna participación de mujeres en 2009.

En relación al indicador de proporción de mujeres en Concejos Municipales, entre las elecciones de 2004 y 2010, se registró un incremento equivalente a 448 concejalías titulares adicionales ocupadas por mujeres en los gobiernos municipales.

En el ámbito departamental, este indicador presenta, entre los años 2004 y 2010, un crecimiento en el porcentaje de asientos titulares ocupados por mujeres en todos los departamentos del país. Si bien todos los departamentos lograron una participación de la población femenina superior al 40%, en Beni y Pando la participación política de las mujeres habría alcanzado la equidad entre sexos.

PRINCIPALES ACCIONES DEL OBJETIVO 3

Avances normativos en favor de las mujeres 2010-2012

A partir de la aprobación de la nueva Constitución Política del Estado, en 2008, y del Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades "Mujeres Construyendo la Nueva Bolivia para Vivir Bien" en diciembre de 2008⁴⁰, Bolivia ha realizado varios avances hacia la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer. En particular, los avances se han enmarcado en los 6 ámbitos de acción que identifica el Plan: 1) el ámbito económico, productivo y laboral; 2) el ámbito de la educación; 3) el ámbito de la salud; 4) el ámbito de la violencia en razón de género; 5) el ámbito de la ciudadanía

40 Decreto Supremo N° 29850 de 10 de diciembre de 2008.

y la participación política, y 6) el ámbito de la institucionalidad pública.

En el periodo 2010-2012, hubo un importante desarrollo normativo orientado a salvaguardar los derechos de las mujeres bolivianas, cuyos principales logros se detallan en el Cuadro 6.

CUADRO 6

Avances legislativos aprobados en el periodo 2010-2012

Ámbito	Normativas	Fecha	Objeto
Ciudadanía y participación política	Ley N° 018 del Órgano Electoral Plurinacional	16 de junio de 2010	Garantiza la equidad de género y garantiza la igual de oportunidades entre hombres y mujeres, estableciendo la paridad y alternancia entre hombres y mujeres.
	Ley N° 026 del Régimen Electoral	30 de junio de 2010	
	Ley N° 027 del Tribunal Constitucional Plurinacional	6 de julio de 2010	
	Ley N° 025 del Órgano Judicial	24 de junio de 2010	
	Ley N° 045 contra el Racismo y toda forma de Discriminación	8 de octubre de 2010	Establece mecanismos y procedimientos para la prevención y sanción de actos de racismo y toda forma de discriminación en el marco de la Constitución Política del estado y Tratados Internacionales de Derechos Humanos
	Ley N° 31, Marco de Autonomías y Descentralización Andrés Babiñez	19 de junio de 2010	Contiene regulaciones que protegen y promocionan el derecho de las mujeres a la participación política con equidad en el régimen de autonomías.
	Ley N° 243, Contra el Acoso y Violencia Política hacia las Mujeres	28 de mayo de 2012	Tiene por objeto establecer mecanismos de prevención, atención, sanción contra actos individuales o colectivos de acoso y/o violencia política hacia las mujeres, para garantizar el ejercicio pleno de sus derechos políticos.
Violencia en razón de género	Decreto Supremo N° 1053 de Declaración del Día y Año Nacional de Lucha contra la violencia hacia las Mujeres	23 de noviembre de 2011	I. Declara el 25 de noviembre de cada año como el "Día Nacional contra todas las formas de Violencia hacia las Mujeres". II. Se declara el Año de Lucha contra todas las Formas de Violencia hacia las Mujeres, en todo el Territorio del Estado Plurinacional de Bolivia. III. El Ministerio de Justicia, a través del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades, coordinará con las entidades del nivel Central del Estado, las entidades territoriales autónomas y organizaciones de la sociedad civil actividades y acciones que impulsen medidas para la lucha contra todas las formas de violencia hacia las mujeres, en el día nacional y durante el año.
	Decreto Supremo N° 1363	26 de septiembre de 2012	Declara de prioridad y necesidad en todo el territorio del estado plurinacional la difusión y la realización de una campaña de sensibilización y concientización dirigida a la población en general, a objeto de prevenir, luchar y erradicar toda forma de violencia hacia las mujeres, así como la creación del "Comité de Lucha contra toda Forma de Violencia Hacia las Mujeres" como instancia encargada de diseñar, impulsar y ejecutar medidas de prevención y educación, destinadas a erradicar toda forma de violencia en contra de las mujeres.
	Ley N° 263, Integral Contra la Trata y Tráfico de Personas	31 de julio de 2012	La Ley tiene por objeto combatir la trata y tráfico de personas, y delitos conexos, garantizar los derechos fundamentales de las víctimas a través de la consolidación de medidas y mecanismos de prevención, protección, atención, persecución y sanción penal de estos delitos.

Ámbito	Normativas	Fecha	Objeto
	Ley N° 243, contra el Acoso y Violencia Política hacia las Mujeres	28 de mayo de 2012	Tiene por objeto establecer mecanismos de prevención, atención, sanción contra actos individuales o colectivos de acoso y/o violencia política hacia las mujeres, para garantizar el ejercicio pleno de sus derechos políticos.
	Ley N° 264, Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana para una Vida Segura	31 de julio de 2012	Establece la ejecución efectiva de las políticas, planes, programas y proyectos para la prevención en materia de seguridad ciudadana.
	Ley N° 348, Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia	9 de marzo de 2013	Establecer mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección y reparación a las mujeres en situación de violencia, así como la persecución y sanción a los agresores, con el fin de garantizar a las mujeres una vida digna y el ejercicio pleno de sus derechos.
Laboral	Ley N° 309 de Ratificación del Convenio 189 de la OIT	20 de noviembre de 2012	Regula los derechos de las trabajadoras del hogar.
	Ley N° 065 de Pensiones	10 de diciembre de 2010	Establece políticas de protección de género, reconociendo un año de antigüedad laboral a favor de las mujeres por cada hijo nacido vivo hasta un máximo de tres, para efectos de cómputo de jubilación.
Salud	Ley N° 252	3 de julio de 2012	Dispone que todas las servidoras públicas y trabajadoras mayores de 18 años que desarrollan sus actividades con funciones permanentes o temporales en instituciones públicas, privadas o dependientes de cualquier tipo de empleador, gocen de tolerancia remunerada de un día hábil al año, a objeto de someterse a un examen médico de Papanicolaou y/o Mamografía.

Fuente: Ministerio de Justicia

Cabe señalar que actualmente se plantea la construcción de propuestas colectivas incluyendo: i) el Anteproyecto de Ley de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, ii) la propuesta de transversalización de Género en el Código Penal, y, iii) la propuesta de transversalización de género en el Código Civil.

Asimismo, con el objetivo de incidir en el proceso autonómico, se cuenta con los "Lineamientos de Enfoque de Género para Cartas Orgánicas y Estatutos Autonómicos". A partir del mismo se promueven espacios de construcción colectiva de propuestas de incorporación de derechos de las mujeres en la elaboración de Estatutos Autonómicos y Cartas Orgánicas en el marco del Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades.

AVANCES DE POLÍTICAS PÚBLICAS A FAVOR DE LAS MUJERES DESDE EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

A partir de la gestión 2006, se han venido implementando acciones concretas orientadas a eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria.

- La Ley N° 70 de la Educación "Avelino Siñani-Elizardo Pérez" de 20 de diciembre de 2010, además de contribuir a la erradicación de la violencia contra las mujeres en razón de género, también coadyuva a incrementar las oportunidades de acceso y permanencia de niñas, adolescentes y jóvenes mujeres en el sistema de la educación formal y alternativa.
- La nueva currícula que entró en vigencia en la gestión 2013, como parte de la transformación integral del sistema educativo promueve, entre otros aspectos, la cultura de equidad e igualdad sin discriminación desde la niñez.

- El Programa Nacional de Alfabetización “Yo sí puedo” y el Programa Nacional de Post-Alfabetización “Yo sí puedo seguir” beneficiaron a mujeres indígenas, trabajadoras asalariadas del hogar, amas de casa y agricultoras convirtiéndose en medios para lograr la equidad entre hombres y mujeres.
- El Bono Juancito Pinto incentiva por igual el acceso y permanencia de niños y niñas en el nivel primario del sistema educativo público.
- Otras políticas y programas del nivel central, cuyos objetivos no buscan directamente la disminución de brechas, pero que tienen un efecto en la consecución de la equidad de género en educación son: la profesionalización de docentes, la implementación de escuelas productivas, la construcción de infraestructura escolar, la dotación de ítems de nueva creación y la dotación de materiales, entre otros.
- Finalmente, es importante señalar los programas dirigidos a incentivar la demanda por educación, aplicados por municipios, instituciones no gubernamentales e instancias de la cooperación internacional, que tienen efectos favorables en eliminar las brechas de género. Dentro de estas acciones, se citan: el bono escolar impulsado por el Gobierno Autónomo Municipal de El Alto, el Programa de Hospedaje Estudiantil en Familia de la Fundación Pueblo, el Programa de “YachayWasis” (Casas del Saber) de Fe y Alegría y los Programas de

Niña Trabajadora, Niña Indígena y Escuela Amiga por la Vida de UNICEF.

AVANCES DE POLÍTICAS PÚBLICAS A FAVOR DE LAS MUJERES

DESDE EL MINISTERIO DE JUSTICIA

- Programa de Patrimonio Productivo y Ciudadanía para mujeres en extrema pobreza de Bolivia “Programa Semilla”, que favorece el desarrollo económico y social de las mujeres en el área rural mediante el acceso a recursos productivos, bienes de capital, articulación del mercado y asistencia técnica.
- Programa Nacional de Lucha Contra la Violencia en razón de Género. Estrategia para contribuir a la erradicación de la violencia, desde cuatro ámbitos: i) la detección, ii) la prevención, iii) la atención y iv) la sanción.
- Programa “Sistema Integrado Plurinacional de Prevención, Protección, Atención, Sanción y Eliminación de la Violencia en Razón de Género” (SIPPASE- VRG). Su finalidad es reorganizar e integrar los servicios públicos y no públicos de las instituciones y organizaciones que luchan contra la VRG, adaptados a las características inter e intraculturales de la población.
- Campaña “Ni una más, violencia nunca más”. Estrategia comunicacional contra la Violencia hacia las mujeres a nivel nacional en articulación con la campaña internacional del Secretario General de las Naciones Unidas “*Reacciona Bolivia-Únete contra la Violencia hacia las Mujeres*”. La estrategia convoca a la realización de diversas acciones conjuntas para lograr una vida libre de violencia que tiene el objetivo de desnaturalizar la violencia contra las mujeres.
- Presupuestos sensibles al género. Cualificación de la equidad de género en las directrices de formulación presupuestaria y clasificadores presupuestarios, aprobados por el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.







OBJETIVO 4

Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años

Meta 4A

Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años



Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1 Tasa de mortalidad de la niñez (por mil nacidos vivos)	129,4 (1989)	58,0 (2011)	43,1	-14,9
2 Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	81,9 (1989)	48,6 (2011)	27,3	-21,3
3 Cobertura de vacunación con tercera dosis de Pentavalente en menores de un año	68,0 (1994)	79,7 (2012)	95,0	15,3

Durante los últimos años se registraron importantes avances en la disminución de la mortalidad infantil y de la niñez; sin embargo, los niveles continúan siendo altos con respecto a otros países de América Latina. Las políticas públicas implementadas para priorizar la atención de la salud materna infantil y evitar muertes, como el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez de 1996-1997, el Seguro Básico de Salud de 1998-2001, el SUMI 2002 vigente hasta el presente y el Bono Juana Azurduy no han sido suficientes para alcanzar mejores resultados.

Dado que los datos de los indicadores de mortalidad de la niñez e infancia exhibidos en el *Sexto informe de progreso de los ODM* (2010) provienen de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) del año 2008 y debido a que la misma es la última encuesta realizada, en este informe se presenta una estimación de indicadores de mortalidad de la niñez para el año 2011, utilizando el método indirecto con información de la Encuesta de Hogares 2011.

TASA DE MORTALIDAD DE LA NIÑEZ⁴¹

Para alcanzar la meta de reducir la mortalidad de la niñez, los mayores esfuerzos deberán orientarse hacia el área rural.

El año 2011, se estima que la tasa de mortalidad de la niñez fue de 58,0 por mil nacidos vivos (p.m.n.v.), lo que significa que de 274 mil nacimientos que ocurrieron hace 5 años, aproximadamente 16 mil niños(as) murieron antes de cumplir los 5 años de edad (Gráfico 46).

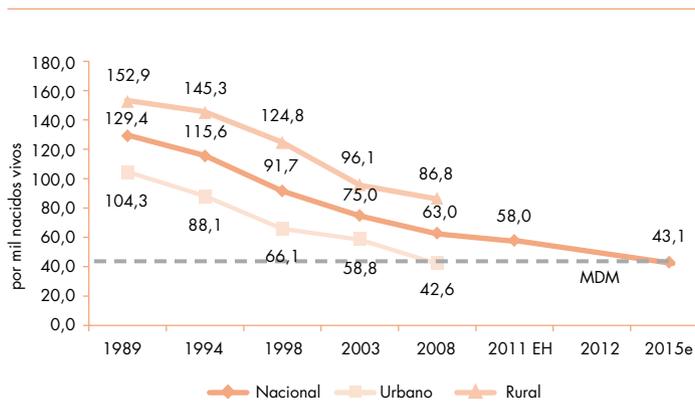
41 La tasa de mortalidad de la niñez se calcula dividiendo el número de defunciones de niños/as menores de 5 años entre el número de nacimientos en el mismo período. La fuente de información que regularmente se utiliza para la evaluación y seguimiento de este indicador es la Encuesta Nacional de Demografía y Salud que utiliza el método de medición directo, que consiste en hacer seguimiento a todos los nacimientos reportados por las madres, identificando si hubo o no una defunción y en qué fechas.

Si bien en el año 2008 la MDM en el área urbana ya fue cumplida (42,6 defunciones por mil nacimientos), el área rural se encuentra todavía bastante alejada de la meta, ya que su nivel duplica al área urbana (Gráfico 46). Esto se debe a que su población tendría limitaciones en el acceso a los servicios institucionales de salud.

A nivel departamental, en 2008 las brechas fueron aún mayores: mientras que los departamentos de Tarija (48,0) y Santa Cruz (46,0) están más cerca de cumplir la MDM, el departamento de Potosí (126,0) se encuentra muy distante, advirtiendo un nivel similar al promedio nacional que tuvo el país en 1989 (Gráfico 47).

GRÁFICO 46

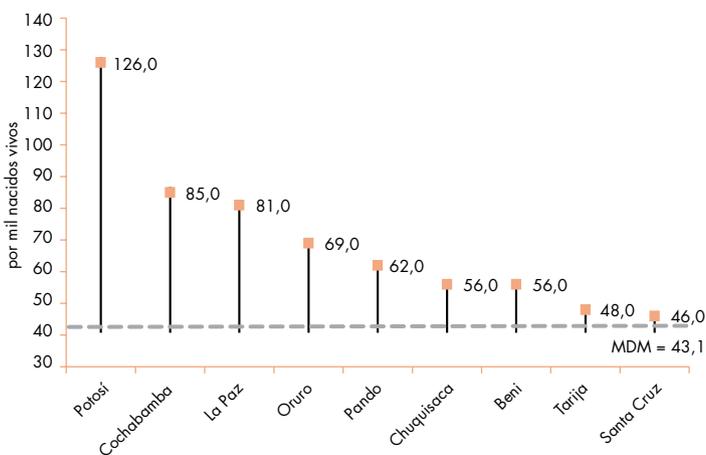
Tasa de mortalidad de la niñez 1989-2011



Fuente: UDAPE, con datos de las ENDSA 1989, 1994, 1998, 2003 y 2008 y Encuesta de Hogares-INE 2011 e: estimado

GRÁFICO 47

Tasa de mortalidad de la niñez según departamento (2008): brechas para alcanzar la MDM



Fuente: UDAPE, con datos de la ENDSA 2008

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL⁴²

Los niveles de mortalidad infantil todavía están distantes de la meta trazada.

En el año 2011, se estima que murieron alrededor de 49 niños menores de un año por cada mil nacidos vivos; a pesar de los avances en la reducción de este indicador, la brecha es aún significativa para alcanzar la meta de 27,3 por mil nacidos vivos al año 2015 (Gráfico 48).

La mortalidad infantil masculina es mayor que la femenina (Cuadro 7). Esta sobremortalidad masculina se explica por causas endógenas y exógenas; sin embargo, resulta difícil poder estimar qué parte de la sobremortalidad masculina se debe a causas biológicas y qué parte a causas exógenas⁴³.

CUADRO 7

Tasa de mortalidad infantil por sexo

	Mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)		
	Total	Hombre	Mujer
Bolivia	50	55	44

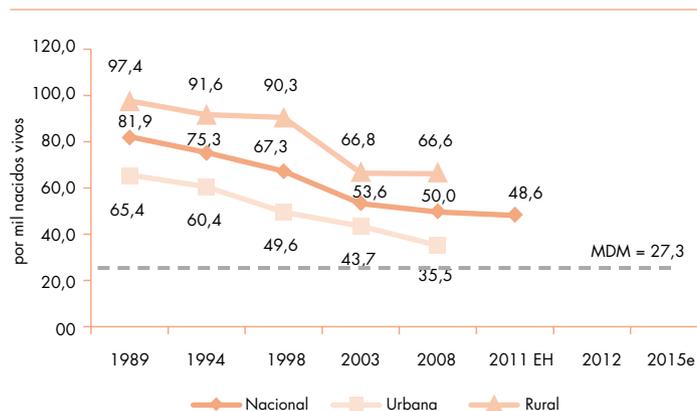
Fuente: UDAPE, con datos de la ENDSA 2008

42 La tasa de mortalidad infantil se calcula dividiendo el número de defunciones en menores de un año sobre el número total de nacimientos. La fuente de información que regularmente se utiliza para la evaluación y seguimiento de este indicador es la Encuesta Nacional de Demografía y Salud que utiliza el método de medición directo que consiste en hacer seguimiento a todos los nacimientos reportados por las madres, identificando si hubo o no una defunción y en qué fechas.

43 Las causas de muerte se pueden clasificar según su naturaleza en: a) causas endógenas, que provienen de la constitución genética del individuo, de las malformaciones congénitas, del traumatismo provocado por el nacimiento o del deterioro producido por el envejecimiento del organismo; y b) causas exógenas, que corresponden a circunstancias o factores externos al individuo, tales como las enfermedades infecciosas y parasitarias y los traumatismos accidentales ("Mortalidad"; Apuntes de clase Víctor García V. y Domingo Primante F.; CELADE, San José Costa Rica, agosto de 1990).

GRÁFICO 48

Tasa de mortalidad infantil 1989-2011

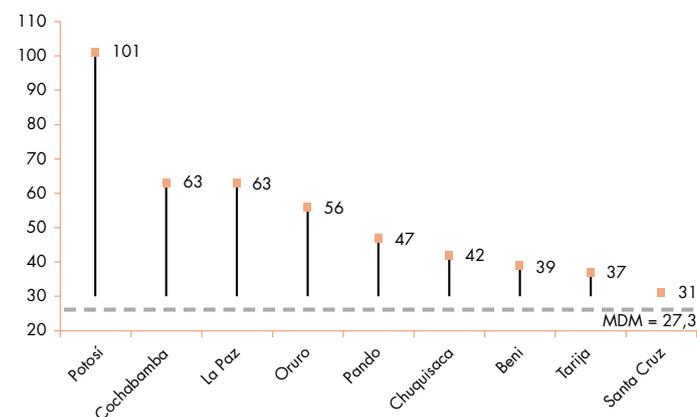


Fuente: UDAPE, con datos de las ENDSA 1989, 1994, 1998, 2003 y 2008 y Encuesta de Hogares-INE 2011

En el nivel departamental, se observan disparidades para alcanzar la MDM. Así, el departamento de Santa Cruz (31) es el más cercano a cumplir con la meta en el año 2015; en cambio, el departamento de Potosí (101) está muy lejos de cumplir con el compromiso del milenio (Gráfico 49).

GRÁFICO 49

Tasa de mortalidad infantil según departamento (2008): brecha para alcanzar la MDM



Fuente: UDAPE, con datos de la ENDSA 2008

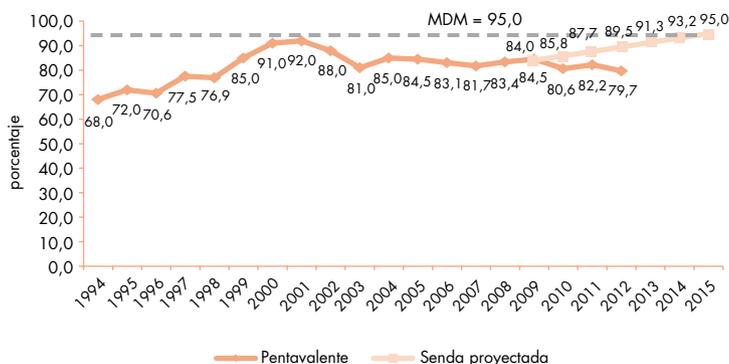
COBERTURA DE VACUNACIÓN CON TERCERA DOSIS DE PENTAVALENTE EN MENORES DE UN AÑO⁴⁴

La cobertura de vacuna Pentavalente a nivel departamental aún presenta retos para alcanzar la meta del Milenio.

En la gestión 2012, la cobertura de tercera dosis de vacuna Pentavalente fue de 79,7%, observándose un ligero descenso de 3,4 puntos porcentuales en relación a la gestión 2011. Esta disminución podría estar explicada por efecto del paro efectuado en el primer semestre de 2012 por los profesionales de salud en rechazo al DS N° 1126 de 24 de enero de 2012 que restablecía en el subsistema de salud público y de la seguridad social de corto plazo la jornada laboral a tiempo completo de seis a ocho horas, y de medio tiempo, de tres a cuatro horas. Éste fue abrogado, por lo que se mantiene vigente el DS N° 9357 y DS N° 20943⁴⁵ (Gráfico 50).

GRÁFICO 50

Cobertura de tercera dosis de vacuna Pentavalente, 2001-2012

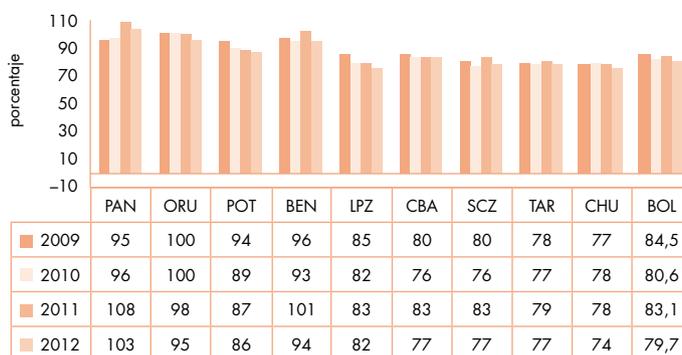


Fuente: UDAPE, con datos del MSD

A nivel departamental, Pando y Beni alcanzaron coberturas de vacunación mayores a la meta establecida para el año 2015; en cambio, departamentos como Cochabamba, Santa Cruz, Tarija y Chuquisaca registran coberturas de vacunación menores a 80% (Gráfico 51).

