

Objetivos
de Desarrollo
del Milenio

La
Paz

SITUACIÓN
ACTUAL,
EVALUACIÓN y
PERSPECTIVAS



Prefectura del
Departamento
de La Paz

Objetivos
de Desarrollo
del Milenio

LA
SITUACIÓN
ACTUAL,
EVALUACIÓN y
PERSPECTIVAS

PAZ

Este informe fue elaborado por el PNUD a través del Proyecto BOL/50863 "Programa de Políticas y Gestión Pública Descentralizadas para el Logro de los Objetivos del Milenio", con el apoyo de la Prefectura del Departamento de La Paz. El reporte estuvo coordinado por Víctor Hugo Bacarreza Ch. y elaborado por Wilson Jiménez, Ernesto Pérez y Cecilia Larrea (consultores del proyecto), con la contribución de Carmen Hada (consultora departamental).

La publicación de este informe fue posible gracias al financiamiento de la Agencia Internacional de Cooperación del Japón (JICA).

Depósito Legal

4-1-316-07

Editor

Patricia Montes

Diseño y Diagramación

SALINASÁNCHEZ Comunicación visual S.R.L.

Impresión

Weinberg S.R.L. Manufacturas e Imprenta

La Paz, Bolivia

Marzo, 2007

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	1
RESUMEN EJECUTIVO	3
INTRODUCCIÓN	9
ANTECEDENTES	9
Evaluación de los ODM en Bolivia	12
PRIMERA PARTE	
SITUACIÓN DEL DEPARTAMENTO	15
Contexto departamental	15
Economía de La Paz	17
Infraestructura, inversiones y acceso al financiamiento para el desarrollo económico de la región	29
SEGUNDA PARTE	
SELECCIÓN DE INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS ODM	33
Selección y definición de indicadores	33
Fuentes de información	36
Periodo base y estándares	36
TERCERA PARTE	
LOS ODM EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ	39
Reducir la pobreza extrema	39
Reducir la desnutrición	45
Lograr la enseñanza primaria universal	49
Promover la igualdad entre géneros y el empoderamiento de la mujer	68
Reducir la mortalidad de la niñez	81
Mejorar la salud materna	88
Combatir el VIH/sida y otras enfermedades	101
Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	120
CUARTA PARTE	
CONCLUSIONES Y LINEAMIENTOS DE POLÍTICA	129
Lineamientos de política para alcanzar los ODM	130
Estrategias para alcanzar los ODM	132
BIBLIOGRAFÍA	139
ANEXOS	
1. Crecimiento y redistribución para alcanzar la Meta 1	147
2. Elasticidad-crecimiento-reducción de pobreza bajo escenarios de crecimiento pro-pobre-neutral y anti-pobre	148
3. Aplicación metodológica de la cohorte reconstituida UNESCO-Klein	149
4. Estimación del riesgo de muerte de menores de un año	152

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1	Indicadores seleccionados para el seguimiento de los ODM	34
Cuadro 2	La Paz: incidencia de pobreza extrema	40
Cuadro 3	La Paz: tasa de desnutrición crónica en menores de tres años	46
Cuadro 4	La Paz: tasa de cobertura neta de primaria	50
Cuadro 5	La Paz: tasa de término bruta a 8° de primaria	52
Cuadro 6	La Paz-dependencia pública: edificios escolares según área geográfica	59
Cuadro 7	La Paz-dependencia pública: unidades educativas según área geográfica	59
Cuadro 8	La Paz-dependencia pública: número de docentes según nivel educativo y área geográfica	61
Cuadro 9	La Paz: brecha de género en la tasa de término bruta a 8° de primaria	70
Cuadro 10	La Paz: brecha de género en la tasa de término bruta a 4° de secundaria	72
Cuadro 11	Brecha de género en la tasa bruta de matriculación, según nivel educativo (en puntos porcentuales)	74
Cuadro 12	Brecha de género en la tasa de abandono según nivel educativo (en puntos porcentuales)	75
Cuadro 13	La Paz: ingreso promedio mensual según sexo, 2001 (en Bs.)	76
Cuadro 14	La Paz: tasa de mortalidad infantil	82
Cuadro 15	La Paz: cobertura de inmunizaciones en menores de un año	86
Cuadro 16	La Paz: tasa de mortalidad materna	90
Cuadro 17	La Paz: cobertura de parto institucional	92
Cuadro 18	Complicaciones en el parto y principales discapacidades provocadas por la maternidad	94
Cuadro 19	La Paz: factores lejanos que determinan la muerte materna	95
Cuadro 20	La Paz: factores intermedios que determinan la muerte materna	96
Cuadro 21	La Paz: tipo y causa de muerte materna	97
Cuadro 22	La Paz: prevalencia de casos de sida	102
Cuadro 23	La Paz: porcentaje de municipios con una tasa de infestación de Chagas mayor al 3%	106
Cuadro 24	La Paz: índice de parasitosis anual de malaria	111
Cuadro 25	La Paz: número de pacientes curados respecto del total de notificados	116
Cuadro 26	La Paz: cobertura de agua potable	121
Cuadro 27	La Paz: cobertura de saneamiento básico	124