GRÁFICO 51

Cobertura de tercera dosis de vacuna Pentavalente, 2009-2011



Fuente: MSD

44 La vacuna Pentavalente protege contra cinco enfermedades: difteria, tétanos, tosferina, hepatitis B y hemoinfluenza tipo B (meningoencefalitis, neumonía, entre otras). Se administra a los dos, cuatro y seis meses. El indicador de cobertura de vacuna Pentavalente se calcula dividiendo la población menor a un año que recibió la tercera dosis de vacuna Pentavalente entre la población menor de 1 año.

45 El Decreto Supremo N° 9357 de 20 de agosto de 1970 establece que los médicos, dentistas y bioquímico-farmacéuticos que prestan servicios profesionales en organismos del Gobierno Central, Instituciones Públicas Descentralizadas, Empresas Públicas y/o Mixtas, estarán sujetos a tres formas de jornada de trabajo: a) jornada de medio tiempo con tres horas de trabajo, b) jornada de tiempo completo con seis horas de trabajo, c) dedicación exclusiva. Asimismo, mediante el DS N° 20943 de 26 de julio de 1985 se amplía el alcance del DS N° 9357 de 28 de agosto de 1970, a favor del personal de enfermeras, biotecnólogos y nutricionistas.

En la gestión 2012, se reportaron 270 municipios en riesgo con coberturas de vacunación con tercera dosis de Pentavalente por debajo de 95%. A partir de la gestión 2012, se define como municipio en riesgo aquel que no alcanzó el 95%. Hasta el año 2011, municipio en riesgo era el que no alcanzaba el 80%. Este avance se debe a las acciones focalizadas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en los municipios en riesgo para alcanzar coberturas por encima del 95%⁴⁶ con la finalidad de reducir el riesgo de brotes epidémicos a causa del acúmulo de niños no vacunados o susceptibles (Gráfico 52).

El 83% de las vacunaciones de tercera dosis de Pentavalente fue aplicado dentro del establecimiento de salud, mientras que el restante 17% fue realizado fuera del establecimiento. Esta última estrategia de vacunación continúa siendo importante para las poblaciones que no tienen acceso a los establecimientos de salud, ya sea por la distancia o por el alto costo del transporte.

PRINCIPALES ACCIONES DEL OBJETIVO 4

Entre las principales intervenciones del Estado para reducir la tasa de mortalidad infantil y de la niñez se encuentran:

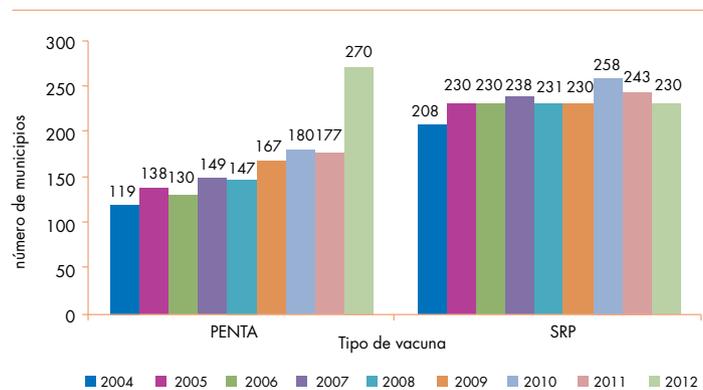
- a) El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)⁴⁷, cuyo número de prestaciones gratuitas para las mujeres embarazadas y los niños menores de cinco años alcanzó a 762 en septiembre de 2012, de las cuales 592 son prestaciones ambulatorias y de internación, 110 son pruebas de laboratorios y 14 son servicios de los bancos de sangre.

⁴⁶ A nivel municipal, se han encontrado coberturas de vacunación superiores al 100% y en otros casos las coberturas están subestimadas. Se espera que con los nuevos datos del Censo de Población 2012 se puedan ajustar las estimaciones del número de menores de un año.

⁴⁷ El SUMI es un seguro de salud gratuito que se crea mediante la Ley N° 2426 de noviembre de 2002 y está dirigido a niños(as) menores de 5 años y mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto. En los últimos años, este seguro se ha ampliado a las mujeres en edad fértil para la realización de exámenes de Papanicolaou y prevención del cáncer.

GRÁFICO 52

Municipios en riesgo con vacuna Pentavalente y SRP 2004-2012



Fuente: MSD

- b) Programa Multisectorial Desnutrición (PMDC), que a partir de la gestión 2007 viene realizando diferentes acciones de fortalecimiento a los diferentes ministerios involucrados en la temática alimentaria nutricional (educación, justicia, medio ambiente y agua, salud, entre otros). Su ámbito de acción es nacional, poniendo énfasis en aquellos municipios que presentan un alto grado de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria (VAM).
- c) Estrategias de la Unidad de Nutrición del Ministerio de Salud y Deportes (Lactancia Materna, Suplementación con micronutrientes, fortificación de alimentos, Alimentos complementarios, todas operativizadas a nivel local a través de las Unidades de Nutrición Integral), orientadas al abordaje de las determinantes sociales que afectan el estado alimentario nutricional de las personas, familias y comunidades en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural extendidas a los 339 municipios del Estado Plurinacional de Bolivia.
- d) Bono Juana Azurduy, que incentiva a las madres a utilizar los servicios del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y del Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMDC) a través de una transferencia monetaria por el cumplimiento de corresponsabilidades asociadas a la mujer, controles prenatales, partos y atención postparto y al menor de dos años, controles de crecimiento y desarrollo cada dos meses hasta cumplir los dos años de edad. El objetivo de este bono es coadyuvar a reducir la mortalidad de la madre, la mortalidad infantil y la desnutrición crónica en los menores de dos años.

Se viene implementando el Plan Nacional Estratégico para mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015, que plantea cinco líneas estratégicas de acción:

- Crear un entorno favorable para la promoción de la salud materna, perinatal y neonatal.
 - Promover procesos interculturales con enfoque de los derechos.
 - Promover la aplicación de los cuidados esenciales para la mujer embarazada, la madre y recién nacido/a en el hogar y la comunidad.
 - Mejorar la atención a la madre y al recién nacido/a en los servicios del sistema de salud.
- Fortalecer los sistemas de información, vigilancia, monitoreo y evaluación de la salud materna, perinatal y neonatal.

Respecto a la vacunación, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) viene realizando un trabajo de abogacía y sensibilización con los Gobiernos Autónomos Municipales con la finalidad de que se inserten, dentro de sus Planes Operativos Anuales (POAs), recursos para mejorar la infraestructura, para renovar equipos de la cadena de frío, como refrigeradores, termos, entre otros o para destinar recursos orientados a la movilización de los equipos de gerencia de red para el seguimiento de niños y familias que no asistieron a su vacunación en las fechas establecidas.





OBJETIVO 5

Mejorar
la salud
materna

Meta 5A

Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes



Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1. Razón de mortalidad materna (por cien mil nacidos vivos)	416 (1989)	229 (2003)	104	-125
2. Cobertura de parto institucional (en porcentaje)	33 (1996)	70,8 (2012)	70,0	Cumplida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o hasta 42 días después del parto, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales”.

A nivel mundial, las causas principales de muertes maternas son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Otros factores que predisponen a una defunción materna son la edad precoz o avanzada de la gestante y los abortos de alto riesgo.

En Bolivia, a pesar de todas las intervenciones que el país ha venido realizando en los últimos años⁴⁸, la mortalidad materna al igual que la mortalidad infantil y de la niñez continúan siendo altas con respecto a otros países de América Latina.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA⁴⁹

Disminuir la mortalidad materna se constituye en uno de los principales retos para alcanzar las MDM en salud.

De acuerdo a la información de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA), entre 1989 y 2003 se observa un descenso del indicador de razón de mortalidad materna de 416 a 229 por cien mil nacidos vivos (Gráfico 53). En tal sentido, se advierte que entre 1989 y 2003, la reducción de la mortalidad se redujo en dos cuartas partes, por lo que hasta ese año aún quedaba pendiente disminuir una cuarta parte.

48 Seguros de Maternidad y Niñez: 1996-1997, Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), 1998-2002 Seguro Básico de Salud (SBS), 2003 a la fecha Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Complementando la oferta del SUMI, desde el año 2009 se viene ejecutando el Bono Juana Azurduy de Padilla, que consiste en una transferencia monetaria condicionada por el uso de prestaciones que mejorarán la salud materna-infantil.

49 La razón de mortalidad materna es la relación entre tasa de mortalidad materna y la tasa de fecundidad general y expresa el número de muertes maternas por cada cien mil nacimientos.

El valor de 229 muertes maternas por cien mil nacimientos significa que mueren alrededor de 620 mujeres por causas maternas (durante el embarazo, parto o puerperio) de aproximadamente 270 mil nacimientos que ocurrieron en el mismo año.

Cabe señalar, que el valor estimado con la ENDSA-2008 no es utilizado debido a observaciones metodológicas sobre su forma de cálculo, entre otros aspectos, el error estadístico estimado es elevado por el reducido tamaño de muestra de muertes maternas.

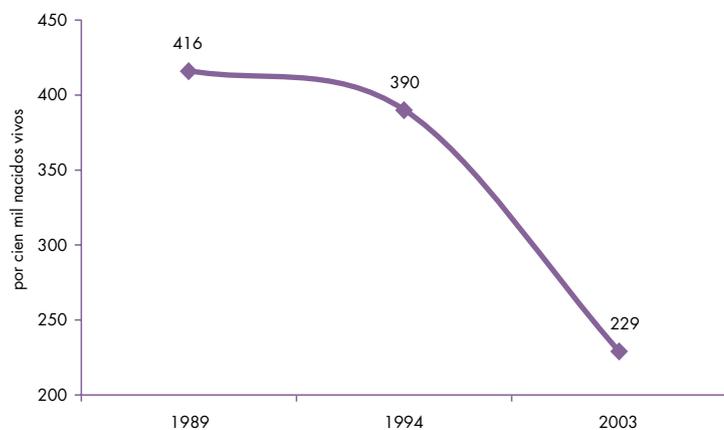
COBERTURA DE PARTO INSTITUCIONAL

Se incrementa el porcentaje de partos atendidos por personal especializado; alcanzándose la meta del Milenio en 2010.

Durante los últimos años, se registraron incrementos importantes en la cobertura de partos institucionales, lográndose alcanzar la MDM de 70% en el año 2010; en 2011, se alcanza el mayor nivel, cuyo incremento podría ser el resultado principalmente del SUMI y del Bono Juana Azurduy (BJA). En 2012, se advierte un descenso de aproximadamente 2 puntos porcentuales, lo que estaría explicado por el efecto que tuvo el paro realizado en el primer semestre de 2012 por los profesionales de salud en rechazo al DS N° 1126 de 24 de enero de 2012 (Gráfico 54).

GRÁFICO 53

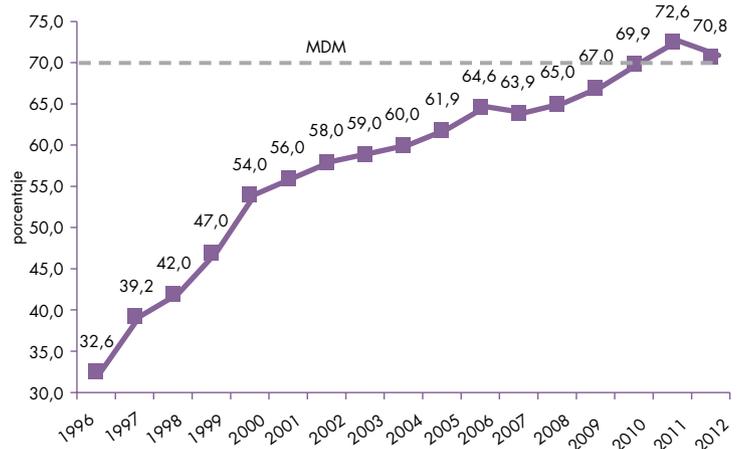
Razón de mortalidad materna, 1989-2003



Fuente: UDAPE, con datos de las ENDSA 1989, 1994 y 2003

GRÁFICO 54

Cobertura de parto institucional, 1996-2012



Fuente: UDAPE con datos del MSD

Recuadro 3:
Avances del Bono Juana Azurduy

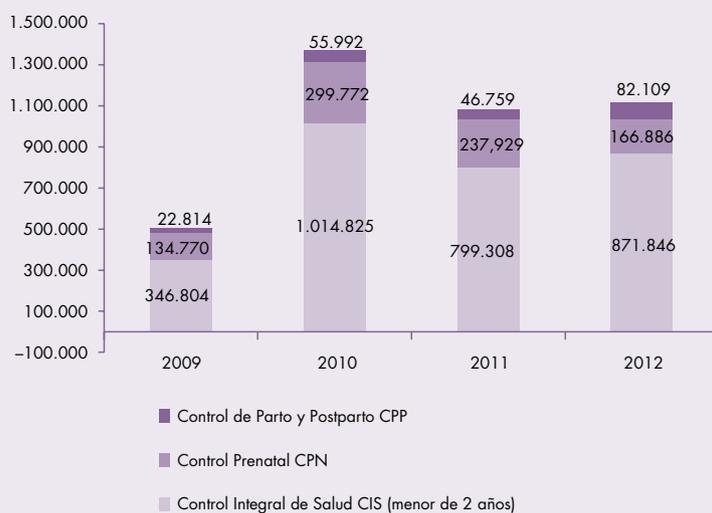
El Bono Juana Azurduy (BJA) inició actividades a mediados de abril de 2009 y el primer pago por corresponsabilidad se realizó el 27 de mayo del mismo año. Al final de la gestión 2009, el programa realizó 504.388 controles, de los cuales 346.804 se hicieron a niños menores de 24 meses, 134.770 fueron controles prenatales y 22.814 fueron atenciones de partos. En el año 2010, esta cifra se duplicó, reportando 1.370.589 controles.

En la gestión 2011, si bien se muestra una disminución en el número de controles, la información financiera del programa señala que se pagaron Bs118,5 millones, lo que representa un incremento de 46,7% respecto de la gestión 2010. Esta situación puede explicarse principalmente por pagos pendientes por concepto de corresponsabilidades realizadas en la gestión 2010.

Para la gestión 2012, se han realizado un total de 1.120.841 controles, lo que representa un incremento del 3,4% respecto a los controles realizados durante la gestión 2011.

Desde el inicio del programa hasta finales de la gestión 2012, se han realizado un total de 4.079.814 controles, de los cuales el 74,3% corresponde a controles integrales de niños y niñas menores de 2 años y el 25,7% corresponde a controles prenatales, atención de parto institucional y control postparto. Durante este mismo periodo, se han transferido un total de Bs314.084.380.

Número de controles realizados en el Bono Juana Azurduy, 2009-2012



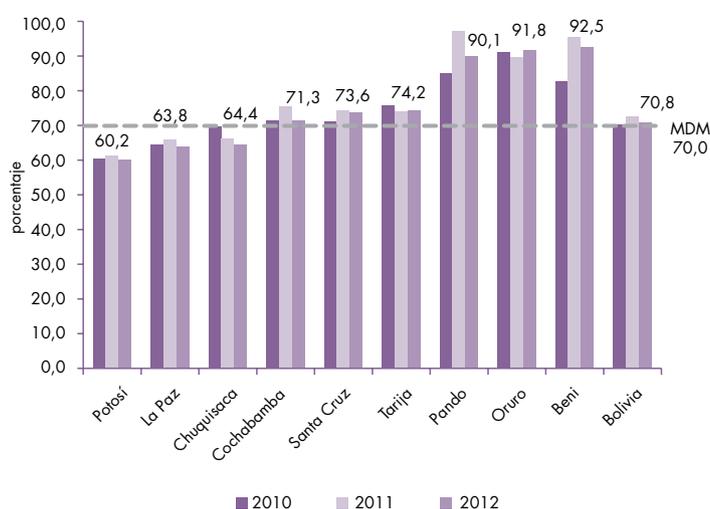
Fuente: MSD

A nivel departamental, entre 2010 y 2011, la mayoría de los departamentos incrementaron sus coberturas, excepto Chuquisaca, Oruro y Tarija. En 2012, el comportamiento difiere y en todos los departamentos se advierte un descenso, excepto en Oruro. A diferencia del resto de los departamentos, La Paz, Chuquisaca y Potosí se encuentran aún por debajo del promedio nacional y de la MDM (70%) (Gráfico 55).

Asimismo, se identifica que el 69,8% de los partos atendidos institucionalmente (SNIS, 2012) fue atendido en establecimientos del subsector público; los departamentos de Santa Cruz y Tarija registraron un mayor número de nacidos muertos que los reportados en la gestión 2011, por lo que se advertiría la necesidad de que los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) de estos departamentos implementen acciones para evitar mayores muertes (Cuadro 8).

GRÁFICO 55

Cobertura de parto institucional, 2011-2012



Fuente: UDAPE, con datos del MSD

CUADRO 8

Nacimientos atendidos por personal institucional, 2011-2012

	2011			2012			Variación porcentual		
	Nacido vivo	Nacido muerto	Total	Nacido vivo	Nacido muerto	Total	Nacido vivo	Nacido muerto	Total
Beni	12.840	112	12.952	11.374	111	11.485	-11,4%	-0,9%	-11,3%
Chuquisaca	12.185	197	12.382	10.416	166	10.582	-14,5%	-15,7%	-14,5%
Cochabamba	38.662	433	39.095	35.020	351	35.371	-9,4%	-18,9%	-9,5%
La Paz	47.713	682	48.395	41.764	609	42.373	-12,5%	-10,7%	-12,4%
Oruro	9.832	152	9.984	9.268	123	9.391	-5,7%	-19,1%	-5,9%
Pando	2.476	35	2.511	2.184	23	2.207	-11,8%	-34,3%	-12,1%
Potosí	14.016	264	14.280	10.736	151	10.887	-23,4%	-42,8%	-23,8%
Santa Cruz	58.353	689	59.042	58.728	847	59.575	0,6%	22,9%	0,9%
Tarija	9.927	82	10.009	9.839	110	9.949	-0,9%	34,1%	-0,6%
Total	206.004	2.646	208.650	189.329	2.491	191.820	-8,1%	-5,9%	-8,1%

Fuente: UDAPE, con datos del MSD

Meta 5B

Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva



Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1. Prevalencia de uso de anticonceptivos (en porcentaje)	30,3 (1989)	60,6 (2008)	-	-
2. Tasa de fecundidad entre las adolescentes (por mil habitantes entre 15-19 años)	94,3 (1989)	88,8 (2008)	-	-
3. Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro consultas, en porcentaje)	31,9 (1989)	72,3 (2008)	-	-
4. Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar (en porcentaje)	23,2 (1989)	20,2 (2008)	-	-

La salud sexual y reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida. Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de anticoncepción o de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada prevención de infecciones de transmisión sexual y asistencia profesional a la mujer embarazada para garantizar la salud de la madre y los hijos.

En Bolivia se han venido realizando esfuerzos para que las personas ejerzan su derecho a la vida, a la integridad física, psicológica y sexual y a la reproducción, advirtiéndose importantes avances en casi todos los indicadores, con excepción de la tasa de fecundidad adolescente urbana, donde se observa un estancamiento del indicador.

Dado que la última información disponible de estos indicadores corresponde a la ENDSA 2008 y ya fueron publicados en el *Sexto informe de progreso de los ODM* (2010), en el presente informe se realiza un resumen del comportamiento de cada uno de estos indicadores.

PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS⁵⁰

Las brechas de uso de anticonceptivos entre el área urbana y rural disminuyeron.

La prevalencia de uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha de planificación familiar son dos indicadores de

⁵⁰ La prevalencia de uso de anticonceptivos es el porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49) casada o en unión que usa algún método de anticoncepción.

proceso del ejercicio de derecho a la salud sexual y reproductiva. En cierta forma, el primer indicador establece quiénes demandan el uso de anticonceptivos y el segundo indicador señala aquellos que no lo hacen, tomando en cuenta que la población en exposición es la misma.

Relevando los aspectos más importantes del indicador, se advierte que entre 1989 y 2008 éste se incrementó en 100%, alcanzando un valor de 60,6%. Las brechas entre el área urbana y rural han disminuido notablemente de 19,6 puntos porcentuales a 13,1 (Gráfico 56). En 2008, los departamentos que superan la tasa promedio nacional son Santa Cruz (70,1%), Tarija (69,7%), La Paz (62,5%), Beni (60,9%) y Pando (61,2%); el resto de los departamentos tienen niveles inferiores, donde el menor valor corresponde a Potosí (48,4%).

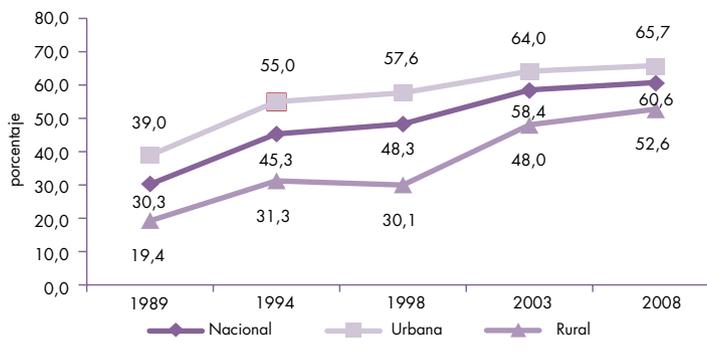
TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE⁵¹

La fecundidad adolescente se encuentra en descenso.

La fecundidad adolescente no sólo es un indicador de resultado y de seguimiento a la salud sexual y reproductiva de la madre sino también de la salud del hijo, en tanto que la condición biológica y psicológica de la adolescente conlleva un embarazo de alto riesgo⁵² que podría derivarse en la morbilidad o mortandad de la madre y/o del hijo(a). Asimismo, el embarazo adolescente tiene otras implicancias, además de la salud, que repercuten en la vida futura de la adolescente y de su hijo(a) más si vive en un entorno de escasos recursos, ya que se genera un ambiente propicio para que perdure la pobreza.

GRÁFICO 56

Evolución de la prevalencia de uso de anticonceptivos según área geográfica, 1989-2008



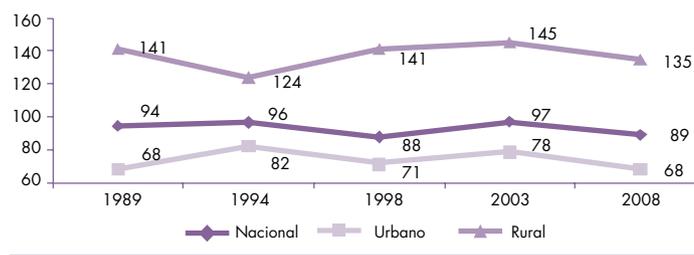
Fuente: UDAPE, con datos de las ENDSA 1989-2008.

Sintetizando el comportamiento del indicador, entre 1989 y 2008, se observa un leve descenso de 5 nacimientos por mil mujeres adolescentes (de 94 a 89) por efecto de la disminución del indicador en el área rural; en el área urbana, se mantiene (68 nacimientos por mil mujeres adolescentes). El nivel del área rural casi duplica al área urbana (Gráfico 57).

A nivel departamental, en 2008 se observan brechas significativas; los departamentos con mayores niveles cercanos al promedio nacional son Cochabamba (89,2), Santa Cruz (107,2), Potosí (112,2), Beni/Pando (145,7) (Cuadro 9).

GRÁFICO 57

Tasa de fecundidad general adolescente de 15 a 19 años



Fuente: UDAPE con información de las ENSAs 1989-2008

51 La tasa de fecundidad adolescente o tasa de fecundidad general adolescente es la relación entre el número de nacimientos que acontecen en mujeres de 15 a 19 años, y el número de mujeres en esta edad.

52 Un embarazo de alto riesgo es aquel en el que el riesgo de enfermedad o muerte, antes o después del parto, es mayor de lo habitual, tanto para la madre como para el bebé.

CUADRO 9

Tasas de fecundidad adolescentes entre 15 y 19 años según departamento, 2008 (número de nacimientos por mil mujeres)

Departamentos	2008
La Paz	63,8
Tarija	79,8
Oruro	80,4
Chuquisaca	81,1
Cochabamba	89,2
Santa Cruz	107,2
Potosí	112,2
Beni/Pando	145,7

Fuente: UDAPE, con datos de la ENDSA 2008

COBERTURA DE ATENCIÓN PRENATAL⁵³

La proporción de mujeres del área rural que atienden adecuadamente su embarazo se cuadruplicó. El control prenatal tiene como objetivo una oportuna identificación y manejo adecuado de los factores de riesgo obstétrico que benefician a la salud materna y perinatal. Para este objetivo se hace necesario que la mujer embarazada se realice al menos cuatro controles prenatales.

Al hacer un seguimiento al indicador de cobertura de atención prenatal, se advierte que entre 1994 y 2008 se incrementó en 126,6%. A pesar de que aún existen brechas entre el área urbana y el área rural, la distancia ha disminuido notoriamente: mientras que el área rural ha cuadruplicado la cobertura (337,5%), el área urbana incrementó su cobertura en 69,2% (Gráfico 58).

A nivel departamental, en 2008, si bien se observa un incremento generalizado de las coberturas, los departamentos con menor cobertura en relación al promedio nacional son Cochabamba (69,2%), Oruro (68,0%), Potosí (65,1%) y La Paz (63,9%) (Gráfico 59).

⁵³ La cobertura de cuarto control prenatal es el porcentaje de nacimientos acontecidos durante los 5 años anteriores a la Encuesta, cuyo número de controles prenatales fueron 4 o más sobre el total de nacimientos en el mismo periodo.

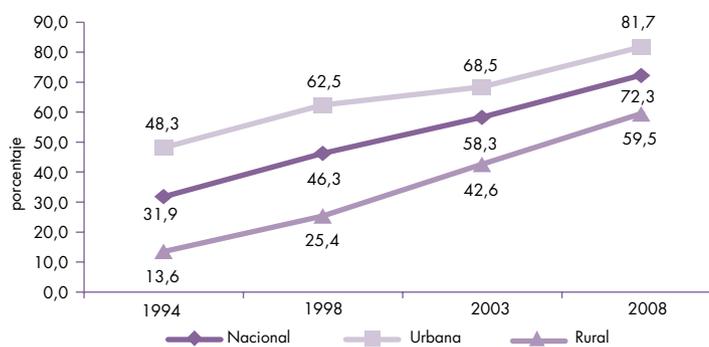
NECESIDADES INSATISFECHAS EN MATERIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR⁵⁴

En el área rural, el porcentaje de población con insatisfacción de las mujeres en materia de planificación familiar duplica a las del área urbana.

Este indicador se refiere a la población que no hace uso de métodos anticonceptivos, por lo que está expuesta a embarazarse, aunque no desea estar en esta situación.

GRÁFICO 58

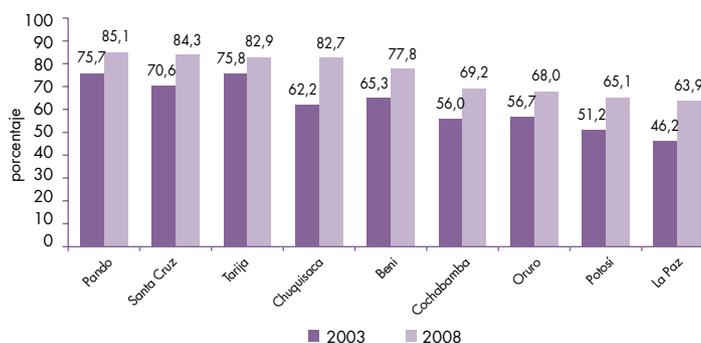
Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro consultas) según área geográfica, 1994-2008



Fuente: UDAPE, con datos de las ENDSA 1994, 1998, 2003 y 2008

GRÁFICO 59

Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro consultas) según departamento, 2003-2008



Fuente: UDAPE, con datos de las ENDSA 2003 Y 2008

⁵⁴ Se estima como el número de mujeres fértiles y sexualmente activas que no están utilizando ningún método anticonceptivo y que reportan su deseo de no tener más hijos o retrasar el nacimiento de su siguiente hijo. Este indicador se expresa como porcentaje del total de mujeres en edad reproductiva que están casadas o en unión.

La necesidad insatisfecha en planificación familiar del área rural casi duplica al área urbana; entre 1994 y 2008 las brechas han disminuido levemente de 15 a 12 puntos porcentuales (Gráfico 60). En ese último año, los departamentos con niveles de insatisfacción en planificación familiar superiores al promedio nacional son: Pando (20,3%), Cochabamba (24,5%), Chuquisaca (25,5%), Oruro (25,6%) y Potosí (29,0%).

PRINCIPALES ACCIONES DEL OBJETIVO 5

El Ministerio de Salud y Deportes está redoblando esfuerzos mediante la política de salud familiar comunitaria intercultural y planes nacionales estratégicos de salud para mejorar la salud materna, perinatal y neonatal, la salud sexual y reproductiva y de adolescentes.

El SUMI garantiza una maternidad segura y contribuye a que las mujeres de escasos recursos puedan acceder a servicios de controles prenatales, atención del parto y control postparto de forma gratuita.

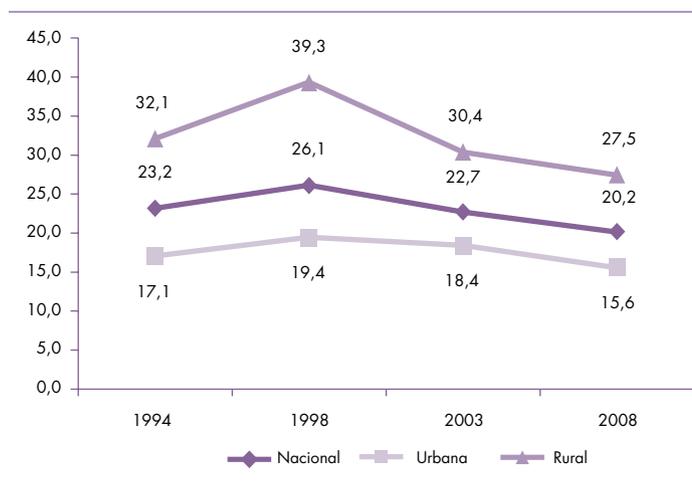
El Bono Juana Azurduy complementa la intervención del SUMI a través de un incentivo para que la mujer embarazada cumpla la norma nacional de realizar al menos cuatro controles prenatales, con la finalidad de prevenir posibles riesgos para su salud y la de su bebé, y promover que el parto sea institucional.

El Ministerio de Salud y Deportes viene implementando el Plan Nacional Estratégico para mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015, que plantea cinco líneas estratégicas de acción:

1. Crear un entorno favorable para la promoción de la salud materna, perinatal y neonatal.
2. Promover procesos interculturales con enfoque de los derechos.
3. Promover la aplicación de los cuidados esenciales para la mujer embarazada, la madre y el recién nacido/a en el hogar y la comunidad.

GRÁFICO 60

Necesidades insatisfechas en planificación familiar según área geográfica



Fuente: UDAPE, con datos del MSD

4. Mejorar la atención a la madre y al recién nacido/a en los servicios del sistema de salud.
5. Fortalecer los sistemas de información, vigilancia, monitoreo y evaluación de la salud materna, perinatal y neonatal.

Con la Ley N° 320 de 6 de diciembre de 2005, se amplía la cobertura del SUMI para otorgar prestaciones relacionadas con la maternidad segura en mujeres en edad fértil, así como para garantizar la obligatoriedad en la prevención de cáncer de cuello uterino (Papanicolau anual) y en el tratamiento de lesiones premalignas, contemplando además métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida.

El Ministerio de Salud y Deportes y el Ministerio de Educación vienen desarrollando actividades en los colegios para orientar sobre los métodos anticonceptivos y prevenir sobre los riesgos de las relaciones sexuales y embarazos precoces.

Se ha iniciado la introducción de nueva tecnología anticonceptiva a través de la formación de facilitadores departamentales para posteriormente expandirla a nivel nacional. Asimismo, se cuenta con personal capacitado para ofertar orientación e información de métodos anticonceptivos en los servicios de salud de los diferentes niveles de atención.





OBJETIVO 6

**Combatir el
VIH/SIDA, el
paludismo
y otras
enfermedades**

Meta 6A

Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación de VIH/SIDA



Indicadores Meta 6A	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1. Prevalencia del SIDA (por millón de habitantes)	2,3 (1996)	83,4 (2012)	80-85	0
2. Prevalencia de VIH/SIDA entre las personas de 15 a 24 años (por millón de habitantes)	-	973 (2012)	-	-
3. Proporción de población de 15 a 24 años que tiene conocimiento amplio y correcto sobre el VIH/SIDA	-	Mujeres 22,4 Hombres 27,7 (2008)	-	-

El SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) es una enfermedad que afecta a las personas que han sido infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Desde el momento en que el VIH penetra en el organismo, empieza a proliferar de forma continua, distinguiéndose al menos tres fases evolutivas de la infección:

Fase inicial, precoz o aguda: El VIH se disemina e invade muchos tejidos, especialmente el tejido linfóide y los ganglios linfáticos.

Fase intermedia o crónica: Tiene una duración variable estimada en varios años y en ella persiste la proliferación viral, aunque a bajo nivel. El tratamiento con antirretrovirales ha favorecido la prolongación de la supervivencia en el tiempo.

Fase final, de crisis o de SIDA: Aparición de graves infecciones oportunistas, ciertas neoplasias y alteraciones neurológicas, de modo que se dice que el infectado por el VIH tiene SIDA.

En Bolivia, si bien la prevalencia del VIH/SIDA se encuentra en una etapa incipiente, desde el primer caso registrado en 1984, la prevalencia fue incrementando de forma ascendente (Gráfico 61). En esta circunstancia, en 1986 se crea el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA y actualmente forma parte de la Unidad de Epidemiología dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud, con el fin de hacer seguimiento y proponer políticas de prevención y atención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

En la presente gestión, a la cabeza del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA se ha desarrollado el Plan Quinquenal Multi-sectorial de Respuesta a las ITS/VIH/SIDA que prioriza la prevención combinada, mutisectorialidad y sostenibilidad

como ejes de intervención en el marco de cuatro objetivos: i) reducir la ocurrencia de nuevos casos, ii) garantizar la cobertura de atención integral, iii) eliminar el estigma y la discriminación y iv) promover el autocuidado de la salud. Actualmente el país recibe el financiamiento de la Novena Ronda del Fondo Mundial que contextualiza sus acciones en el marco de la Ley 3729 sobre "Prevención del VIH-SIDA, Protección de los Derechos Humanos y Asistencia Integral Multidisciplinaria para las Personas que Viven con el VIH y SIDA".

En el presente informe, se incorporan dos nuevos indicadores relacionados con la proporción de población que tiene conocimiento correcto sobre el VIH/SIDA y personas con infección avanzada que reciben terapia antiretroviral.

PREVALENCIA DEL SIDA⁵⁵

La prevalencia del VIH continua incrementándose, mientras que la prevalencia del SIDA se mantiene en niveles controlados.

Según el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, hasta diciembre de 2012 se notificaron 9.296 personas con VIH/SIDA, de las cuales 20% se encontraba en fase SIDA. Por otro lado, de acuerdo a proyecciones de ONUSIDA, se estima para la misma gestión que en el país habría un total de 17.000 personas viviendo con VIH/SIDA, lo que significaría que poco menos del 50% no habría sido notificado.

La prevalencia de SIDA estimada para el año 2012 es de aproximadamente 83 personas por millón de habitantes, cifra que advierte una tendencia decreciente desde 2010, habiéndose alcanzado ya la meta al 2015⁵⁶.

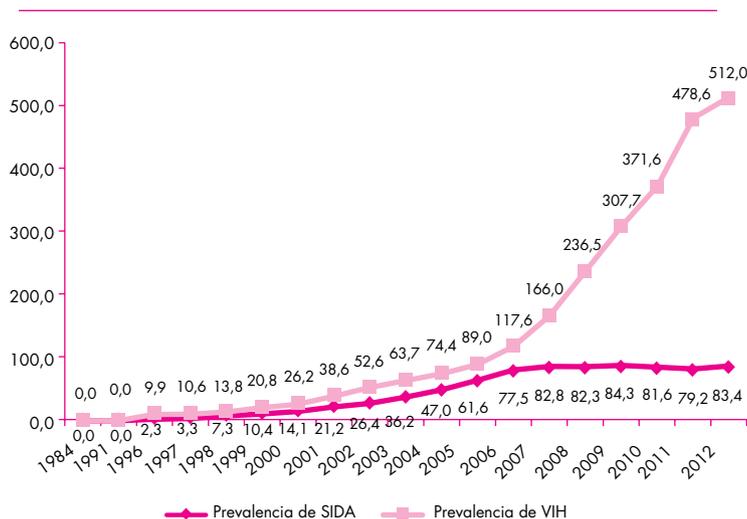
55 El indicador de prevalencia de SIDA mide el número de personas con SIDA hasta la gestión correspondiente sobre la población total del mismo año.

56 Hasta el Quinto informe de progreso de los ODM (2008) se hacía seguimiento al indicador de incidencia de VIH/SIDA, cuyo valor en la gestión 2006 alcanzó a 19,2 por millón de habitantes y la meta trazada al 2015 era de 13,0 por millón de habitantes. A partir del Sexto informe de progreso de los ODM (2010), se hace seguimiento al indicador de prevalencia de SIDA estimándose un valor de 82,6 por millón de habitantes para la gestión 2009. Asimismo, en el presente informe, el sector ajustó la meta de este indicador a un rango entre 80 y 85 casos por millón de habitantes.

Un análisis comparativo con la notificación de casos de infección por VIH que no han llegado a fase SIDA permite ver que se ha producido una atenuación en la tendencia de la prevalencia de SIDA, según se observa en el Gráfico 61:

GRÁFICO 61

Prevalencia de VIH/SIDA, 1984-2012



Fuente: MSD-Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Este comportamiento se explica por un incremento en la notificación de casos producto de una mayor oferta de pruebas de VIH, sobre todo en mujeres embarazadas y por un mayor acceso de las poblaciones clave a los servicios de salud, registrándose en total un incremento de pruebas de VIH de 129,6% anual.

En los últimos cinco años, el número de pruebas de VIH ha tenido un notable crecimiento: de 28.930 en 2007 a más de 350.000 el año 2012. Este aspecto determina en gran medida una detección más temprana y mayores oportunidades de tratamiento, evitando que las personas con VIH lleguen a desarrollar la fase SIDA.

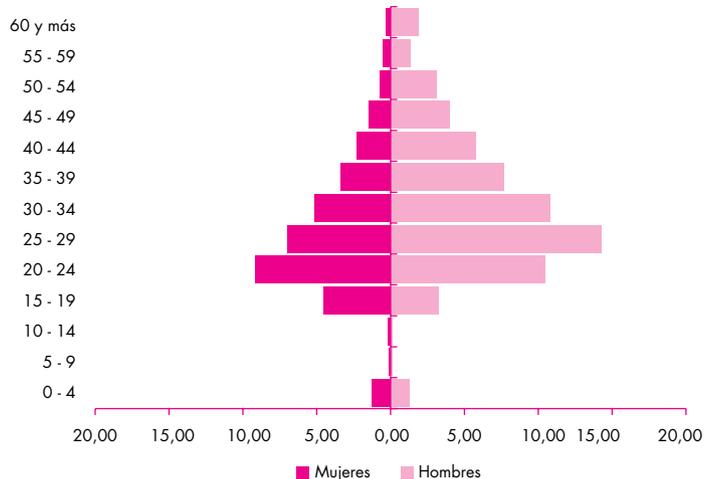
La distribución de casos notificados de VIH/SIDA por sexo y grupos de edad advierte una mayor proporción masculina y joven-adulta (Gráfico 62). La relación hombre/mujer es de 1,8, es decir, por cada 10 mujeres que tienen VIH/SIDA existen 18 hombres en la misma situación; más de la mitad de la población que tiene VIH/SIDA es joven-adulta, encontrándose entre las edades de 20 a 34 años (57%).

La situación departamental revela que la mayor concentración de casos notificados de VIH/SIDA se encuentra en los departamentos del eje troncal del país, Santa Cruz, Cochabamba y La Paz, que en conjunto reúnen al 90% de casos y determinan prácticamente el comportamiento de la enfermedad.

Asimismo, si bien La Paz concentra una gran proporción de casos sobre el total nacional con respecto a su población en exposición, su prevalencia es menor que Oruro y Tarija. Cochabamba, en cambio, es el departamento con mayor prevalencia, seguido de Santa Cruz, Oruro, Tarija, La Paz y Chuquisaca; por lo que el VIH/SIDA no es sólo un problema de las grandes ciudades (Cuadro 10).

GRÁFICO 62

Estructura por edad y sexo de personas con VIH/SIDA, 1984-2012



Fuente: MSD-Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

CUADRO 10

Prevalencia de SIDA por departamentos, 2004-2012 (número de casos por millón de habitantes)

Departamento	Prevalencia de SIDA									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012p	
Chuquisaca	20	20	23	23	22	25	31	27	27	
La Paz	24	36	40	39	34	34	41	42	43	
Cochabamba	26	43	65	95	113	149	182	177	180	
Oruro	19	28	25	36	43	58	51	62	60	
Potosí	5	5	7	5	3	0	1	0	1	
Tarija	18	37	40	47	44	44	44	45	45	
Santa Cruz	126	151	190	188	166	148	123	103	105	
Beni	18	25	24	17	5	0	4	0	0	
Pando	0	0	0	55	13	0	0	0	0	
Total	47	62	77	83	82	84	82	79	83	

Fuente: MSD-Programa Nacional ITS/VIH/SIDA
p: preliminar

PREVALENCIA DE VIH/SIDA ENTRE LAS PERSONAS DE 15 Y 24 AÑOS

Se requieren acciones coordinadas y focalizadas en grupos vulnerables para atenuar el incremento del VIH/SIDA.

La prevalencia de VIH/SIDA en personas de 15 a 24 años ha ido aumentando de manera persistente. Esto tiene implicancias en el ascenso de la enfermedad, ya que cada generación incrementa la probabilidad de incidir en una epidemia (Cuadro 11).

Según la ENDSA 2008, el estudio de Comportamiento, Actitudes y Prácticas (CAP) 2011 y los estudios de vigilancia de segunda generación en las poblaciones vulnerables (hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales), se ha identificado que existe un mayor grado de exposición al riesgo en las poblaciones más jóvenes debido a sus prácticas y conductas que se reflejan en un inicio más temprano de relaciones sexuales generalmente sin protección, poco acceso a la información y a barreras en el acceso libre a la prueba de VIH, entre otros factores. En este marco, el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA ha ido fortaleciendo un trabajo sostenido con el Ministerio de Educación, unidades militares y trabajos focalizados en los grupos vulnerables para llegar con información adecuada a esta población.

PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 15 A 24 AÑOS QUE TIENE CONOCIMIENTO AMPLIO Y CORRECTO SOBRE EL VIH/SIDA

Se incrementa la población joven con conocimiento adecuado sobre el VIH/SIDA, sin embargo la proporción es escasa.

Corresponde a la proporción de mujeres u hombres entre 15 y 24 años de edad que pueden identificar correctamente las dos formas principales de prevenir la transmisión sexual del VIH (utilización de preservativos y limitando las relaciones sexuales a una pareja fiel y no infectada). Además se reconocen dos ideas erróneas acerca de la transmisión del SIDA (picadura de mosquito y compartir los alimentos con una persona infectada) y el hecho de saber que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH.

De acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) del año 2008, el 22,4% de las mujeres entre 15 y 24 años tienen un conocimiento amplio y correcto del VIH/SIDA. En el rango de edad de 15 a 24 años, los hombres (27,7%) tienen más conocimientos sobre el VIH y el SIDA que las mujeres.

Entre las mujeres, el conocimiento amplio y correcto del VIH/SIDA fue de 29,3% en el área rural y de 7,6% en el área urbana. Mientras que en los hombres fue de 34,5% en el área rural y de 12,8% en el área urbana. A pesar de que entre los años 2003 y 2008 se observa un incremento en el porcentaje de mujeres y hombres que tienen un conocimiento correcto del VIH/SIDA, es necesario implementar acciones de prevención dirigidas a estos grupos de población considerados como los más vulnerables en VIH/SIDA (Gráfico 63).

CUADRO 11

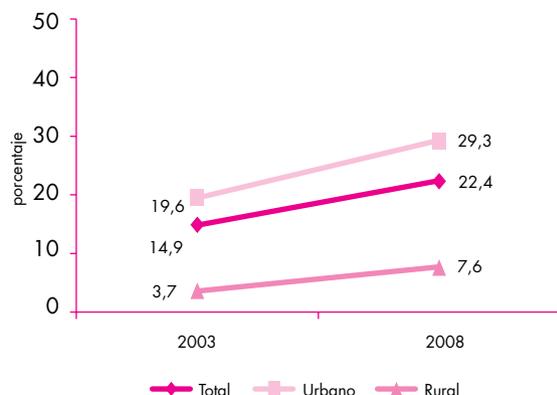
Prevalencia de VIH/SIDA en la población de 15 a 24 años de edad: 2004-2012

Años	VIH	SIDA	VIH/SIDA	Población	Muertes por SIDA	PVVSIDA	Prevalencia VIH/SIDA
2004	36	21	57	1.784.685	0	288	161
2005	52	29	81	1.835.603	0	369	201
2006	103	31	134	1.883.295	1	502	267
2007	148	19	167	1.933.915	6	663	343
2008	256	17	273	1.985.131	6	930	468
2009	270	26	296	2.034.608	7	1.219	599
2010	316	22	338	2.080.012	5	1.552	746
2011	452	13	465	2.121.192	5	2.012	949
2012p	209	15	214	2.159.704	6	2.220	973

Fuente: MSD-Programa Nacional ITS/VIH/SIDA
p: preliminar

GRÁFICO 63A

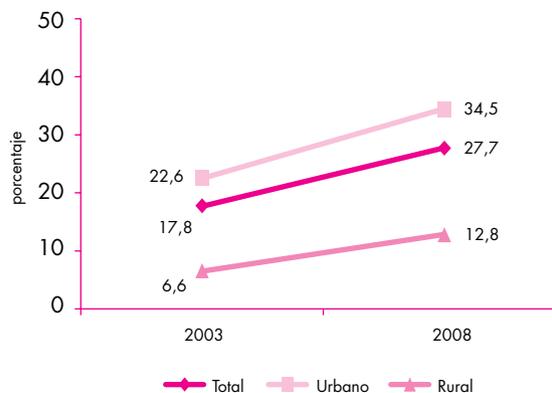
Mujeres de 15 a 24 años que tienen conocimientos amplios y correctos sobre VIH/SIDA



Fuente: UDAPE, con datos de las ENDSA 2003 y 2008

GRÁFICO 63B

Hombres de 15 a 24 años que tienen conocimientos amplios y correctos sobre VIH/SIDA



Fuente: UDAPE, con datos de las ENDSA 2003 y 2008

El estudio CAP 2011 realizado en las ciudades de mayor concentración urbana y de casos de VIH, revela niveles de conocimientos más bajos en mujeres y hombres, según se observa en el Cuadro 12.