ÍNDICE DE RECUADROS

Recuadro 1	¿Qué es la Iniciativa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)?	10
Recuadro 2	Exportadores Bolivianos	22
Recuadro 3	Principales problemas del departamento	23
Recuadro 4	Productos orgánicos Irupana	25
Recuadro 5	Determinantes del abandono y rendimiento escolar	54
Recuadro 6	Principales problemas de género en Bolivia	69
Recuadro 7	Algunas voces sobre el tema de género y asistencia escolar en La Paz	78
Recuadro 8	Las políticas de género (1993-2004)	80
Recuadro 9	Intervenciones para mejorar la salud materna	99

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Producto interno bruto por departamento (en miles de Bs. de 1990)	17
Gráfico 2	La Paz: participación porcentual del PIB departamental en el total nacional (en porcentaje)	17
Gráfico 3	La Paz: variación porcentual del PIB departamental	18
Gráfico 4	La Paz: PIB departamental según actividad económica (en porcentaje)	19
Gráfico 5	La Paz: participación regional en el PIB departamental	19
Gráfico 6	La Paz: PIB per cápita según departamento, 2005 (en Bs.)	20
Gráfico 7	Índice de entropía generalizada (GEO) según departamento, 2001	20
Gráfico 8	La Paz: valor de las exportaciones (en miles de \$US)	21
Gráfico 9	La Paz: exportaciones de los principales productos, 2005	21
Gráfico 10	La Paz: valor de exportación de los principales productos (millones de \$US)	22
Gráfico 11	La Paz: número de unidades productivas (PyME) según número de trabajadores, 2005	27
Gráfico 12	La Paz: PyME según actividad, 2005 (en porcentaje)	27
Gráfico 13	Porcentaje de MyPE industriales exportadoras según departamento, 2005	27
Gráfico 14	La Paz: número de OECA según cadenas productivas, 2006	28
Gráfico 15	La Paz: número de OECA productivas según actividad, 2006	28
Gráfico 16	La Paz: longitud de tramos camineros según tipo de rodadura 2005	29
Gráfico 17	La Paz: inversión extranjera directa (en miles de \$US)	30
Gráfico 18	La Paz: inversión extranjera directa según actividad, 2003 (en porcentaje)	30
Gráfico 19	La Paz: composición de la cartera bancaria, 2005 (en porcentaje)	31
Gráfico 20	La Paz: cartera microfinanciera	31
Gráfico 21	Incidencia de pobreza extrema según departamento, 2001	40
Gráfico 22	Crecimiento y redistribución necesarios para alcanzar las metas de reducción de pobreza en 2015 según departamento	41
Gráfico 23	La Paz: crecimiento y redistribución necesarios para alcanzar las metas de reducción de pobreza en 2015	42
Gráfico 24	Elasticidad-ingreso-pobreza según departamento, 2001	43
Gráfico 25	Prevalencia de desnutrición crónica en menores de tres años (en porcentaje)	46
Gráfico 26	Tasa de cobertura neta de primaria según departamento, 2005	51
Gráfico 27	Tasa de término bruta a 8° de primaria según departamento, 2005	52
Gráfico 28	Dependencia pública y privada: tasa de sobrevivencia de primaria con repitencia según grado, cohorte 2003-2004	55
Gráfico 29	La Paz-dependencia pública y privada: tasa de asistencia a primaria por edad simple y área geográfica, 2001	56
Gráfico 30	La Paz-dependencia pública y privada: tasa de abandono escolar por grado según área geográfica, 2005	57
Gráfico 31	La Paz-dependencia pública y privada: tasa de rezago escolar por grado según área geográfica, 2005	58
Gráfico 32	Dependencia pública: relación alumno-aula según nivel de educación y área geográfica, 2005	60
Gráfico 33	La Paz-dependencia pública: asignación anual de horas pedagógicas por crecimiento vegetativo expresado en ítems de 72 horas	62