Si se contrasta esta información con el conocimiento correcto de VIH/SIDA en poblaciones GBT-HSH (gay, bisexual y transexual-hombres que tienen sexo con hombres), la diferencia es bastante marcada, alcanzando a 55%; sin embargo, observando esta incidencia en las trabajadoras sexuales, el nivel alcanza apenas a 3,4% (Cuadro 13).

CUADRO 12

Mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH (porcentaje)

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Identifica y rechaza	Muestra total	%	Identifica y rechaza	Muestra total	%
15-19	82	530	15,5	59	466	12,7
20-24	37	376	9,8	15	231	6,5
Total	119	906	13,1	74	697	10,6

Fuente: Estudio CAP en la Población General-2011 (información preliminar)

CUADRO 13

Poblaciones más expuestas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH (porcentaje)

Grupos de edad	Estudio SEMVBO-2008			Estudio PREVETS-2010		
	Población GBT-HSH			Trabajadoras sexuales		
	Identifica y rechaza	Muestra total	%	Identifica y rechaza	Muestra total	%
15-24	306	575	53,2	22	740	3,0
25-49	257	445	57,7	46	1.250	3,7
Total	563	1.019	55,2	68	1.990	3,4

Fuente: Estudio de Sexualidad masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO), 2008; Estudio de prevalencia de VIH e ITS en trabajadoras sexuales (PREVETS), 2010



Meta 6B

Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten



Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1. Personas portadoras del VIH con infección avanzada que reciben terapia antiretroviral	382 (2006p)	2.278 (2012p)	-	-

p: preliminar

El indicador internacional hace referencia a la "Proporción de la población portadora del VIH con *infección avanzada* que tiene acceso a medicamentos antiretrovirales"; definiéndose que una persona con infección avanzada es la persona elegible de acuerdo con el protocolo de terapia antirretroviral y criterios OMS/ONUSIDA.

PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN PORTADORA DEL VIH CON INFECCIÓN AVANZADA QUE TIENE ACCESO A MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES

Más personas con VIH reciben terapia antirretroviral.

El número de personas con infección avanzada que recibe terapia antiretroviral continúa en aumento. En los últimos 4 años, el incremento promedio anual ha sido de 67,6% aproximadamente (Cuadro 14).

CUADRO 14

Adultos y niños elegibles que reciben TARV

Gestión	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012p
Personas con infección avanzada que reciben terapia antiretroviral	382	496	758	1.115	1.261	1.865	2.278

Fuente: MSD-Programa Nacional ITS/VIH/SIDA; p: preliminar.



Meta 6C

Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves



Indicadores Meta 6C	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1. Índice de parasitosis anual (IPA) de la malaria (por mil habitantes)	7,5 (1990)	2,1 (2012)	2,0	-0,1
2. Porcentaje de municipios con tasa de infestación de Chagas mayor al 3%	56,0 (2003)	35,3 (2012)	0,0	-37,9
3. Porcentaje de pacientes con tuberculosis curados del total de pacientes notificados	71,2 (2000)	84,2 (2011)	95,0	-9,1

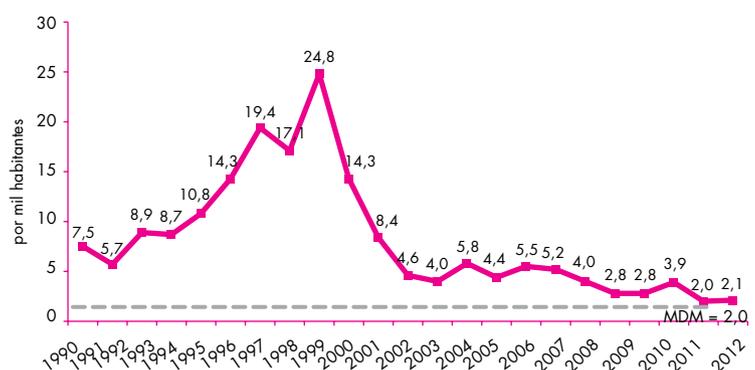
ÍNDICE DE PARASITOSIS ANUAL (IPA) DE MALARIA⁵⁷

Se alcanzó la meta en 2011.

El índice de parasitosis anual (IPA) que mide la incidencia de paludismo o lo que en el país se conoce más como malaria, es una enfermedad tropical que se concentra en regiones cálidas y boscosas. De acuerdo a la evaluación que realiza anualmente el Programa Nacional de Malaria del Ministerio de Salud, la incidencia estaría bajo control. Antes de la gestión 1994 y después de 2000, el indicador ha mantenido niveles inferiores a 10 por mil habitantes, sólo en el periodo 1994-1999 alcanzó niveles superiores (Gráfico 64).

GRÁFICO 64

Índice de parasitosis anual 1990-2012



Fuente: MSD-Programa Nacional de Malaria

La malaria, a pesar de ser una enfermedad tropical, se concentra precisamente en los departamentos de Beni y Pando, y no así en Santa Cruz, lo que indicaría que las condiciones

⁵⁷ El IPA es la proporción de casos de malaria atendidos sobre la población expuesta. El indicador se mide sobre mil habitantes en zona endémicas.

para que surja esta enfermedad no sólo se debe a la condición del piso ecológico sino también a otras condiciones, como las de habitabilidad precaria.

La incidencia de malaria nacional está claramente determinada por los departamentos de Pando y Beni (Cuadro 15). Es precisamente debido al incremento del índice de este último departamento que se produce a nivel nacio-

nal un leve ascenso entre 2011 y 2012, siendo que el resto de los departamentos desciende su nivel (exceptuando La Paz y Santa Cruz).

Desde el año 2008, el Programa Nacional de Malaria ha venido actualizando el número de municipios endémicos, lo que ha facilitado ejecutar intervenciones en los departamentos con mayor presencia de malaria. A partir de este ajuste, el IPA para el año 2012 es de 5,2 por mil habitantes (Cuadro 16).

CUADRO 15

Índice de parasitosis anual de malaria según departamento, 2006-2012

Departamento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Chuquisaca	2,0	2,0	0,9	0,6	1,5	1,3	0,9
La Paz	2,9	0,8	1,6	3,8	3,4	1,9	3,4
Cochabamba	0,3	0,4	0,7	0,2	0,5	0,9	0,4
Potosí	3,3	4,4	5,2	4,0	0,9	1,3	0,1
Tarija	7,8	5,8	6,1	5,4	6,2	1,4	0,8
Santa Cruz	0,2	0,2	0,4	0,5	0,3	0,2	0,1
Beni	47,7	42,8	22,1	19,7	24,1	15,2	17,1
Pando	24,1	22,0	13,1	23,0	33,4	16,8	13,7
Bolivia	5,2	4,0	2,8	2,8	3,9	2,0	2,1

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes - Programa Nacional de Malaria

CUADRO 16

IPA ajustado con transmisión activa según departamento, 2006-2012

Departamento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Chuquisaca	3,0	2,7	1,0	0,6	1,5	1,3	0,9
La Paz	3,1	0,9	2,4	4,8	3,4	1,9	3,4
Cochabamba	0,7	0,6	1,0	0,3	0,5	0,9	0,4
Potosí	4,4	6,6	5,6	4,3	1,2	1,3	0,1
Tarija	7,9	5,8	6,1	5,4	6,2	1,4	0,8
Santa Cruz	1,1	1,0	2,5	3,2	2,0	1,2	0,5
Beni	60,2	45,5	25,4	21,4	24,1	15,2	17,1
Pando	37,9	33,3	19,5	34,1	33,4	16,8	13,7
Bolivia	13,3	10,4	7,0	7,0	9,3	4,8	5,2

Fuente: MSD-Programa Nacional de Malaria

La participación porcentual de casos de malaria registrados por departamentos entre 2006 y 2012 no ha variado sustancialmente, con excepción de Beni y Pando. La participación de Beni disminuyó de 75% a 70%, mientras que la de Pando se ha incrementado de 8% a 16%. En 2012, sólo los dos departamentos representan al 86% de casos (Cuadro 17).

Según el Programa Nacional de Malaria, la mayor proporción de casos reportados de malaria se encuentra en el área rural, mientras que menos del 15% se localiza en el área urbana. La ciudad de Guayaramerín (Beni) continúa siendo el área urbana con mayor

número de casos reportados, debido a que el río Arroyo Las Arenas se ha constituido en un gran criadero de mosquitos transmisores de malaria.

En el mapa, se puede observar la clasificación de municipios según el grado de endemia: los municipios clasificados con hiperendemia son siete, de los cuales cinco se encuentran en el departamento de Pando, uno en el departamento del Beni y uno en el departamento de La Paz. Los municipios con alta endemia son siete, de los cuales cinco están situados en el departamento de Pando y dos en el departamento de Beni. Finalmente los municipios categorizados con endemia mediana son 48 y con endemia baja son 4 y están dispersos por todos los departamentos, exceptuando Oruro (Mapa 2).

CUADRO 17

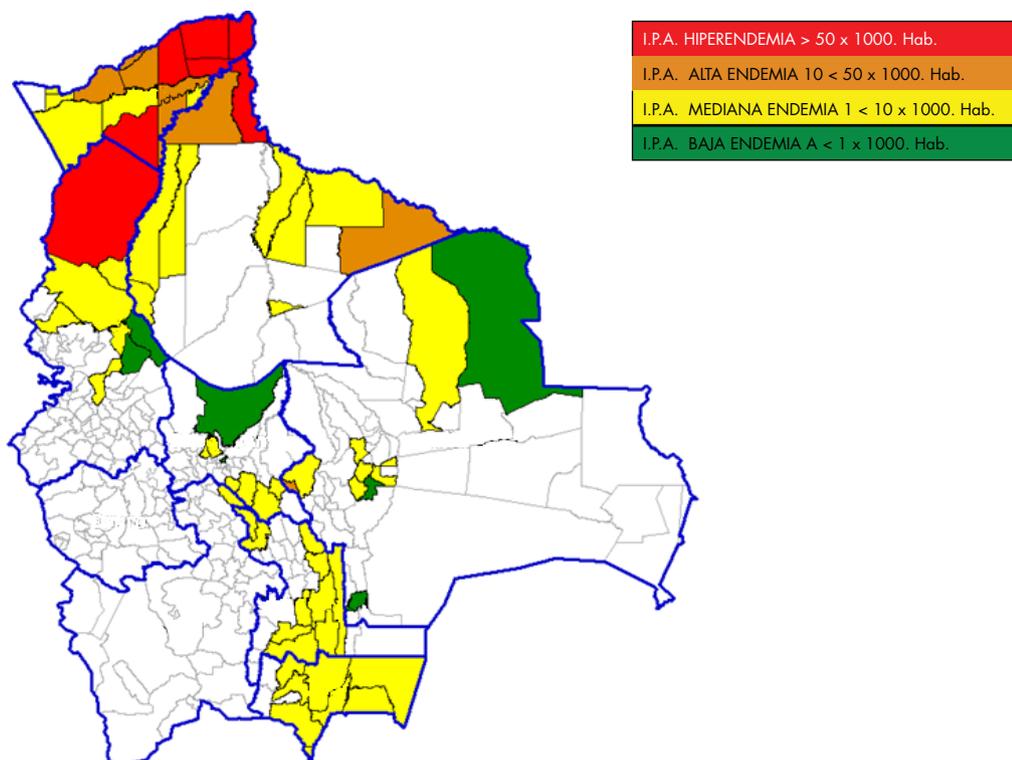
Casos registrados de malaria

Departamento	Casos registrados de malaria							%		
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2006	2011	2012
Chuquisaca	297	294	132	88	151	192	145	2%	3%	2%
La Paz	502	138	247	547	545	346	456	3%	5%	6%
Cochabamba	138	143	250	72	71	115	43	1%	2%	1%
Potosí	119	138	156	114	34	46	3	1%	1%	0%
Tarija	1.779	1.289	1.424	1.252	1.517	348	213	9%	5%	3%
Santa Cruz	473	422	913	1.187	797	450	168	2%	6%	2%
Beni	14.203	10.882	5.826	5.067	7.943	3.417	5.193	75%	48%	70%
Pando	1.484	1.304	800	1.416	2.711	2.211	1.194	8%	31%	16%
Bolivia	18.995	14.610	9.748	9.743	13.769	7.143	7.415	100%	100%	100%

Fuente: MSD-Programa Nacional de Malaria

MAPA 2

Casos de malaria de los municipios, 2012



Fuente: MSD-Programa Nacional de Malaria

PORCENTAJE DE MUNICIPIOS CON TASA DE INFESTACIÓN DE CHAGAS MAYOR AL 3%

Es necesario realizar mayores esfuerzos para alcanzar la meta al 2015.

En el año 2012, el porcentaje de municipios endémicos con infestación mayor al 3% alcanzó al 35,3%⁵⁸. El cumplimiento de esta meta requerirá mayores esfuerzos, toda vez que el compromiso del país es alcanzar hasta el 2015 cero municipios con tasa de infestación de Chagas mayor al 3% (Cuadro 18).

CUADRO 18

Municipios endémicos de Chagas

Año	Nº municipios endémicos	Nº municipios endémicos evaluados	Nº municipios endémicos evaluados con infestación mayor al 3%	% municipios endémicos evaluados con infestación mayor al 3%
2009	168	123	33	26,8%
2010	170	126	50	39,7%
2011	170	116	44	37,9%
2012	155	116	41	35,3%

Fuente: MSD-Programa Nacional contra el Chagas

A nivel nacional, seis de nueve departamentos son endémicos a la enfermedad, los departamentos libres de infestación de Chagas por el vector *Triatoma infestans* son: Oruro, Beni y Pando, aunque es necesario resaltar que las actividades de evaluación entomológica que se desarrollaron en el departamento del Beni señalaron la existencia de triatominos secundarios capaces de transmitir la enfermedad. El Programa Nacional de Chagas incorporará al departamento del Beni en las acciones regulares, principalmente en investigación y monitoreo.

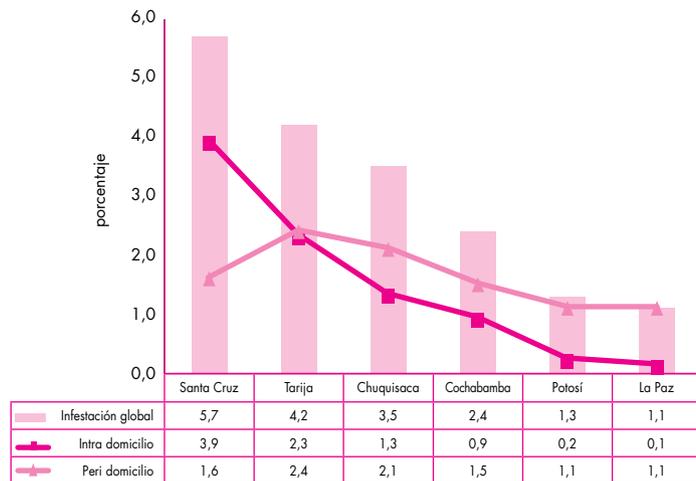
⁵⁸ El mayor número de municipios endémicos a partir del año 2010 se debe a la creación de dos nuevos municipios, Villa Charcas y Copacata, que se desprendieron de los municipios Incahuasi y Morochata, respectivamente. El dato del año 2009 fue ajustado al número de municipios endémicos evaluados, por lo que cambió de 19,6 a 26,8.

Según el Programa Nacional de Chagas, en Tarija, los municipios que muestran un índice mayor a 3% son los que se encuentran en la región del Chaco. Allí se pudo comprobar la resistencia del vector a insecticidas piretroides⁵⁹. En su reemplazo, se viene utilizando carbamato Bendiocarb (PM 80%) (Cuadro 19).

De acuerdo a la evaluación entomológica postrociado efectuada en toda el área endémica del país, se advierte que el departamento de Santa Cruz muestra el Índice de Infestación Global (IIG) más elevado (5,7%) y el departamento de La Paz el más bajo (1,1%) (Gráfico 65). Este último departamento obtuvo la certificación a nivel internacional sin transmisión vectorial en intradomicilio y el departamento de Potosí se encuentra en proceso de esta certificación.

GRÁFICO 65

Índice de Infestación Global (IIG), Intra (III) y Peridomicilio (IIP) por *Triatoma infestans* (vinchuca) según departamento gestión 2011



Fuente: MSD-Programa Nacional contra el Chagas

CUADRO 19

Municipios evaluados con infestación de Chagas

Departamento	2009		2010		2011		2012	
	Nº de municipios evaluados con infestación menor a 3%	Nº de municipios evaluados con infestación mayor a 3%	Nº de municipios evaluados con infestación menor a 3%	Nº de municipios evaluados con infestación mayor a 3%	Nº de municipios evaluados con infestación menor a 3%	Nº de municipios evaluados con infestación mayor a 3%	Nº de municipios evaluados con infestación menor a 3%	Nº de municipios evaluados con infestación mayor a 3%
Chuquisaca	15	12	10	19	10	16	14	15
La Paz	11	0	13	3	13	0	8	0
Cochabamba	32	7	26	12	24	12	30	9
Potosí	15	3	17	2	15	3	16	4
Tarija	6	4	7	3	7	3	5	5
Santa Cruz	11	7	3	11	3	10	2	8
Total	90	33	76	50	72	44	75	41

Fuente: MSD-Programa Nacional contra el Chagas

⁵⁹ Los piretroides son moléculas con actividad insecticida que se aplican a cosechas, plantas de jardines, animales domésticos y también directamente a seres humanos. Los piretroides en el aire son degradados rápidamente en uno o dos días por la luz o por otros compuestos que se encuentran en la atmósfera.

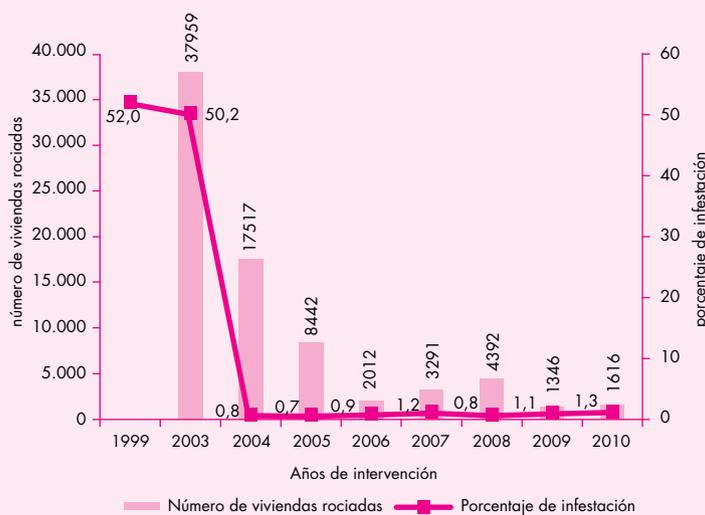
El Bendiocarb 80 WP ha sido utilizado en tratamientos residuales intradomiciliares para el control de anofelinos y triatomas. Los bioensayos realizados en Mozambique demostraron que el Bendiocarb tiene una residualidad efectiva de 6 meses.

Recuadro 4:

Certifican a nivel internacional al departamento de La Paz sin transmisión vectorial en intradomicilio

En el año 1999 y antes del inicio de las actividades de control vectorial, la infestación global inicial de viviendas por *Triatoma infestans* alcanzaba el 52% de los municipios endémicos del departamento de La Paz.

Comportamiento de la tendencia del índice de infestación de viviendas por *Triatoma infestans* en el departamento de La Paz (1999-2010)



Fuente: MSD-Programa Nacional contra el Chagas

Las acciones desarrolladas de control vectorial y vigilancia entomológica asumidas por el Programa Departamental de Chagas La Paz en los años 2000 al 2004 tuvieron un importante efecto reduciendo la infestación vectorial en las viviendas del área rural al 0,8%. Del año 2005 al 2010, la infestación vectorial en el departamento de La Paz se mantuvo entre 0,7% y 1,3%.

Si bien los datos actuales de infestación en los 23 municipios endémicos del departamento de La Paz están por debajo del 1,3%, el Programa Departamental de Chagas continúa desarrollando actividades técnico operativas en las comunidades de base con el fin de mantener o disminuir la presencia del vector en los domicilios rurales.

La estratificación de riesgo a nivel de comunidades en 23 municipios del área endémica del departamento de La Paz evidencia que 13 comunidades se encuentran en alto riesgo, 43 comunidades en mediano riesgo y 846 comunidades en bajo riesgo.

PORCENTAJE DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS⁶⁰ CURADOS DEL TOTAL DE PACIENTES NOTIFICADOS

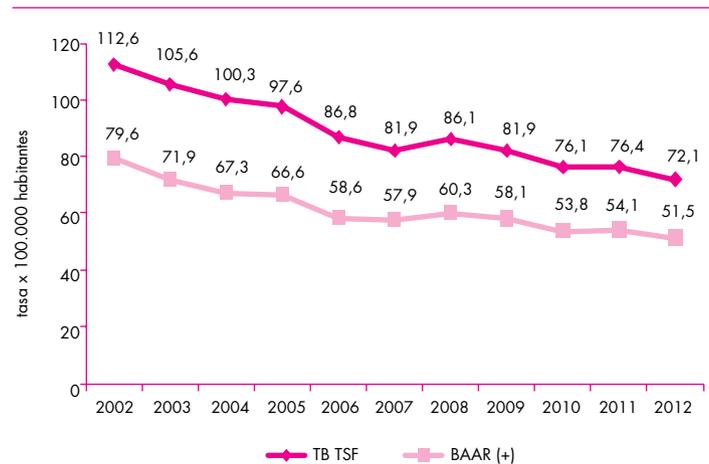
Las actividades de seguimiento a los pacientes para que concluyan el tratamiento ha dado resultados positivos.

Según el Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en 2012 el número de casos nuevos notificados de Tuberculosis en todas sus formas (TB TSF) fue de 7.804, alcanzando una tasa de incidencia de 72,1 casos x 100.000 habitantes. De este total, 5.569 son casos nuevos de tuberculosis pulmonar BAAR (+) (TBP BAAR (+)) y se tiene una tasa de incidencia de 51,5 casos x 100.000 habitantes. Esta situación ubica al país entre los doce países de Latinoamérica con más alta carga de tuberculosis (Perú, Bolivia, Haití, República Dominicana, México, Honduras, Ecuador, Brasil, Nicaragua, Guyana, Colombia y Guatemala)⁶¹ (Gráfico 66).

Si bien la tendencia de las tasas de incidencia notificadas de casos nuevos de TB TSF y TBP BAAR(+) son descendentes desde la gestión 2002, con leves incrementos en las gestiones 2008 y 2011, no se advierte una mejora en el control de la enfermedad, debido a que en más del 50% de los casos TBP BAAR(+) presentan diagnóstico tardío al momento de su detección, lo que evidencia la diseminación de la enfermedad entre sus contactos cercanos y la población en general (Mapa 3).

GRÁFICO 66

Tasa de incidencia notificada de casos nuevos de TB TSF, TBP BAAR(+) x 100.000 hab. Bolivia, 2001-2012



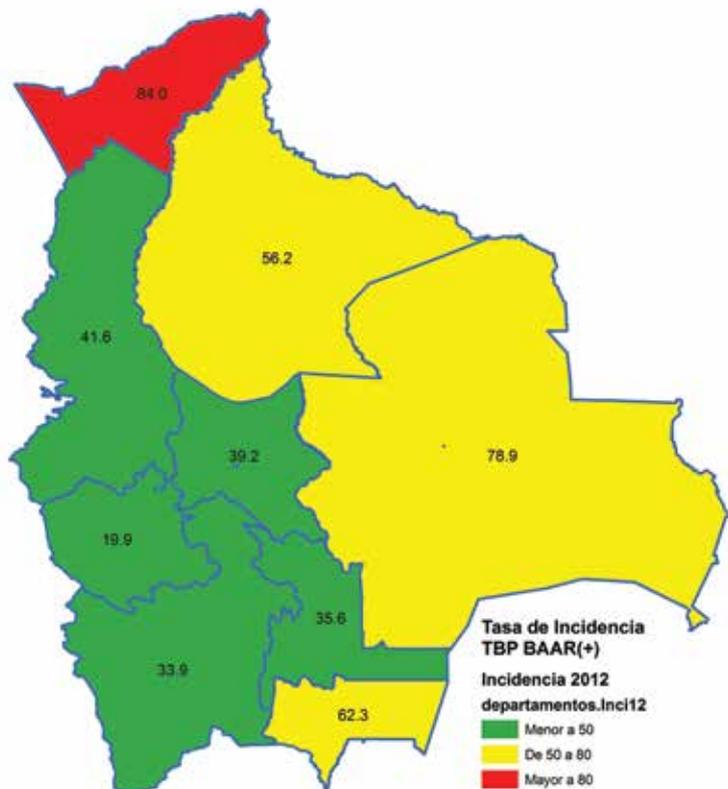
Fuente: MSD-Programa Nacional de Control de Tuberculosis

⁶⁰ La tuberculosis es una enfermedad infecto contagiosa producida por un micro-organismo llamado *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo tuberculoso; es de evolución crónica y tiene determinantes socioeconómicos. Se estima que 10 de 100 infectados (10%) desarrollan la enfermedad, 5% en los dos primeros años que siguen a la infección y otro 5% más tardíamente. Si bien la tuberculosis afecta principalmente a los pulmones, también puede afectar a otros órganos (pleura, ganglios linfáticos, columna vertebral, articulaciones, tracto genitourinario, sistema nervioso, etc.).

⁶¹ Según datos estimados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicados en el WHO Report 2012 Global Tuberculosis Control, en Bolivia, el 2010 existían 13 mil personas con Tuberculosis en todas sus formas (TB TSF) incluyendo casos de VIH, estimándose una tasa de incidencia de 135 casos TB TSF (tuberculosis en todas sus formas) por 100 mil habitantes.

MAPA 3

Bolivia: Tasa de incidencia notificada de casos nuevos TBP BAAR(+) según municipio, 2012



Fuente: MSD-Programa Nacional de Control de Tuberculosis

A nivel departamental, Pando es el departamento con más alta incidencia (84 casos x 100.000 habitantes), seguido de Santa Cruz, Tarija y Beni que presentan tasas de 78,9, 62,7 y 56,2 casos x 100.000 habitantes respectivamente. El resto de los departamentos presentan tasas inferiores a 50 casos x 100.000 habitantes. Asimismo, la proporción de pacientes curados de TBP BAAR (+) más alta está en el departamento de Tarija (89,8%), mientras que la más baja se encuentra en Potosí (77,2 %) (Cuadro 20).

CUADRO 20

Tasa de incidencia notificada de casos nuevos TBP BAAR(+) 2012 y porcentaje de pacientes curados de tuberculosis 2011

Departamento	Tasa de incidencia (x 100.000 habitantes)	% pacientes curados de tuberculosis
La Paz	41,6	81,8
Oruro	19,9	84,5
Potosí	33,8	77,2
Cochabamba	39,2	83,0
Chuquisaca	35,6	86,7
Tarija	62,7	89,8
Santa Cruz	78,9	85,6
Beni	56,2	82,6
Pando	84,0	88,0
Total	51,5	84,2

Fuente: MSD-Programa Nacional de Control de Tuberculosis

Los grupos de población más afectados por esta enfermedad son los que se encuentran entre los 15 y 34 años de edad, lo que evidencia que el contagio de la enfermedad se inicia a edad temprana y afecta a la población económicamente activa.

Asimismo, es una enfermedad que afecta predominantemente a los varones, ya que la razón es de 1,5 hombres por mujer. El predominio del sexo masculino en la enfermedad se da a consecuencia del mayor número de factores de riesgo⁶² en este sexo, tales como el alcoholismo, el tabaquismo y el VIH (Gráfico 67).

En la gestión 2012⁶³ se curó a 4.854 casos nuevos de tuberculosis pulmonar BAAR(+), representando un 84,2% respecto al total de casos notificados. El porcentaje de pacientes nuevos con TBP BAAR(+) curados⁶⁴ el 2011 fue superior (85,3%) al reportado el año 2010 (83,7%), debido a que se han venido realizando esfuerzos en el fortalecimiento de las actividades de seguimiento a los pacientes para que concluyan el tratamiento (Gráfico 68).

Existe un 2,2% de los pacientes que terminaron su tratamiento, pero no pudieron ser dados de alta, debido a que no cumplieron con la baciloscopia obligatoria de egreso, la misma que debe dar un resultado negativo.

62 Se define como factor de riesgo aquella característica o atributo biológico, social y ambiental que, cuando está presente en un individuo, se asocia con un aumento de la probabilidad de experimentar un daño.

63 En razón a que las cohortes de tratamiento se toman de enero a diciembre de cada año y el tratamiento de la tuberculosis dura seis meses como mínimo, el número total de pacientes curados se conoce con un año de rezago. Por tanto, en el presente informe se exhibe el dato del año 2011.

64 La definición de "curado" indica: paciente inicialmente BAAR(+) con tratamiento terminado que presenta baciloscopia negativa al sexto mes de tratamiento. De acuerdo al "Plan Regional de control de Tuberculosis 2006-2015" de la OPS/OMS, la meta indica notificar más del 70% de los casos nuevos TBP BAAR(+) y curar al 85% de los mismos para el 2015.

GRÁFICO 67

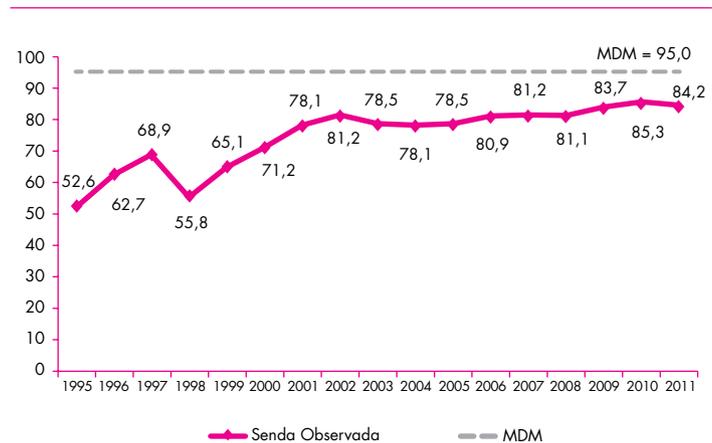
Número de casos nuevos de TBP BAAR(+) y tasa de incidencia notificada de casos nuevos de TBP BAAR(+) según grupo etario y sexo, Bolivia 2012



Fuente: MSD-Programa Nacional de Control de Tuberculosis

GRÁFICO 68

Evolución del porcentaje de casos curados de tuberculosis pulmonar BAAR(+) del total notificados, Bolivia 1995-2011



Fuente: MSD-Programa Nacional de Control de Tuberculosis

PRINCIPALES ACCIONES DEL OBJETIVO 6

VIH/SIDA

Se han consolidado los Centros Departamentales/Regionales de Información Vigilancia y Referencia (CDVIR/CRVIR).

El Ministerio de Salud y Deportes a través del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA ha ampliado, en la novena ronda del Fondo Mundial, el financiamiento de algunas acciones del Plan Estratégico Multisectorial 2008-2012.

Ley N° 3729 de 8 de agosto de 2007 de Prevención del VIH-SIDA, Protección de los Derechos Humanos y Asistencia Integral Multidisciplinaria para las Personas que Viven con el VIH-SIDA.

En el marco del financiamiento del Fondo Mundial y según los objetivos de Acceso Universal, el país ha venido impulsando una serie de acciones para mejorar el acceso a los antirretrovirales y la efectividad de los esquemas suministrados. Desde las instancias del Comité Farmacoterapéutico Nacional se han estandarizado los protocolos de atención y se han ido diseñando mecanismos para mejorar la adherencia al tratamiento.

Malaria

De acuerdo al Programa Nacional de Malaria, la disminución de casos notificados se

explica principalmente por la intervención del proyecto “Bolivia Libre de Malaria”, que tiene como objetivo estratégico reducir la morbilidad por malaria en 50% para fines del 2013 y eliminar la malaria por *P. falciparum* para 2015.

Chagas

El Programa Nacional Chagas está fortaleciendo el Sistema de Vigilancia con la participación de la comunidad. Asimismo está promoviendo el desarrollo de un sistema de alerta de denuncias de viviendas positivas.

Por las intervenciones realizadas por el Programa Nacional Chagas, se ha certificado a nivel internacional a los departamentos de Potosí y La Paz como libres de transmisión vectorial en intradomicilio.

Tuberculosis

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis ha fortalecido las actividades de seguimiento a los pacientes para que terminen su tratamiento; para ello se han realizado alianzas estratégicas con Organizaciones Sociales y representantes de Pueblos Indígenas, además de actividades informativas y de cooperación con los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis.

Por otro lado, se han capacitado a ex-pacientes como promotores de salud que cooperarán en actividades informativas sobre la tuberculosis.





OBJETIVO 7

**Garantizar la
sostenibilidad
del medio
ambiente**

Meta 7A

Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y revertir la pérdida de recursos del medio ambiente



Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1. Porcentaje de la superficie nacional cubierta por bosques	-	53,9 (2010)*	-	-
2. Superficie nacional ocupada por áreas protegidas** (millones de hectáreas)	16,8 (2001)	17,1 (2011)	17,2	Cumplida
3. Consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (Toneladas de PAO***)	80,3 (2001)	0,0 (2011)	0,0	Cumplida

* Mapa de Uso Actual de la Tierra de Bolivia-2010

** Corresponde a las áreas protegidas de carácter nacional

*** PAO: Potencial de agotamiento de ozono

La preocupación sobre la problemática ambiental en Bolivia se traduce en el reconocimiento de que la conservación, protección y aprovechamiento de manera sustentable de los recursos naturales y su biodiversidad es deber del Estado y de la población. En consecuencia, se vienen realizando investigaciones que tienen por objeto sistematizar los conocimientos sobre el patrimonio natural y el estado ambiental de Bolivia. El diagnóstico del estado ambiental⁶⁵ del país indica que éste aún es bueno en relación a países de la región y del mundo. Sin embargo, esta situación puede tener una tendencia negativa, dado que el deterioro del mismo se orienta a la reducción de la calidad y disponibilidad de los principales recursos naturales como el agua, el aire, ecosistemas y suelo, por lo que amerita la implementación de un sistema de conservación y manejo integral y sustentable de los recursos naturales.

PORCENTAJE DE LA SUPERFICIE NACIONAL CUBIERTA POR BOSQUES

Los bosques constituyen un desafío en su conservación y aprovechamiento sostenible.

Los bosques constituyen sistemas de vida en los que interactúan varios componentes como la tierra, la vegetación, seres humanos, animales, agua y aire. Bolivia ocupa el sexto lugar en extensión de bosques tropicales en el mundo y el décimo quinto en cobertura boscosa (ABT, 2010).

⁶⁵ Línea de Base actualizada del estado de conservación de las áreas protegidas a nivel nacional de Bolivia.

Según el Mapa de cobertura y uso actual de la tierra⁶⁶, de 109,9 millones de hectáreas que representan la superficie total de Bolivia, 59,2 millones corresponde a bosques naturales equivalentes a 53,9%, constituyéndose en un gran desafío su conservación y aprovechamiento sostenible. Para tal efecto, es necesario el fortalecimiento de los sistemas de información e instituciones que permitan el cumplimiento del régimen forestal.

En los últimos años, los sistemas de vida de los bosques han sido permanentemente amenazados por la deforestación y la degradación, debido al interés desmedido en la explotación de la madera, la expansión de la frontera agrícola en tierras de vocación forestal y la contaminación de las aguas y de los ecosistemas. De acuerdo a la Autoridad de Fiscalización y Control Social de Bosques y Tierras (ABT), en el periodo 1997-2010, la superficie de bosques desforestados ilegalmente asciende a 749.488 hectáreas, estableciendo una tasa promedio de deforestación anual de alrededor de 60 mil hectáreas.

SUPERFICIE NACIONAL OCUPADA POR ÁREAS PROTEGIDAS⁶⁷

Se mantiene la superficie de áreas protegidas. Bolivia cuenta con 22 áreas protegidas de carácter nacional, las cuales se encuentran bajo administración del Servicio Nacional de Áreas Protegidas (SERNAP). La superficie de estas áreas alcanza a 17,1 millones de hectáreas (Gráfico 69). Asimismo, cuenta con áreas protegidas de carácter departamental y municipal, teniendo una superficie de 6,7 millones de hectáreas, que sumada a las áreas protegidas nacionales asciende a 23,7 millones de hectáreas.

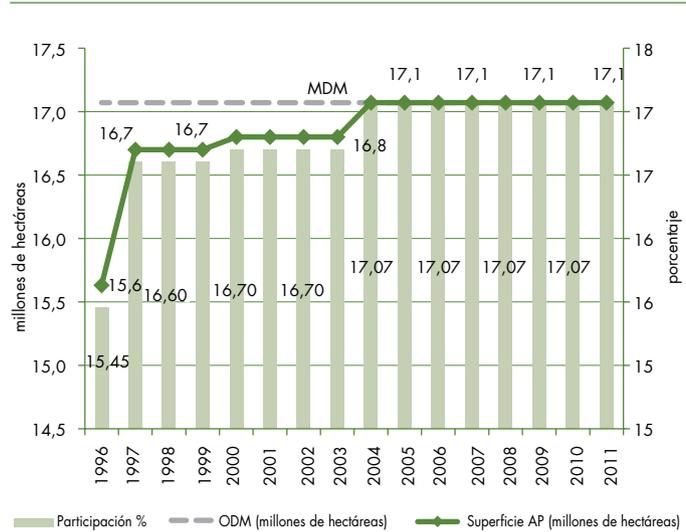
En las áreas protegidas de carácter nacional, predominan la categoría de parques nacionales y áreas naturales de manejo integrado (PN ANMI). Dentro de estas áreas se cuenta con 7 parques nacionales y áreas naturales de manejo integrado, 6 parques nacionales, 3 áreas naturales de manejo integrado, 2 reservas de la biósfera, 2 reservas nacionales de flora y fauna, 1 reserva biológica y 1 reserva nacional de la vida silvestre amazónica.

El área protegida de mayor superficie es el PN ANMI Kaa-lyá del Gran Chaco, situado en el departamento de Santa Cruz con 3,4 millones de hectáreas, seguido por el ANMI San Matías, situado en Santa Cruz, con una superficie de 2,9 millones de hectáreas y el PN ANMI Madidi situado en La Paz, que cuenta con 1,9 millones hectáreas. Por otro lado, el área protegida más antigua en Bolivia, de acuerdo a su fecha de creación, es el PN Sajama (1939), a diferencia del PN ANMI Iñaño, creado en el año 2004.

La diversidad cultural en áreas protegidas de carácter nacional es relevante. Se estima que viven alrededor de 200.000 habitantes en más de 800 comunidades predominantemente indígenas y campesinas.

GRÁFICO 69

Evolución de la superficie bajo área protegida, 1996-2011



Fuente: Elaborado en base a Encuestas con base en información del SERNAP

66 Actualizado por la Unidad Técnica Nacional de Información de la Tierra-Viceministerio de Tierras.

67 Los datos reportados provienen del Plan Maestro del Sistema Nacional de Áreas Protegidas de Bolivia (SERNAP, 2012).

Respecto a las áreas subnacionales, se identificó 25 áreas protegidas departamentales, distribuidas en 8 departamentos y 83 áreas protegidas municipales distribuidas en 47 municipios.

Un avance importante ha sido la participación social en la gestión de las Áreas Protegidas a través del Comité de Gestión (SERNAP, 2012).

CONSUMO DE SUSTANCIAS AGOTADORAS DE LA CAPA DE OZONO (SAO)

Se ha eliminado el consumo de sustancias agotadoras del ozono.

La concentración de la Capa de Ozono representa el escudo protector del Planeta, evitando que la radiación del Sol (ultravioleta UV-B), llegue hasta la superficie terrestre. La destrucción de la capa de ozono, ha dado lugar, desde la década de los ochenta, a un proceso de reducción gradual de las sustancias responsables de esta destrucción, impulsado principalmente por el Acuerdo Internacional "Protocolo de Montreal" y sus enmiendas.

A partir del año 2009, el cumplimiento de este acuerdo es de carácter universal, permitiendo eliminar estas sustancias del Planeta, con la perspectiva de solucionar uno de los problemas ambientales de mayor importancia. En el año 2012, han desaparecido el 98% de las SAO más dañinas, quedando un pequeño remanente de sustancias como los hidroclorofluorocarbonos, sustancias menos dañinas a la capa de ozono que también deben ser eliminadas. La comunidad científica indica que la recuperación de la capa de ozono está en curso y si se mantiene el proceso de eliminación de estas sustancias, tendremos una capa recuperada hasta el año 2050.

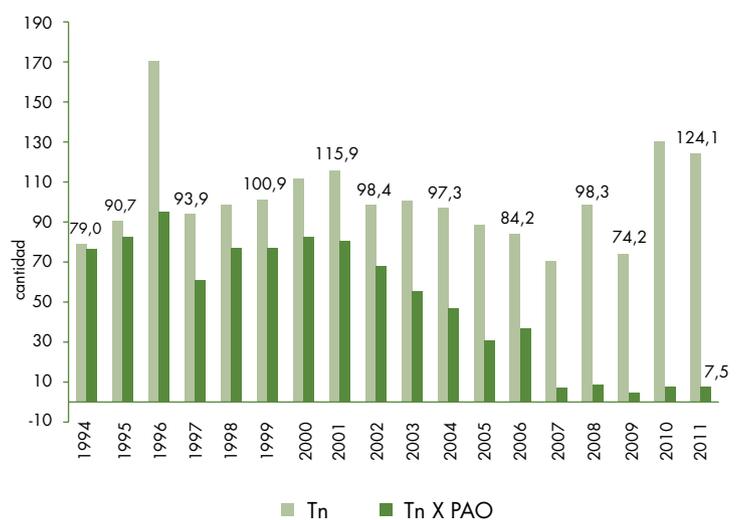
En este contexto, el aporte del Estado Plurinacional de Bolivia a la reducción de las sustancias que agotan la capa de ozono es importante, toda vez que el país tiene el

compromiso con la Madre Tierra de cuidarla y de vivir en armonía con la naturaleza para Vivir Bien, por lo que registra un consumo bajo de estas sustancias.

Bolivia aprobó su adhesión a los convenios internacionales y sus enmiendas a través de leyes⁶⁸ que permitieron encarar responsablemente con amplia participación y acciones dirigidas a la eliminación gradual de las sustancias agotadoras de la capa de ozono (SAO), promovidas por la Comisión Gubernamental del Ozono (CGO)⁶⁹ como Unidad Técnica Nacional.

GRÁFICO 70

Consumo de Sustancias Agotadoras del Ozono⁷⁰ en Bolivia, 1994-2011



Fuente: Comisión Gubernamental del Ozono

La eliminación de SAO en el país se evidencia con dos indicadores: 1) Toneladas métricas (Tn) de los niveles de SAO que fueron importados y 2) Indicador ponderado Toneladas métricas por Potencial de Agotamiento del Ozono (Tn X PAO) (Gráfico 70) que muestra el nivel de emisión que podrían generar las SAO bajo el supuesto de que fueran completamente liberadas (potencial de emisión que dañaría la capa de ozono). Entre los años 1994 al 2001, se han ido desarrollando acciones de eliminación de las

68 Ley N° 1584 de agosto 3 de 1994 y Ley N° 1933 de diciembre 21 de 1998.

69 Dependiente del Viceministerio de Medio Ambiente, Biodiversidad, Cambios Climáticos y de Gestión y Desarrollo Forestal del Ministerio de Medio Ambiente y Agua.
70 Total de SAO importadas por el Estado Plurinacional de Bolivia.

SAO. Hasta el 2001, el consumo de SAO presenta un crecimiento permanente con un posterior descenso; este comportamiento se debió a las actividades implementadas de control de importaciones de las SAO en todo el territorio nacional y al inicio desde el año 1999 del congelamiento de los clorofluorocarbonos (CFC). El congelamiento puede ser entendido como el nivel calculado (línea base) del promedio de las importaciones de los años 1995 a 1997, que para el caso del Estado Plurinacional de Bolivia ha sido de 75,67 Tn⁷¹.

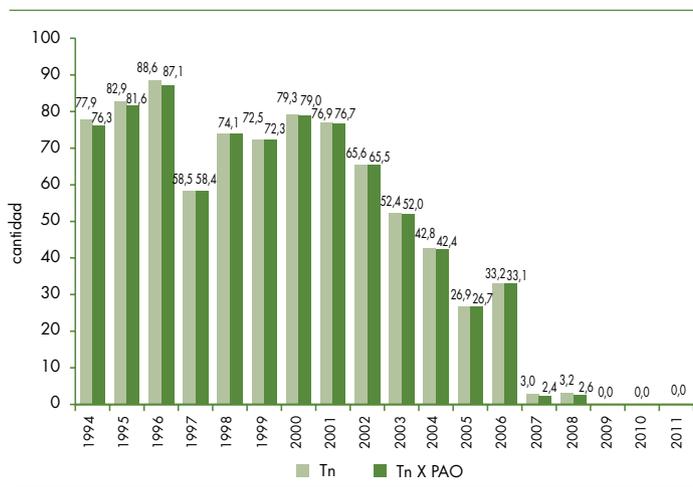
Los datos de consumo de SAO para el año 2010, establecen que los principales sectores de consumo en Bolivia son: i) la refrigeración con 85,97% y ii) el sector de espumas con el 14,03%. En ambos sectores, es importante introducir buenas prácticas para la gestión ambiental de las sustancias químicas utilizadas.

La reducción o eliminación total de los clorofluorocarbonos en Bolivia se alcanzó un año previo a lo establecido por el Protocolo de Montreal (Gráfico 71).

A pesar de que la mayoría de las sustancias que agotan la capa de ozono han sido ya eliminadas (Gráfico 72), queda un remanente de sustancias, denominadas hidroc fluorocarbonos, a ser reemplazadas por opciones ambientalmente benéficas, que tengan potenciales de agotamiento de ozono igual a cero y bajos potenciales de calentamiento del Planeta. Los hidroc fluorocarbonos son sustancias utilizadas en actividades de refrigeración (aire acondicionado de edificios, sistemas de refrigeración, cámaras frías, transporte refrigerado y otras aplicaciones de frío) y en el sector de espumas (aislamiento térmico y acústico).

GRÁFICO 71

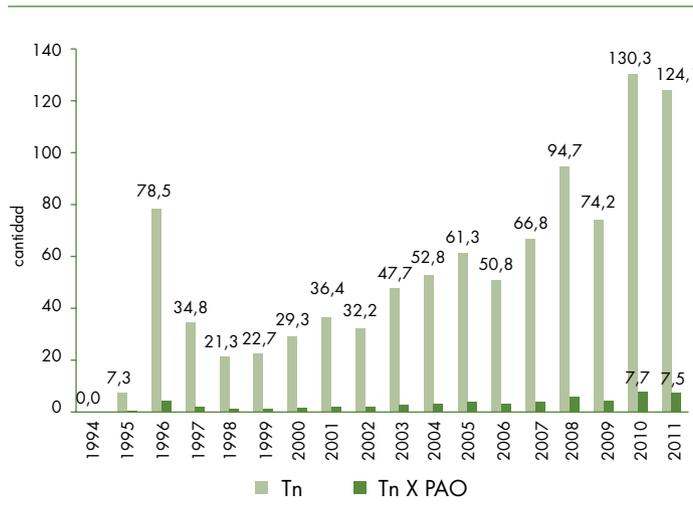
Reducción o eliminación de los clorofluorocarbonos (CFC) en Bolivia, 1994-2011



Fuente: Comisión Gubernamental del Ozono

GRÁFICO 72

Importación de los hidroc fluorocarbonos (HCFC) en Bolivia, 1994-2011



Fuente: Comisión Gubernamental del Ozono

71 Según Reglamento de Gestión Ambiental de Sustancias Agotadoras del Ozono. Decreto Supremo N° 27562

Los niveles de Tn X PAO muestran que los hidroclorofluorocarbonos no son tan dañinos para la capa de ozono; sin embargo, tienen grandes potenciales de calentamiento del Planeta. Por ello es de gran importancia que el proceso de eliminación que se lleve adelante

no sólo busque alternativas para no destruir la capa de ozono sino, sobre todo, busque alternativas amigables al clima.

El Ministerio de Medio Ambiente y Agua ha establecido un cronograma de la aplicación de las cuotas de importación de hidroclorofluorocarbonos (Cuadro 21).

CUADRO 21

Cronograma hidroclorofluorocarbonos (HCFC)

Nivel de control	Año de aplicación de la cuota de importación	Cuota de importación (Tn)
Nivel básico	Promedio de consumo 2009-2010	102,23
Congelación del consumo	1 de enero de 2013	102,23
Reducción del 10%	1 de enero de 2015	92,01
Reducción del 35%	1 de enero de 2020	66,45
Reducción del 67,5%	1 de enero de 2025	33,22
Reducción del 97,5%	1 de enero de 2030	2,56
Consumo y producción del 2,5% con relación al nivel base sólo para actividades de mantenimiento de equipos de refrigeración y aire acondicionado existentes.	2030-2040	
Reducción del 100% (eliminación de la importación)	1 de enero de 2040	0,0
Prohibición de importaciones de HCFC	A partir del 1 de enero de 2040 en adelante	0,0

Fuente. Ministerio de Medio Ambiente y Agua



Meta 7C

Reducir a la mitad el porcentaje de personas sin acceso sostenible a agua potable y a servicios básicos de saneamiento para el año 2015



Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1. Porcentaje de la población con acceso a agua potable	57,5 (1992)	78,9 (2012p)	78,5	Cumplida
2. Porcentaje de la población con acceso a servicios de saneamiento básico	28,0 (1992)	49,8 (2012p)	64,0	14,2

p: preliminar

En los últimos años, el país ha encarado una serie de programas orientados a conseguir una profunda reforma en el sector de agua y saneamiento. Estos programas buscan sentar las bases para la concreción efectiva del derecho humano al agua de todos los bolivianos y bolivianas, y consolidar un desarrollo institucional sectorial que facilite la conexión entre el Estado y la población, a través de la prestación de los servicios y el avance considerable de coberturas de agua y saneamiento.

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON ACCESO A AGUA POTABLE

La meta ha sido cumplida antes del plazo establecido.

El año 2012⁷², el 78,9% de la población tenía conexión de agua potable en Bolivia, por lo que la MDM de 78,5% para este indicador ha sido cumplida antes del plazo establecido (Gráfico 73). La brecha entre zonas urbanas y rurales se ha reducido considerablemente, gracias en parte a un acelerado progreso en el área rural entre los años 2011 y 2012 explicado por la implementación del Programa Mi Agua I, que el año 2012 concluyó 500 de 629 proyectos con una inversión de Bs294 millones en 190 municipios del país. Pese a estos importantes avances, aún existe un elevado porcentaje de población sin cobertura de agua potable en zonas rurales y en zonas periurbanas de algunas ciudades. En el área urbana, alrededor de 9 de cada 10 personas tienen acceso a agua potable, mientras que en el área rural aproximadamente 6 de cada 10 tienen acceso a este servicio.

72 Según información del Ministerio de Medio Ambiente y Agua en base a registros administrativos.

PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SANEAMIENTO BÁSICO

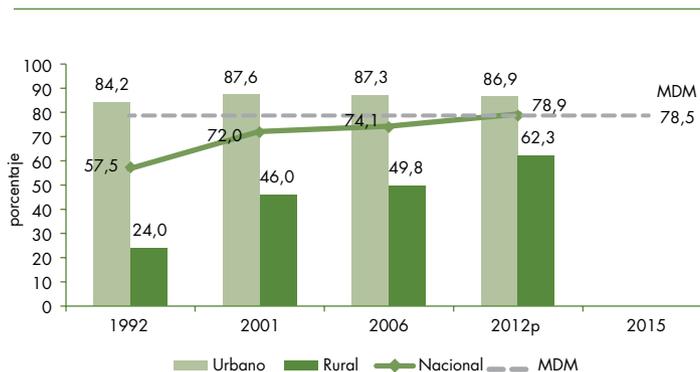
Continúa incrementándose la población con acceso a saneamiento básico, sin embargo, las brechas entre área urbana y rural aún son significativas.

El acceso a saneamiento básico en zonas urbanas y rurales han mejorado sus niveles de cobertura en los últimos 19 años; sin embargo, estos avances no fueron suficientes para cerrar la brecha respecto a la meta fijada hasta el 2015. Para el 2012, el 49,8% de personas tenía acceso a saneamiento básico, lo que indica que aún existe una diferencia de 14,2 puntos porcentuales para alcanzar la MDM de 64,0% fijada para el año 2015 (Gráfico 74). La brecha entre poblaciones urbanas y rurales prácticamente se ha mantenido debido a que el avance en zonas rurales ha sido más lento. En el área urbana, aproximadamente 6 de 10 personas tienen acceso a saneamiento básico, mientras que en el área rural 4 de cada 10 personas tienen acceso a este servicio. Por otro lado, la expansión constante de los nuevos asentamientos en zonas periurbanas concentran las bajas coberturas de saneamiento en área urbana.

Por las características propias del área rural, es primordial aumentar los esfuerzos en implementar estrategias para incrementar la cobertura con tecnologías apropiadas de saneamiento en estas zonas. Por otro lado, el rápido crecimiento poblacional que se ha acentuado principalmente en las áreas periurbanas de las ciudades metropolitanas, debido a la migración tanto de las áreas rurales como de otros departamentos, exige también priorizar estrategias de expansión de coberturas para beneficiar a zonas de asentamientos periurbanos en los que se construyen viviendas sin priorizar los servicios de agua potable y de alcantarillado sanitario.

GRÁFICO 73

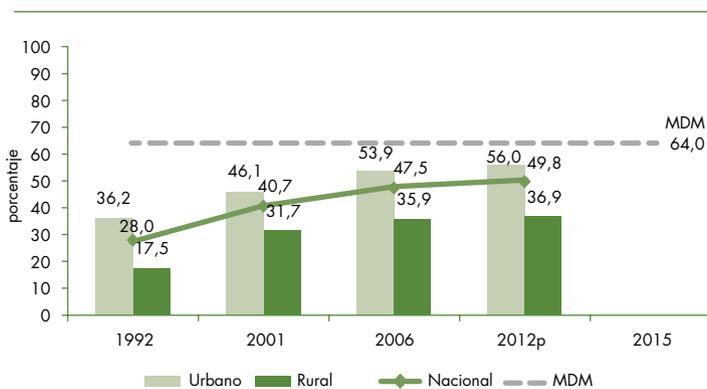
Población con acceso a agua potable



Fuente: Ministerio de Medio Ambiente y Agua
p: preliminar

GRÁFICO 74

Población con acceso a servicios de saneamiento básico



Fuente: Ministerio de Medio Ambiente y Agua; p: preliminar

Adicionalmente a los indicadores de cobertura reportados por el sector en base a información de registros administrativos, en este documento se presentan nuevas estimaciones que permiten reevaluar la situación y las tendencias relativas al acceso a fuentes mejoradas de agua e instalaciones mejoradas de saneamiento básico en Bolivia. Estas estimaciones se construyen con datos oficiales de las encuestas a hogares y de censos de los últimos 20 años con la finalidad de evaluar la cobertura de los servicios desde el punto de vista de los hogares, de acuerdo al enfoque y metodología recomendados por el Programa Conjunto de Monitoreo de Agua Potable y Saneamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estas estimaciones se presentan en los cuadros a continuación.

Recuadro 5:
Cobertura de fuentes mejoradas de agua

La medición de la cobertura efectiva del acceso sostenible a agua potable plantea varios retos y desafíos. Uno de ellos es la limitada información sobre la calidad de los servicios ofrecidos a la población, incluyendo aspectos como cantidad y continuidad, entre otros. En vista de ello, un indicador aproximado acordado por los países para medir el progreso de la Meta 7C referida al acceso al agua potable es:

Porcentaje de la población que utiliza una fuente *mejorada* de agua.

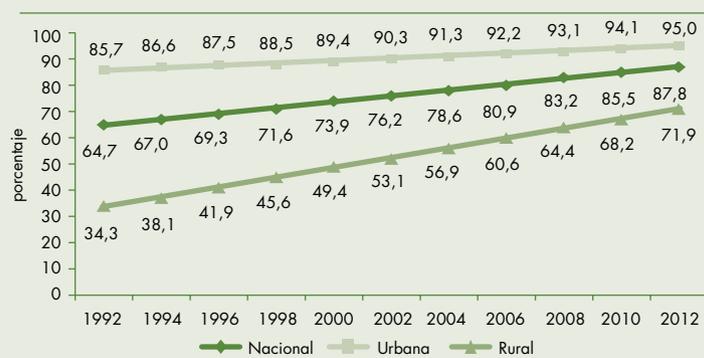
Este indicador se construye desde la perspectiva de los hogares y considera el uso real de los servicios, más allá de que las infraestructuras estén disponibles. Una fuente de agua "mejorada" es aquella que por la naturaleza de su construcción o mediante alguna intervención activa queda protegida de la contaminación externa, incrementando la probabilidad de proveer agua segura para el consumo humano. De acuerdo a criterios técnicos establecidos por el Viceministerio de Agua y Saneamiento Básico, las fuentes de agua consideradas "mejoradas" para Bolivia son las siguientes:

Comportamiento de la tendencia del índice de infestación de viviendas por
Triatoma infestans en el departamento de La Paz (1999-2010)

Fuentes mejoradas de agua	
Área urbana	Área rural
Cañería de red dentro de la vivienda	Cañería de red dentro de la vivienda
Cañería de red fuera de la vivienda, pero dentro del lote o terreno	Cañería de red fuera de la vivienda, pero dentro del lote o terreno
Pileta pública	Pileta pública
Pozo entubado/perforado	Pozo entubado/perforado
	Pozo excavado protegido
	Manantial o vertiente protegida

De acuerdo a los criterios señalados, el porcentaje de personas que utilizaba una fuente mejorada de agua para beber y cocinar en Bolivia en el año 2012 fue del 87%, lo que equivale a un incremento de más de 20 puntos porcentuales en las últimas dos décadas. Con este resultado, Bolivia habría superado la meta ODM de 78,5% para este indicador. A pesar de ello, aún persisten contrastes relevantes en el país, ya que si bien la brecha entre zonas urbanas y rurales se ha reducido considerablemente, gracias a un acelerado progreso en el área rural, todavía existe un elevado porcentaje de población sin cobertura en zonas rurales y en zonas periurbanas de algunas ciudades principales.

Población que utiliza una fuente mejorada de agua



Fuente: Estimaciones de UDAPE, en base a información de Censos, Encuestas de Hogares y Encuesta de Demografía y Salud

Recuadro 6:

Coberturas de instalaciones mejoradas de saneamiento

Al igual que en el caso de agua, la medición de la cobertura de saneamiento para fines de seguimiento de los ODM se basa en la utilización de instalaciones de saneamiento mejoradas. Para ello, los países identificaron un indicador aproximado para evaluar el grado de acceso al saneamiento básico que se define como:

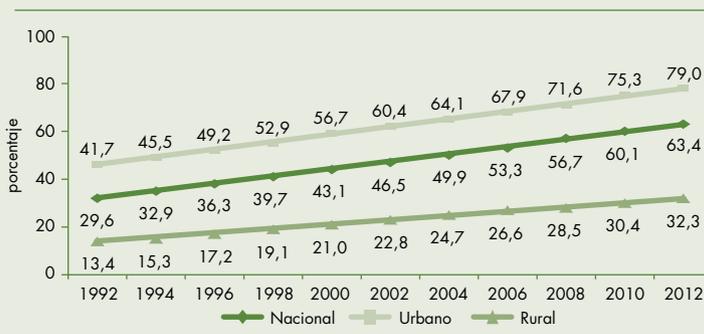
Porcentaje de la población que utiliza una instalación *mejorada* de saneamiento.

Dado que este indicador pone énfasis en la utilización efectiva de las instalaciones de saneamiento, más allá de la existencia o disponibilidad de la infraestructura, el cálculo del indicador utiliza información oficial de censos y encuestas a hogares representativos a nivel nacional realizados por el Instituto Nacional de Estadística. Una instalación de saneamiento “mejorada” se define como una instalación que separa higiénicamente las excretas humanas del contacto humano. De acuerdo a los criterios técnicos establecidos por el Viceministerio de Agua y Saneamiento Básico, las instalaciones de saneamiento consideradas “mejoradas” para Bolivia son las siguientes:

Instalaciones mejoradas de saneamiento	
Área urbana	Área rural
Servicio sanitario con arrastre de agua a:	Servicio sanitario con arrastre de agua a:
- A la red de alcantarillado	- A la red de alcantarillado
- A una cámara séptica	- A una cámara séptica
	- A un pozo de absorción
Baño ecológico (baño de compostaje)	Letrina de pozo con loza
	Baño ecológico (baño de compostaje)

El indicador muestra que tanto zonas urbanas como rurales en Bolivia han mejorado sus niveles de cobertura de saneamiento en los últimos 20 años; sin embargo, cabe notar que los avances han sido más relevantes en áreas urbanas, mientras que en áreas rurales éstos han sido más lentos. Para el año 2012, el 63% de la población en Bolivia utilizaba una instalación mejorada de saneamiento. La brecha entre poblaciones urbanas y rurales ha aumentado; actualmente, 8 de cada 10 personas en el área urbana cuenta con saneamiento mejorado, mientras que apenas 3 de cada 10 personas en el área rural cuenta con este servicio. Por otro lado, la expansión constante de los nuevos asentamientos en zonas peri-urbanas concentran las bajas coberturas de saneamiento en área urbana.

Población que utiliza una instalación mejorada de saneamiento



Fuente: Estimaciones de UDAPE en base a información de Censos, Encuestas de Hogares y Encuesta de Demografía y Salud

PRINCIPALES ACCIONES DEL OBJETIVO 7

El Plan Sectorial de Desarrollo de Saneamiento Básico (PSD-SB) vigente hasta el 2015, se asienta en tres pilares fundamentales:

- El agua para la vida, como principio rector mediante el cual se reafirma el agua “como un derecho a la vida y los servicios básicos como derecho humano” y la “erradicación de la mercantilización del agua y prohibición de la privatización y las concesiones del agua y sus servicios”.
- El rol protagónico del Estado como principal agente de las inversiones. El Estado asume el liderazgo de los procesos de Fortalecimiento Institucional, Asistencia Técnica y Desarrollo Comunitario (DESCOM), dado que hasta la fecha son débiles los avances en el proceso de la creación de institucionalidad.
- La Participación Social, que promueve el “fortalecimiento, apoyo y fomento a la articulación de sistemas comunitarios, cooperativas y a las organizaciones asociativas de sistemas comunitarios” además del “reconocimiento jurídico de los usos y costumbres”.

Los programas más importantes que el sector viene ejecutando en el ámbito nacional son:

- Programa Agua Potable y Saneamiento para Pequeñas Comunidades-Fase I (APPC I). El objetivo de este programa es incrementar la cobertura de servicios de agua y saneamiento mejorando la calidad y sostenibilidad de los mismos en poblaciones de hasta 10,000 habitantes.
- Programa Agua Potable y Saneamiento para Pequeñas Comunidades-Fase II (APPC II). Este programa tiene por objetivo incrementar y mejorar las coberturas de agua potable y saneamiento en poblaciones rurales menores a 10.000 habitantes.
- Programa Multidonante Agua Saneamiento e Higiene (MULTDONANTE). Este programa tiene por objetivo incrementar el acceso a agua y a servicios de saneamiento de comunidades menores a 2.000 habitantes, a través de la construcción de infraestructura y el desarrollo de capacidades institucionales y normativas de carácter comunitario, municipal y departamental, incidiendo en el mejoramiento de las condiciones de salud y disminuyendo la mortalidad infantil.
- Programa de Agua y Saneamiento para Áreas Periurbanas-Apoyo Presupuestario Sectorial (PASAP). Este programa coadyuva en el apoyo Presupuestario Sectorial para áreas periurbanas y Asistencia Técnica al sector, para coadyuvar al logro de los resultados del PNSB.
- Programa de Agua, Saneamiento y Drenaje (PASD). Este programa coadyuva en la ejecución del Proyecto Múltiple Misicuni, la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales Distrito 7 El Alto, y Drenaje Urbano Santa Cruz.
- Proyecto Desarrollo Sostenible del Lago Titicaca (PDSLTL). Este programa contribuirá al desarrollo local sostenible en la parte boliviana del lago Titicaca. Esto incluirá: (i) facilitación de actividades locales que apoyan el desarrollo del turismo y la protección cultural en las comunidades aymaras que rodean el Lago y (ii) mejora de los servicios básicos de agua y saneamiento.
- Programa de Agua y Alcantarillado Periurbano, Fase I (PERIURBANO 1). El objetivo de este programa es mejorar la salud de la población de las áreas periurbanas de las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba, Santa Cruz y otras localidades, incrementando el acceso a servicios sostenibles de agua potable y alcantarillado sanitario.
- Programa de Agua y Alcantarillado Periurbano, Fase II (PERIURBANO 2). El objetivo del programa es mejorar la salud de la población de las áreas periurbanas de las ciudades del país, incrementando el acceso a servicios sostenibles de agua potable y alcantarillado sanitario.
- Programa Agua Potable y Saneamiento para Pequeñas Localidades y Comunidades Rurales de Bolivia (APCR). El objetivo del Programa es: (i) incrementar el acceso de agua potable y saneamiento (APS) en comunidades rurales de menos de 2.000 habitantes; (ii) incrementar y mejorar el acceso de APS en pequeñas localidades de entre 2.000 y 10 mil habitantes; y (iii) promover la creación y el fortalecimiento de los prestadores de servicios de APS en comunidades y localidades comprendidas en el Programa.

- Programa Agua Potable y Riego para Bolivia-Componente Agua para la Gente (PROAR). El objetivo general del Programa es contribuir a mejorar la salud en poblaciones rurales. El objetivo del componente Agua para la Gente es incrementar y mejorar las coberturas de agua potable y saneamiento.
- Programa de Suministro de Agua y Saneamiento en Pequeñas Comunidades (SAS-PC). Incrementar el acceso a servicios sostenibles de agua potable y alcantarillado en los departamentos Santa Cruz, La Paz, Cochabamba, Tarija, Beni y Potosí, a través de la mejora de las condiciones de salud en comunidades rurales menores a 10 mil habitantes.
- Programa Más Inversión para el Agua (MI AGUA). Es un programa de inversión que permite la ejecución de proyectos para dotar de agua potable a la población y la creación de sistemas de riego y microriego para la siembra de alimentos, incrementando el acceso a servicios sostenibles en los municipios de todo el país y generando empleo en las áreas de intervención.





OBJETIVO 8

Fomentar
una alianza
mundial
para el
desarrollo

Meta 8D

Abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda de los Países en Desarrollo con medidas nacionales e internacionales orientadas a lograr deuda sostenible a largo plazo



Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1. Asistencia Oficial para el Desarrollo como porcentaje del ingreso de los países donantes	-	0,29 (2012)	0,70	-0,41
2. Servicio total de la deuda externa como porcentaje de las exportaciones	-	4,2 (2012p)	-	-

p: preliminar

La crisis financiera y económica internacional puede incidir en el logro de las metas de los ODM, debido a que, si disminuye la Ayuda Oficial al Desarrollo y/o si se registran retrocesos en el comercio internacional, los Países en Desarrollo y los Países Menos Adelantados enfrentarán dificultades para avanzar en la lucha contra la pobreza. En el mundo globalizado, el desarrollo de estos países no sólo depende del esfuerzo desplegado por sus respectivos gobiernos, sino también del comportamiento económico de los países industrializados y de las políticas que implementen. Por tal motivo, el año 2000 se subrayó la necesidad de fortalecer la Alianza para el Desarrollo, expresada en un compromiso de los países industrializados para incrementar la Ayuda Oficial al Desarrollo y trabajar en una agenda conjunta que promueva un sistema comercial multilateral abierto, no discriminatorio y equitativo, ya que las reglas vigentes son una traba para el desarrollo agrícola e industrial de los países que no lograron superar su condición primario exportadora.

Es necesario recordar que faltan únicamente dos años para el 2015 y los Países Industrializados debieran cumplir los compromisos asumidos en los diferentes foros internacionales, incrementando la Ayuda Oficial al Desarrollo hasta alcanzar la meta que ellos mismos se fijaron; asimismo, se debe avanzar en la Ronda de Doha y brindar mayor asistencia técnica a los Países en Desarrollo y a los Países Menos Adelantados, a fin de que éstos puedan alcanzar las metas de los ODM, expresadas en mejores condiciones de vida de la población, especialmente de la que vive en condiciones de pobreza y marginalidad.

ASISTENCIA OFICIAL PARA EL DESARROLLO COMO PORCENTAJE DEL INGRESO DE LOS PAÍSES DONANTES

La AOD es necesaria para avanzar hacia el logro de los ODM. El año 2012, los países de la OCDE destinaron en promedio⁷³ el 0,3% de su Ingreso Nacional Bruto (INB) a la Asistencia

⁷³ Se recalculó la serie, con el objetivo de registrar el promedio ponderado.

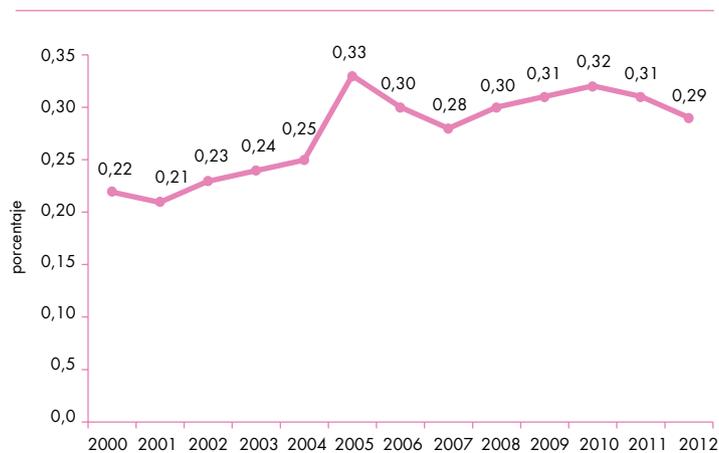
Oficial al Desarrollo (AOD), registrando una reducción porcentual de 0,02% respecto al año 2011 y de 0,03% respecto al 2010 (Gráfico 75). Estas reducciones consecutivas implican un retroceso en la meta establecida por ellos mismos, ya que se debe recordar que estos países se comprometieron a destinar el 0,7% de su INB a la AOD, a fin de reducir la pobreza en el mundo y avanzar hacia el logro de los ODM. Adicionalmente a esta meta, el 2005, los 15 países⁷⁴ de la Unión Europea que son miembros del Comité de Asistencia al Desarrollo (CAD) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) fijaron una meta menor y se comprometieron a asignar al menos el 0,51% de su INB a la AOD hasta el 2010. No obstante, esta meta tampoco fue alcanzada en el plazo establecido. A sólo 2 años del 2015, será muy difícil incrementar sustancialmente la AOD, más aún cuando los países desarrollados están enfrentando dificultades para superar la crisis.

Analizando los aportes que efectuaron los países de la OCDE a la AOD, en el 2012 se evidencia que 13 de los 24 países miembros de ese organismo redujeron su aporte porcentual durante los últimos dos años, 6 mantuvieron sus niveles de ayuda y sólo 5 registraron incrementos. En tal sentido, únicamente cinco países superaron la meta de las Naciones Unidas, Luxemburgo (1%), Suecia (0,99%), Noruega (0,93%), Dinamarca (0,84%) y Países Bajos (0,71%).

En lo que concierne a los 15 países de la Unión Europea que son miembros de la OCDE, se observa que durante la gestión 2012, sólo 6 cumplieron la meta de asignar al menos el 0,51% de su INB a la AOD.

GRÁFICO 75

Evolución de la AOD neta como % del PNB de los países de la OCDE, 2000-2012



Fuente: UDAPE con datos de las Naciones Unidas

En términos absolutos, los países de la OCDE, durante los años 2010, 2011 y 2012, canalizaron hacia los países en desarrollo y hacia los países menos desarrollados US\$128.292 millones, US\$133.716 millones y US\$125.692 millones como AOD, lo que implica que el último año la reducción en el importe total destinado a la AOD alcanzó a US\$8.024 millones. Esta tendencia decreciente evidencia los efectos de la crisis financiera y económica que afecta a los países desarrollados en general y en particular a los de la zona Euro, lo que les está induciendo a aplicar medidas de austeridad, incluyendo reducciones en el presupuesto destinado a la ayuda externa. En los próximos años será poco probable que se revierta esta tendencia del flujo de AOD, ya que en lo que respecta a donaciones y créditos, los efectos de las recesiones y de las crisis no se evidencian de manera inmediata, considerando que en el corto plazo los compromisos de desembolsos se efectivizan según cronogramas establecidos; en tanto, que en el mediano plazo se registran reducciones en las nuevas contrataciones de créditos y en los nuevos convenios de donación, precisamente por las limitaciones financieras que enfrentan los países donantes.

SERVICIO TOTAL DE LA DEUDA EXTERNA COMO PORCENTAJE DE LAS EXPORTACIONES

El nivel del indicador se encuentra por debajo de los valores referenciales.

El indicador Servicio de Deuda sobre Exportaciones, evidencia que en el año 2012, el Estado destinó el 4,2% del valor

⁷⁴ Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia.

de las exportaciones de bienes y servicios para el pago del servicio de deuda externa (amortización de capital, intereses y comisiones) (Gráfico 76). Este indicador se encuentra muy por debajo de los valores referenciales (umbrales) establecidos tanto en la Iniciativa HIPC (15%-20%) como en el marco de la sostenibilidad de la deuda de las instituciones de Bretton Woods (20%).

Respecto a la gestión 2011, se registra un incremento de 1,7 puntos porcentuales, debido al incremento del servicio de deuda con la República Bolivariana de Venezuela, en atención a la conciliación de deudas de mediano y largo plazo entre YPF y PDVSA por la compra de Diesel Oil y crudo reconstituido, ya que en lo que concierne a las exportaciones, éstas continuaron en ascenso por tercer año consecutivo.

Los programas de condonación de deuda en el marco de la Iniciativa de Alivio de Deuda Multilateral (MDRI) y de la Iniciativa de Alivio de Deuda para Países Pobres Altamente Endeudados (HIPC) implicaron un alivio de deuda de US\$236,7 millones, de los cuales US\$176,6 millones corresponden a capital y US\$60,1 millones a intereses.

GRÁFICO 76

Evolución del SDE como porcentaje de las exportaciones, 1998-2012



Fuente: UDAPE en base a datos del Banco Central de Bolivia (BCB) a diciembre de 2012

Se ajustaron los datos preliminares de pasadas gestiones en función a información actualizada del BCB

p: preliminar



Meta 8F

En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de información y de las comunicaciones



Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1. Porcentaje de hogares que acceden a telefonía móvil	-	87,1 (2012)	-	-
2. Porcentaje de la población de 5 años o más que dispone de celular para su uso personal	-	61,3 (2012)	-	-
3. Porcentaje de hogares con línea de teléfono fija	-	21,7 (2012)	-	-
4. Porcentaje de hogares con acceso a Internet en su vivienda	-	10,7 (2012)	-	-
5. Porcentaje de población mayores de 5 años que usan Internet	-	35,5 (2012)	-	-

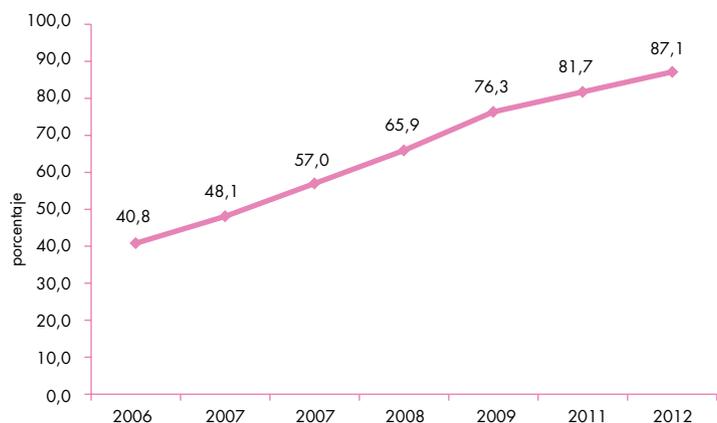
PORCENTAJE DE HOGARES QUE ACCEDEN A TELEFONÍA MÓVIL⁷⁵

El acceso a telefonía móvil se ha incrementado de manera sostenida.

De acuerdo a información proveniente de las Encuestas a Hogares del Instituto Nacional de Estadística, en el periodo 2005 al 2012, el acceso a telefonía móvil en Bolivia se ha incrementado de manera sostenida. Así, el 2012 más del 87,0% de los hogares bolivianos accedieron a este servicio (Gráfico 77).

GRÁFICO 77

Hogares que acceden a telefonía móvil, 2005-2012



Fuente: UDAPE con datos de la Encuesta de Hogares (INE)

⁷⁵ A partir del presente Informe, se incluye el indicador Porcentaje de hogares que acceden a telefonía móvil, en lugar del indicador Porcentaje de Población que accede a este servicio; asimismo, se incorpora un nuevo indicador Porcentaje de la población de 5 años y más que dispone de celular para su comunicación personal.

El incremento en el acceso a telefonía móvil se debe fundamentalmente a:

- Las empresas prestadoras de este servicio ampliaron las redes móviles en todo el país, tanto en el área urbana como en zonas rurales. Hoy en día, la población de las capitales de los 339 municipios de Bolivia tiene acceso a este servicio.
- Por las innovaciones tecnológicas, las empresas lanzan permanentemente al mercado equipos con nuevas aplicaciones y ventajas para los usuarios. Por tanto, la comercialización de celulares de última generación está incidiendo en la baja de los precios de equipos con cierto rezago tecnológico, lo que permite que amplios sectores de la población accedan a esta tecnología de comunicación.
- La reducción de las tarifas y la modalidad pre-pago que permite a los usuarios comunicarse a través del celular con recargas mínimas mensuales⁷⁶.

Según información de la Autoridad de Regulación y Fiscalización de Telecomunicaciones y Transportes (ATT), en el año 2012 las líneas móviles activas en la modalidad prepago representaron el 92% y las de modalidad post pago el 8%. Esto se explica porque para acceder a una línea celular bajo la modalidad postpago se requieren mayores requisitos, como el comprobante de ingresos mensuales que tiene el usuario.

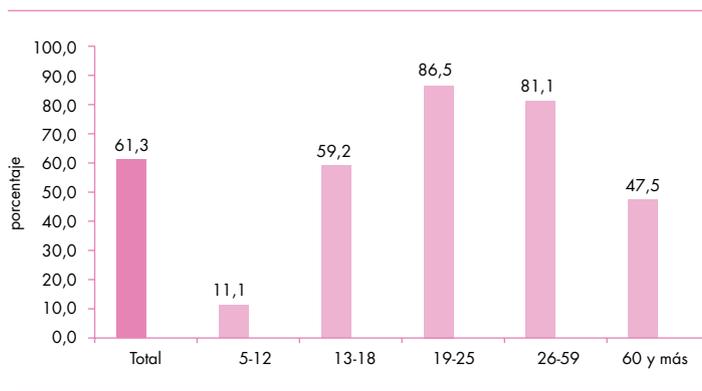
PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 5 AÑOS O MÁS QUE DISPONE DE CELULAR PARA USO PERSONAL

El uso del celular se ha generalizado en los últimos años.

El 61,3% de la población de 5 años o más dispone de un celular para su uso personal, tenencia que se inicia a muy temprana edad, ya que más del 10% de niños menores de 12 años cuentan con este dispositivo para comunicarse (Gráfico 78). En el grupo etáreo comprendido

entre 13 y 18 años, alrededor del 60% dispone de este equipo y en el grupo comprendido entre los 19 y 59 años, el porcentaje sobrepasa el 80%. Asimismo, se evidencia que casi el 48% de la población de la tercera edad usa la telefonía móvil para su comunicación diaria.

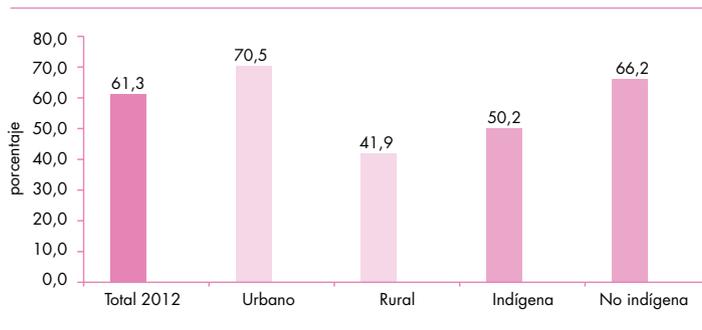
GRÁFICO 78
Población de 5 años y más que dispone de teléfono celular para su uso personal, 2012



Fuente: UDAPE con datos de la Encuesta de Hogares 2012, INE

Según pertenencia étnica, el 50,2% de las personas mayores de 5 años y más que pertenecen a un pueblo indígena originario campesino o afro boliviano disponían de celular para su uso particular; en tanto, que este porcentaje fue mayor para la población no indígena, llegando a 66,2%. En el área rural, el 41,9% de las personas disponen de celular para su comunicación personal y en el área urbana este porcentaje alcanza a 70,5% (Gráfico 79).

GRÁFICO 79
Población de 5 años y más que dispone de teléfono celular para su uso personal según área y pertenencia a algún pueblo indígena originario campesino o afro boliviano, 2012



Fuente: UDAPE con datos de la Encuesta de Hogares 2012, INE

76 Las mini recargas proceden desde Bs5 (Cinco Bolivianos).

Recuadro 7:

Líneas móviles activas según modalidad de pago

Según información proporcionada por la Autoridad de Regulación y Fiscalización de Telecomunicaciones y Transportes (ATT), el número de líneas móviles activas se ha incrementado de manera sostenida. Así, el 2006 se registraban 1,9 millones de celulares en servicio, en tanto que el 2012 éstos alcanzaron a 9,4 millones, lo que evidencia que en los seis años analizados, se dio un incremento considerable de este servicio (Gráfico 79). En este sentido, la penetración global (cantidad de abonados en relación a la población) alcanzó a 94%, porcentaje cercano al estimado en los países desarrollados para finales del 2013 (96%).

Líneas móviles activas según modalidad de pago en Bolivia, 2006-2012



Fuente: UDAPE con datos de la ATT

Según el Informe 2013 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, se esperaría que, para fines de este año, la cantidad de abonados a telefonía celular, en relación con la población total (penetración global) llegará a 89% en países en desarrollo y a 96% en países desarrollados, datos que pueden ser utilizados como parámetro para establecer que Bolivia⁷⁷ avanzó en este tema y que el acceso, así como el uso de este medio de comunicación se ha generalizado en los últimos años.

La empresa pública ENTEL ha tenido un rol importante en la ampliación del servicio de telefonía móvil, debido a que ha realizado importantes inversiones para ampliar las redes. Así, el 2012, según información de la Autoridad de Regulación y Fiscalización de Telecomunicaciones y Transportes (ATT), esta empresa prestó el servicio al 43,3% de los usuarios, TELECEL al 32% y NUEVATEL a un 24,7%.

PORCENTAJE DE HOGARES CON LÍNEA DE TELÉFONO FIJA

El acceso a teléfono fijo se ha estancado en los últimos años.

A diferencia del acceso a la telefonía celular, que presenta una tendencia incremental, el acceso a la línea de teléfono fija se mantiene más o menos constante en alrededor del 20% (Gráfico 80). Esta situación es similar a la que registran los demás países. Así el Informe 2012 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas señala que el acceso a teléfono fijo se ha estancado en los últimos 15

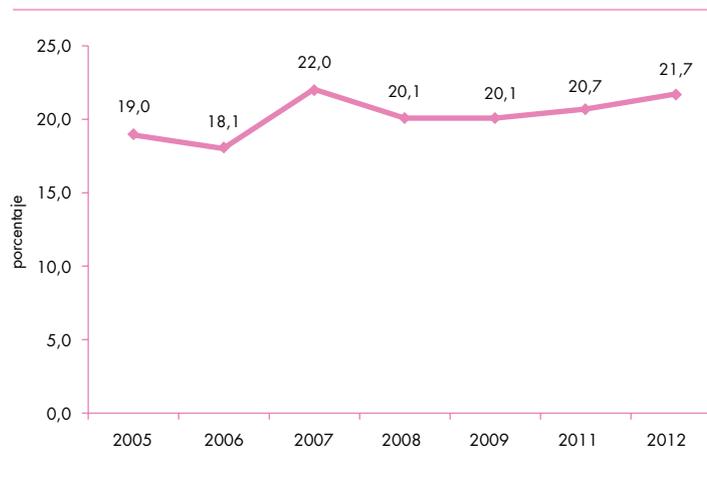
⁷⁷ Según datos de las Encuestas de Hogares, se ha identificado unidades familiares que disponen de hasta 12 celulares.

años. Esta situación se explica por el mayor costo que implica ampliar la cobertura de la telefonía fija, la cual requiere necesariamente de cableado subterráneo, por lo que la ampliación de este servicio no se justifica en poblaciones dispersas en términos de costos y prácticamente es imposible llegar con telefonía fija a poblaciones en las que habitan pocas familias. Por otra parte, se debe tener en cuenta las ventajas comparativas de la telefonía celular que permite a las personas comunicarse y ser ubicadas en cualquier momento y lugar y no necesariamente cuando se encuentren en su domicilio.

Desagregando la información por condición étnica, se evidencia que el 9,2% de la población que manifiesta pertenecer a alguna nación o pueblo indígena originario campesino o afro boliviano tiene teléfono fijo en su hogar; en tanto, que el 28,9% de la población no indígena cuenta con este servicio. En el área rural el 2,1% de los hogares disponen de telefonía fija y en el área urbana el porcentaje es mayor y alcanza a 31,1% (Gráfico 81).

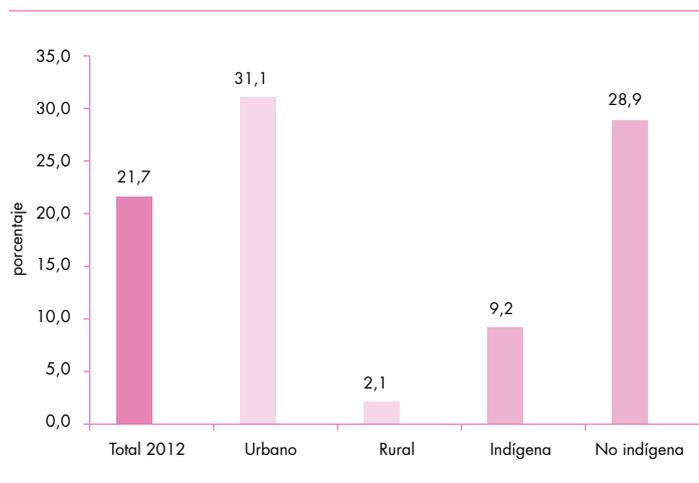
GRÁFICO 80

Hogares que acceden a telefonía fija, 2005-2012



Fuente: UDAPE con datos de la Encuesta de Hogares-INE

GRÁFICO 81

Hogares que acceden a telefonía fija según área y pertenencia a algún pueblo indígena originario campesino o afro boliviano⁷⁸, 2012

Fuente: UDAPE con datos de la Encuesta de Hogares (INE)

78 Debido a que la información presentada corresponde al porcentaje de hogares, la pertenencia a un pueblo indígena originario campesino o afro boliviano se atribuye al jefe o jefa de hogar.

PORCENTAJE DE HOGARES CON ACCESO A INTERNET⁷⁹ EN SU VIVIENDA

Este indicador se ha incrementado de manera sostenida en los últimos años.

En el periodo 2007 al 2012, el porcentaje de hogares que tenían acceso a Internet en su domicilio se ha incrementado de manera permanente; en el 2007 sólo el 3,3% disponía de este servicio dentro de su vivienda, en tanto que el 2012 este porcentaje ha llegado a 10,7%. Pese a que en 6 años se ha triplicado el porcentaje de hogares que tienen conexión domiciliaria a Internet, el acceso a este servicio es aún muy limitado ya que sólo 11 hogares bolivianos de cada 100, tienen conexión a Internet en su domicilio (Gráfico 82).

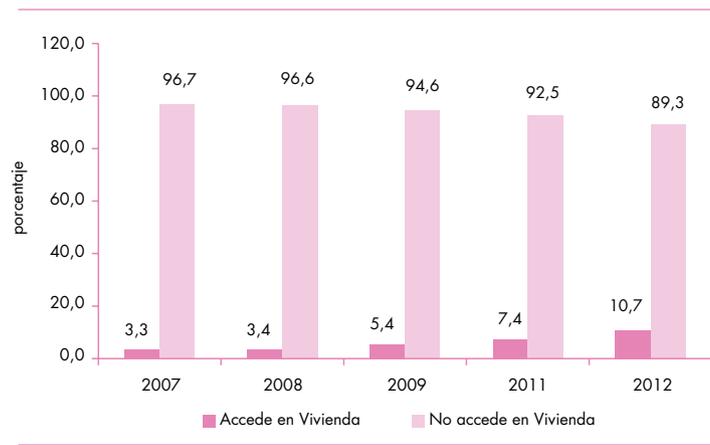
PORCENTAJE DE POBLACIÓN MAYORES DE 5 AÑOS QUE USAN INTERNET

Más población usa Internet en sus fuentes laborales, en cafés Internet y a través de sus celulares.

Sin embargo, la población boliviana no sólo tiene la oportunidad de acceder a Internet en su domicilio, sino también en sus fuentes laborales, en cafés Internet y a través de sus celulares. De acuerdo a información de la Encuesta de Hogares 2012, el 35,5% de las personas mayores de 5 años usan Internet (Gráfico 83).

GRÁFICO 82

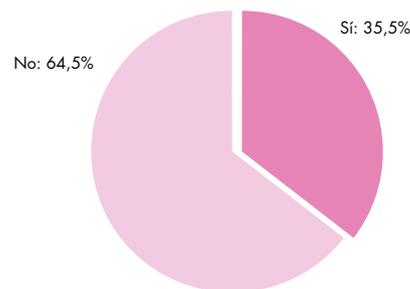
Hogares que acceden a Internet en su vivienda 2007-2012



Fuente: UDAPE con datos de la Encuesta de Hogares, INE

GRÁFICO 83

Personas mayores de 5 años que ha utilizado Internet en los últimos 12 meses, gestión 2012



Fuente: UDAPE con datos de la Encuesta de Hogares, INE

Según el Informe 2013 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, se estima que a finales de la presente gestión, el 39% del total de la población mundial usará Internet⁸⁰, dato que permite establecer que Bolivia registró avances importantes en este tema, ya que más del 35% de la población boliviana de 5 años y más usa Internet. Estos avances no se atribuyen únicamente al trabajo desarrollado por las empresas operadoras de telecomunicaciones que han ampliado la cobertura sino también por la existencia de cafés Internet que permiten a las bolivianas y bolivianos acceder a la información en línea a precios muy accesibles⁸¹, además de los celulares de última generación

79 A partir del presente informe, se incluye el Indicador Porcentaje de la población que usó Internet en los últimos 12 meses.

80 Porcentaje que es afectado por el limitado acceso a Internet en África subsahariana, donde sólo el 15% de la población accede a este servicio.

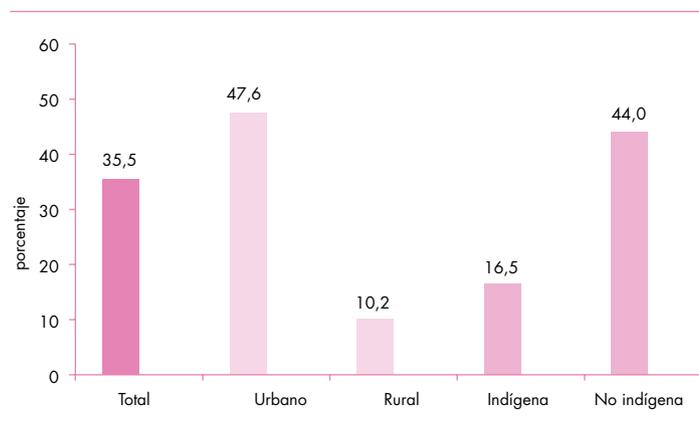
81 El costo fluctúa entre Bs2 y 3 por hora.

que no sólo sirven para comunicarse sino también para acceder a Internet.

Según área geográfica, en el 2012 alrededor del 48% de las personas que viven en el área urbana utilizaron Internet y en el área rural este porcentaje fue de 10,2%. Según pertenencia a un pueblo indígena originario campesino o afro boliviano, el 44,0% de la población no indígena y el 16,5% de la población indígena usan Internet (Gráfico 84). Estas diferencias se explicarían porque las inversiones para ampliar este servicio priorizan ante todo las ciudades y localidades con alta concentración poblacional y no así las áreas rurales y dispersas donde vive mayoritariamente la población indígena.

GRÁFICO 84

Personas de 5 años y más que usan Internet, según área geográfica y pertenencia a un pueblo indígena originario campesino o afro boliviano, 2012



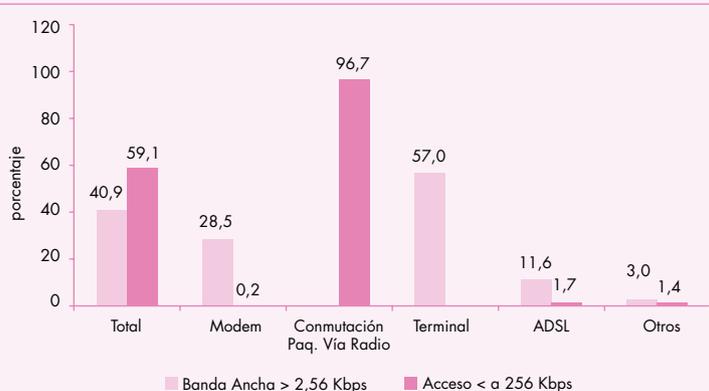
Fuente: UDAPE con datos de la Encuesta de Hogares-INE

Recuadro 8:

Conexiones a Internet según tipo de acceso

Durante el 2012, según información recabada de la Autoridad de Regulación y Fiscalización de Telecomunicaciones y Transportes (ATT), las conexiones a Internet a través de banda ancha alcanzan al 40,9% y las conexiones menores a 256 Kbps a 59,1% del total (Gráfico 85).

Conexiones a Internet según tipo de acceso



Fuente: UDAPE con datos de la ATT



Conclusiones

A dos años para el cumplimiento de las MDM, Bolivia presenta importantes avances en muchas metas e indicadores. Sin embargo, los mismos no han sido uniformes en todos los ODM; al igual que en muchos países de la región, persisten las asimetrías por ámbito geográfico, sexo, nivel socioeconómico y condición lingüística. Por tanto, las acciones deberán centrarse en abordar las determinantes que generan estas disparidades.

Cuatro años antes del 2015, Bolivia alcanzó en el 2011 la primera MDM que fue de reducir la pobreza extrema al 24,1%. Si bien los avances fueron bastante significativos, en el año 2012 aún hay 2,2 millones de personas que viven en condiciones de pobreza extrema. Asimismo, la tercera meta del primer objetivo del Milenio, relacionada con reducir el porcentaje de personas que padecen hambre, también se habría cumplido antes del plazo establecido, toda vez que se han venido ejecutando acciones multisectoriales para mejorar la alimentación y nutrición, especialmente, de los menores de cinco años y mujeres gestantes.

Alcanzar la enseñanza primaria universal al año 2015, será una tarea pendiente, dado que en los últimos años no se registran avances en los indicadores de cobertura y permanencia, lo que disminuye la posibilidad de alcanzar la meta en el plazo establecido.

Se han logrado avances en la permanencia escolar de niñas más allá de lo previsto, pues las tasas de término de la población femenina, en los niveles primario y secundario, son mayores a las tasas de término de la población

masculina. Esta situación deriva en que la equidad de género se desbalance en el sentido opuesto a la lógica histórica, es decir, los varones son, desde años recientes, los que se encuentran en situación de desventaja respecto a las mujeres.

Por otro lado, las mujeres han logrado una participación creciente en la Asamblea Legislativa Plurinacional y en las concejalías de los gobiernos municipales. Sin embargo, la participación de la población femenina en el empleo remunerado no agrícola no ha cambiado significativamente en la última década; las mujeres del área rural son las que menor participación tienen en empleos remunerados en sectores no agrícolas, puesto que la mayor parte del empleo rural en Bolivia es predominantemente agrícola.

A pesar de los avances en la disminución de la mortalidad infantil, aún los niveles se encuentran entre los más elevados de la región, por lo que se estima que la meta al 2015 estará pendiente de cumplimiento. Los mayores esfuerzos requerirán realizarse en el área rural y en aquellos departamentos donde se registran los mayores índices de mortalidad infantil, como es el caso de Potosí.

De forma similar, la disminución de la mortalidad materna se constituye en otro de los principales retos para el sector salud. En este marco, se avanzó significativamente en la cobertura de partos institucionales, habiéndose alcanzado en el año 2010 la MDM de alcanzar una cobertura del 70%. Asimismo, entre 1994 y 2008 se cuadruplicó la proporción de mujeres en el área rural que atendieron adecuadamente su embarazo.

Durante los últimos años, se ha incrementado la notificación de casos VIH debido a la oferta de pruebas en los servicios de salud, lo que determinó una detección más temprana y mayor oportunidad de tratamiento evitando que las personas con VIH lleguen a desarrollar la fase SIDA. En el caso de la malaria, el año 2011 se habría alcanzado la meta planteada para el año 2015. Por el contrario, lograr que el

cien por ciento de los municipios endémicos de Chagas alcancen tasas de infestación de Chagas menores a 3%, será una meta pendiente de cumplimiento. Un desafío del objetivo de combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades es garantizar la sostenibilidad de los resultados alcanzados.

Los avances en el acceso a agua han sido importantes, habiéndose cumplido la meta antes del plazo establecido. Sin embargo, se deben reforzar acciones para que las personas cuenten con acceso a saneamiento básico.

En el ámbito internacional, es necesario que los países desarrollados cumplan con los compromisos asumidos en la Declaración del Milenio, de asignar el 0,7% del Producto Nacional Bruto para la financiación del desarrollo sostenible.

Los ODM han contribuido a un progreso importante para el desarrollo humano; sin embargo, las desigualdades estructurales y la exclusión social no han sido suficientemente abordadas. Por tanto, el Estado Plurinacional de Bolivia plantea la Agenda Patriótica del Bicentenario 2025 como una estrategia de desarrollo de largo plazo, planteando líneas de acción para la construcción de una sociedad más incluyente, participativa, democrática, sin discriminación, racismo ni división. Esta visión del Estado boliviano permitirá mejorar el desarrollo humano de sus habitantes.

Bibliografía

- Autoridad de Fiscalización y Control Social de Bosques y Tierra (ABT) (2010). *Informe Anual*. La Paz.
- Autoridad de Regulación y Fiscalización de Telecomunicaciones y Transportes (ATT) (2011). *Información Estadística*. La Paz.
- Autoridad de Regulación y Fiscalización de Telecomunicaciones y Transportes (ATT) (2012). *Información Estadística*. La Paz.
- Banco Central de Bolivia (2012). *Boletín Estadístico*. La Paz.
- Banco Central de Bolivia, *Memoria 2012*. La Paz.
- CEPAL (2012). *Panorama Laboral 2012*. Santiago de Chile.
- CEPAL (2002). *Panorama Social 2001-2002*. Santiago de Chile.
- CEPAL-OIT (2013). *Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe*. Mayo de 2013. Número 8.
- CEPAL-UDAPSO (1995). *Bolivia: Canastas básicas de alimentos para la construcción de líneas de pobreza*. Documento de Trabajo 47/97. La Paz.
- ENDSA (1989). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1989*. La Paz.
- ENDSA (1994). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994*. La Paz.
- ENDSA (2003). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003*. La Paz.
- ENDSA (2008). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008*. La Paz.
- FAO (2008) *Situación Alimentaria en América Latina y el Caribe. Mayo/Junio 2008*. Observatorio del Hambre.
- (Víctor García V. y Domingo Primante F.; "Mortalidad"; Apuntes de clase. CELADE - San José Costa Rica; Agosto de 1990).
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2012). *Encuestas de Hogares 2011*. La Paz.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2013). *Encuestas de Hogares 2012*. La Paz.
- Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS-UNESCO) (2010). *Compendio Mundial de la Educación 2009. Comparación de las Estadísticas de Educación en el Mundo*. Montreal-Canadá.
- Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS-UNESCO) (2010). *Compendio Mundial de la Educación 2009. Comparación de las Estadísticas de Educación en el Mundo*. Montreal-Canadá.
- Ministerio de Educación y Culturas (MEC) (2006). *Informe de Gestión 2006*. La Paz.
- Ministerio de Educación (2010). *Plan Estratégico Institucional 2010-2014*. La Paz.
- Ministerio de Planificación del Desarrollo (MPD) (2006). *Plan Nacional de Desarrollo. Bolivia*. La Paz.
- Naciones Unidas (2003). *Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals Definitions, Rationale, Concepts, and Sources*. ST/ESA/STAT/SER.F/95.
- Naciones Unidas, Información estadística.
- Naciones Unidas (2013). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2013*. Nueva York.
- Ochoa Marcelo y Alejandra Bonifaz (2002). *An Analysis of Disparities in Education: The Case of Primary School Completion Rates in Bolivia*.

OIT (2009). *Guía sobre los nuevos Indicadores de Empleo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: incluido el conjunto completo de Indicadores de Trabajo Decente*. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra.

OIT-CEPAL (2012). *Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe*. Mayo de 2012. Número 6.

PNUD (2002). *Equidad de género. Cuaderno político*.

SERNAP (2012). *Plan Maestro del Sistema Nacional de Áreas Protegidas de Bolivia*. La Paz.

UDAPE (2008). *Quinto informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia*. La Paz.

UDAPE (2008). *Sexto informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia*. La Paz.

UN Millennium Project (2005). *Toward Universal Primary Education: Investments, Incentives, and Institutions. Task Force on Education and Gender Equality*.

United Nations (2005). *The Millenium Development Goals. A Latin American and Caribbean Perspective*. Santiago de Chile.

Women's Environment and Development Organization (WEDO) (s.f.). *Empoderamiento de las Mujeres e Igualdad entre los Géneros y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una Guía de Información y Acción de WEDO*. Nueva York.

NOTAS TÉCNICAS: METODOLOGÍA DE CÁLCULO DE INDICADORES

Indicadores	Numerador	Denominador	Periodicidad	Desagregación
	Descripción	Descripción	Fuente	
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre				
1A.1: Porcentaje de la población en pobreza extrema	Población cuyo ingreso es inferior al costo de una canasta básica alimentaria	Población total	Encuestas de Hogares (INE)	Encuestas de Hogares (INE)
1A.2: Brecha de pobreza extrema	Distancia del ingreso promedio a la línea de pobreza extrema	Línea de pobreza extrema	Encuestas de Hogares (INE)	Encuestas de Hogares (INE)
1A.3: Participación del 20% más pobre en el ingreso nacional	Ingreso total del 20% más pobre	Ingreso total	Encuestas de Hogares (INE)	Encuestas de Hogares (INE)
1A.4: Porcentaje de la población en pobreza moderada	Población cuyo ingreso es inferior a la línea de pobreza moderada	Población total	Encuestas de Hogares (INE)	Encuestas de Hogares (INE)
1B.1: Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada	Producto Interno Bruto por persona empleada en el periodo t+1	Producto Interno Bruto por persona empleada en el periodo t	Oficina Internacional del Trabajo (OIT)	Oficina Internacional del Trabajo (OIT)
1B.2: Relación empleo-población (en porcentaje)	Población Ocupada en un periodo determinado	Población en edad de trabajar en un periodo determinado	Encuestas de Hogares (INE)	Encuestas de Hogares (INE)
1B.3: Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema	Población Ocupada con ingreso menor a la Línea de Pobreza	Población Ocupada Total	Encuestas de Hogares (INE)	Encuestas de Hogares (INE)
1B.4: Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o en una empresa familiar	Población Ocupada que trabaja por cuenta propia o en una empresa familiar	Población Ocupada Total	Encuestas de Hogares (INE)	Encuestas de Hogares (INE)
1C.1: Porcentaje de niños menores de 3 años con desnutrición crónica	Población entre 3 y 36 meses con talla para la edad inferior a dos desviaciones estándar de la media de la población de referencia en un periodo determinado	Población de 3 a 36 meses en un periodo determinado	Encuesta Nacional de Demografía y Salud (INE) y Nutrición 2012 (UDAPEMSD) Nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud (INE) y Nutrición 2012 (UDAPEMSD)
1C.2: Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global	Población entre 3 y 59 meses con peso para la edad inferior a dos desviaciones estándar de la media de la población de referencia en un periodo determinado	Población entre 3 a 59 meses en un periodo determinado	Encuesta Nacional de Demografía y Salud (INE) – Nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud (INE) y Nutrición 2012 (UDAPEMSD)

Indicadores	Numerador	Denominador	Periodicidad	Desagregación
	Descripción	Descripción	Fuente	
Objetivo 2: Alcanzar la enseñanza primaria universal				
2A.1: Tasa de cobertura neta del nivel primario	Número de alumnos inscritos de 6 a 11 años en el nivel primario	Sistema de Información Educativa (Ministerio de Educación)	Proyecciones de población (INE)	Nacional, departamental, municipal, sexo
2A.2: Tasa de término a 6° de primaria	Número de alumnos promovidos de 6° de primaria	Sistema de Información Educativa (Ministerio de Educación y Culturas)	Proyecciones de población (INE)	Nacional, departamental, municipal, sexo
2A.3: Tasa de alfabetismo de la población de 15 a 24 años	Población de 15 a 24 años que sabe leer y escribir	Encuesta de Hogares (INE)	Encuesta de Hogares (INE)	Nacional, urbano/rural
Objetivo 3: Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer				
3A.1: Brecha de género en la tasa de término a 6° de primaria	Diferencia entre la tasa de término a 6° de primaria de la población femenina y la tasa de término a 6° de primaria de la población masculina	Sistema de Información Educativa (Ministerio de Educación) y Proyecciones de población (INE)	Anual	Nacional, departamental, municipal, sexo
3A.2: Brecha de género en la tasa de término a 6° de secundaria	Diferencia entre la tasa de término a 6° de secundaria de la población femenina y la tasa de término a 6° de secundaria de la población masculina. La tasa de término a 6° de secundaria se define como el número de alumnos promovidos de 6° de secundaria entre la población de 17 años	Sistema de Información Educativa (Ministerio de Educación) y Proyecciones de población (INE)	Anual	Nacional, departamental, municipal, sexo
3A.3: Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años	Tasa de alfabetismo de mujeres de 15 a 24 años	Encuesta de Hogares (INE)	Encuesta de Hogares (INE)	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena
3A.4: Porcentaje de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola.	Población femenina que trabaja en el sector no agrícola	Encuesta de Hogares (INE)	Encuesta de Hogares (INE)	Nacional, urbano/rural
3A.5: Proporción de puestos ocupados por mujeres en el Parlamento Nacional	Número de asientos ocupados por mujeres en la Cámara de Diputados	Corte Nacional Electoral	Corte Nacional Electoral	Nacional
3A.6: Proporción de puestos ocupados por mujeres en Concejos Municipales	Número de asientos ocupados por mujeres en los Consejos Municipales	Corte Nacional Electoral	Corte Nacional Electoral	Municipal
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de la niñez				
4A.1: Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años (por mil nacidos vivos)	Número de muertes en niños menores de cinco años en un periodo determinado	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Nacional, urbano/rural, departamental, quintil de ingreso
4A.2: Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	Número de muertes en niños menores de un año en un periodo determinado	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Nacional, urbano/rural, departamental, quintil de ingreso
4A.3: Cobertura de vacunación con tercera dosis de Pentavalente en niños menores de un año	Población menor a un año que recibió la tercera dosis de la vacuna Pentavalente	Sistema Nacional de Información de Salud (Ministerio de Salud y Deportes)	Proyecciones de población (INE)	Nacional, departamental, municipal

Indicadores	Numerador	Denominador	Periodicidad	Desagregación
	Descripción	Descripción	Fuente	
Objetivo 5: Mejorar la salud materna				
5A.1: Razón de mortalidad materna (muertes por 100 mil nacidos vivos)	Número de muertes maternas (embarazo, parto, posparto) en un periodo determinado	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Cada cuatro/cinco años	Nacional, urbano/rural
5A.2: Porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado	Número de partos atendidos en domicilio o establecimiento de salud por personal de salud calificado (médico o enfermera)	Sistema Nacional de Información de Salud (Ministerio de Salud y Deportes)	Anual	Nacional, departamental y municipal
5B.1: Tasa de uso de anticonceptivos (porcentaje)	Número de mujeres en edad reproductiva, casadas o en unión, que actualmente está usando algún método de anticoncepción	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Cada cuatro/cinco años	Nacional, urbano/rural y departamental, quintil de ingreso
5B.2: Tasa de fecundidad entre las adolescentes (por mil habitantes entre 15-19 años)	Número de nacimientos en mujeres entre 15 y 19 años	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Cada cuatro/cinco años	Nacional, urbano/rural y departamental, quintil de ingreso
5B.3: Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro consultas - porcentaje)	Número de mujeres con un hijo nacido vivo en los últimos 5 años, que recibieron al menos 4 controles prenatales en su último embarazo por médico, enfermera o auxiliar de enfermería	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Cada cuatro/cinco años	Nacional, urbano/rural y departamental, quintil de ingreso
5B.4: Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar (porcentaje)	Número de mujeres casadas o en unión que no están usando un método de anticoncepción, son fértiles y desean no tener más hijos o posponer su siguiente hijo por lo menos 2 años + mujeres embarazadas cuyo embarazo actual no era deseado + mujeres en posparto amenorrea que no están usando un método de anticoncepción y, al momento que quedaron embarazadas, deseaban retrasar o prevenir el embarazo.	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Cada cuatro/cinco años	Nacional, urbano/rural y departamental, quintil de ingreso
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades importantes				
6A.1: Prevalencia de SIDA por millón de habitantes	Número de casos seropositivos al SIDA	Programa Nacional de Control de Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA (Ministerio de Salud y Deportes)	Anual	Nacional, departamental
6A.2: Prevalencia de VIH/SIDA entre las personas de 15 a 24 años	Número de personas entre 15 y 24 años con muestra de sangre con resultado positivo en las pruebas de VIH/SIDA (Ministerio de Salud y Deportes)	Programa Nacional de Control de Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA (Ministerio de Salud y Deportes)	Anual	Nacional
6A.3: Proporción de población de 15 a 24 años que tiene conocimiento amplio y correcto sobre el VIH/SIDA	Número de mujeres u hombres entre 15 y 24 años de edad que pueden identificar correctamente las dos formas principales de prevenir la transmisión sexual del VIH (utilización de preservativos y limitando las relaciones sexuales a una pareja fiel y no infectada), además reconocen dos ideas erróneas acerca de la transmisión del SIDA (picadura de mosquito y compartir los alimentos con una persona infectada) y saben que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Cada cuatro/cinco años	Nacional, urbano/rural y departamental, quintil de ingreso

Indicadores	Numerador	Denominador	Periodicidad	Desagregación
	Descripción	Descripción	Fuente	
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades importantes				
6B.1 Personas portadoras del VIH con infección avanzada que reciben terapia antirretroviral	Número de personas portadoras del VIH con infección avanzada que recibe terapia antirretroviral	Programa Nacional de Control de Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA (Ministerio de Salud y Deportes)	Anual	Nacional
6C.1: Índice de parásitos de la malaria (IPA) por 1.000 habitantes	Número de muestras hemáticas positivas (pruebas de muestra de sangre observadas en laboratorio que presentan malaria)	Programa Nacional de Control de Malaria (Ministerio de Salud y Deportes)	Anual	Nacional, departamental y municipal
6C.2: Porcentaje de municipios con una tasa de infestación de Chagas mayor a 3%.	Número de municipios con tasa de infestación de Chagas mayor a 3%. La tasa de infestación es la división entre el número de viviendas infestadas de Chagas y el total de viviendas en las que se realizó la evaluación entomológica post-rociado	Programa Nacional de Control de Chagas (Ministerio de Salud y Deportes)	Anual	Nacional, departamental
6C.3: Porcentaje de pacientes con tuberculosis curados del total de notificados.	Número de pacientes curados	Programa Nacional de Control de Tuberculosis (Ministerio de Salud y Deportes)	Anual	Nacional, departamental
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente				
7A.1: Porcentaje de superficie nacional cubierta por bosques	Superficie terrestre cubierta por bosques	Superintendencia Forestal	Anual	Nacional
7A.2: Superficie nacional ocupada por Áreas Protegidas (millones de hectáreas)	Superficie ocupada por Áreas Protegidas Nacionales en millones de hectáreas	Servicio Nacional de Áreas Protegidas (SERNAP)	Anual	Nacional
7A.3: Consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (TM PAO)	Consumo de clorofluorocarburos (CFC) en TM PAO	Programa Ozono-Comisión Gubernamental del Ozono	Anual	Nacional
7B.1: Porcentaje de la población con acceso a agua potable	Población que se abastece de agua a través de un medio adecuado. En el área urbana incluye agua por red de cañería o pileta pública. En el área rural incluye red de cañería, pileta pública o pozo con bomba	Registros administrativos MMAyA	Anual	Nacional, urbano/rural, municipal
7B.2: Porcentaje de la población con acceso a servicios de saneamiento básico	Población que tiene acceso a servicio sanitario adecuado. En el área urbana incluye servicio sanitario con desagüe hacia alcantarillado. En el área rural se incluye servicio sanitario con desagüe hacia alcantarillado, cámara séptica y pozo ciego	Registros administrativos MMAyA	Anual	Nacional, urbano/rural, municipal

Indicadores		Numerador		Denominador		Periodicidad	Desagregación
Descripción		Fuente		Descripción		Fuente	
Objetivo 8: Implementar alianzas globales para el desarrollo							
8D.1: Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD) como porcentaje del ingreso de los países donantes	Monto de la Asistencia Oficial para el Desarrollo	Naciones Unidas	Ingreso Nacional Bruto de los países de la OCDE	Naciones Unidas	Internacional	Anual	
8D.2: Servicio total de la deuda externa como porcentaje de las exportaciones	Total del servicio de deuda externa pública	Banco Central de Bolivia	Total exportaciones	Banco Central de Bolivia	Nacional	Anual	
8F.1: Porcentaje de hogares que acceden a telefonía móvil	Número de hogares con línea de teléfono móvil	Encuestas de Hogares (INE)	Número total hogares	Encuestas de Hogares (INE)	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena	Anual	
8F.2: Porcentaje de la población de 5 años o más que dispone de celular para su uso personal	Población de 5 años o más con línea de teléfono móvil	Encuestas de Hogares (INE)	Total población de 5 años o más	Encuestas de Hogares (INE)	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena	Anual	
8F.3: Porcentaje de hogares que acceden a telefonía fija	Población con línea de teléfono fija	Encuestas de Hogares (INE)	Total población	Encuestas de Hogares (INE)	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena	Anual	
8F.4: Porcentaje de hogares con acceso a Internet en su vivienda	Número de hogares con acceso a Internet dentro de la vivienda	Encuestas de Hogares (INE)	Número total de hogares	Encuestas de Hogares (INE)	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena	Anual	
8F.5: Porcentaje de población mayores de 5 años que usan Internet	Población mayores de 5 años que usan Internet	Encuestas de Hogares (INE)	Total población mayores de 5 años	Encuestas de Hogares (INE)	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena	Anual	