Gráfico 34	La Paz-dependencia pública: proporción de docentes interinos según área geográfica en el nivel primario	63
Gráfico 35	La Paz-dependencia pública: proporción de docentes interinos según área geográfica en el nivel secundario	63
Gráfico 36	La Paz: niños y niñas que alcanzaron el nivel educativo esperado según grupo étnico	64
Gráfico 37	La Paz: niños y niñas que alcanzaron el nivel educativo esperado según área geográfica	64
Gráfico 38	Brecha de género en tasa de término bruta a 8° de primaria según departamento, 2005	70
Gráfico 39	Brecha de género en tasa de término bruta a 4° de secundaria según departamento, 2005	73
Gráfico 40	La Paz: brechas de género en tasa de analfabetismo (15 y más años), según área geográfica	74
Gráfico 41	La Paz: población ocupada por sexo, según categoría ocupacional, 1999-2001	76
Gráfico 42	La Paz: población ocupada por sexo según actividad, 1999-2001	77
Gráfico 43	Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	82
Gráfico 44	Tasa de mortalidad infantil según departamento (por mil nacidos vivos)	83
Gráfico 45	Bolivia: principales causas de mortalidad infantil (en porcentaje)	84
Gráfico 46	Tasa de cobertura de la vacuna pentavalente según departamento	86
Gráfico 47	Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos, según departamento, 2000	90
Gráfico 48	Tasa de cobertura de parto institucional según departamento	92
Gráfico 49	Prevalencia de casos de sida según departamento, 2005 (por millón de habitantes)	103
Gráfico 50	Incidencia acumulada de VIH/sida según departamento	103
Gráfico 51	Notificación de VIH/sida según forma de contagio por departamento, 2005	104
Gráfico 52	Porcentaje de municipios con infección mayor al 3%	107
Gráfico 53	Porcentaje de municipios con una tasa de infestación de Chagas mayor al 3%, según departamento, 2005	107
Gráfico 54	Índice de parasitosis anual por mil habitantes	110
Gráfico 55	Índice de parasitosis anual según departamento (por mil habitantes)	112
Gráfico 56	Porcentaje de pacientes de TB curados respecto del total de notificados	116
Gráfico 57	Porcentaje de pacientes de TB curados respecto del total de notificados según departamento, 2004	117
Gráfico 58	Cobertura de agua potable según departamento (en porcentaje)	122
Gráfico 59	La Paz: consumo de agua (en millones de pies cúbicos)	122
Gráfico 60	Cobertura de saneamiento básico según departamento (en porcentaje)	124
Gráfico 61	Cumplimiento de los ODM en el departamento de La Paz	129

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1	La Paz: división política	16
Mapa 2	La Paz: incidencia de pobreza extrema según municipio, 2001	44
Mapa 3	La Paz: tasa de término bruta a 8° de primaria según municipio, 2005	53
Mapa 4	La Paz: brecha de género en tasa de término bruta a 8° de primaria según municipios, 2005	71
Mapa 5	La Paz: cobertura de la vacuna pentavalente según municipio, 2005	87
Mapa 6	La Paz: tasas de cobertura de parto institucional municipal (2005)	93
Mapa 7	La Paz: endemidad del Chagas según municipio, 2005	108
Mapa 8	La Paz: índice de parasitosis anual, 2005 (por mil habitantes)	113
Mapa 9	La Paz: cobertura de agua potable según municipio, 2001 (en porcentaje)	123
Mapa 10	La Paz: cobertura de saneamiento básico según municipio, 2001	125

SIGLAS Y ABREVIACIONES

AISA	Aguas del Illimani S. A.	FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
BID	Banco Interamericano de Desarrollo	FEJUVE	Federación de Juntas Vecinales
BM	Banco Mundial	FF AA	Fuerzas Armadas
CAP	Comportamientos, actitudes y prácticas	FUNDASAB	Fundación para el Apoyo a la Sostenibilidad en Saneamiento Básico
CDVR	Centros departamentales de vigilancia y referencia	GEO	Índice de entropía generalizada con parámetro cero (generalized entropy 0)
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe	GM	Gobiernos municipales
CIE	Clasificación internacional de enfermedades	HIPC II	Heavily Indebted Poor Countries
CIMDM	Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio	IDH	Impuesto directo a los hidrocarburos
CNE	Congreso Nacional de Educación	IEC	Información, educación y capacitación
CV	Colaboradores voluntarios	IED	Inversión extranjera directa
DFID	Cooperación británica	INE	Instituto Nacional de Estadística
DILOS	Directorio local de salud	IPA	Índice de parasitosis anual de la malaria
D. S.	Decreto supremo	IPR	Implementación del Incentivo a la Permanencia en el Área Rural
DOTS	Tratamiento acortado directamente observado	IRA	Infecciones respiratorias agudas
EB	Exportadores Bolivianos S. R. L.	ITS	Infecciones de transmisión sexual
EBRP	Estrategia Boliviana para la Reducción de la Pobreza	ME	Ministerio de Educación
EDA	Enfermedades diarreicas agudas	MSD	Ministerio de Salud y Deportes
EMCM	Estrategia Mundial para el Control de la Malaria	MSPS	Ministerio de Salud Y Previsión Social
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	MyPE	Micro y Pequeña Empresa
EPMM	Encuesta Post-Censal de Mortalidad Materna	NCHS	Centro Nacional para Estadísticas de Salud
EPSA	Empresas prestadoras de servicios	NN UU	Naciones Unidas
EXTENSA	Programa de extensión de coberturas	ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
		OECA	Organizaciones económicas campesinas y agropecuarias
		OMS	Organización Mundial de la Salud
		ONG	Organizaciones no gubernamentales

PADER	Promoción al Desarrollo Económico Rural	SEDEGES	Servicio Departamental de Gestión Social
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones	SEDES	Servicio Departamental de Salud
PAN	Programa de Atención a Niños y Niñas	SEDUCA	Servicios departamentales de educación
PDDDES	Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social	SIE	Sistema Nacional de Información en Educación
PER	Proyectos educativos de red	SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
PFCEE	Proyecto de Fortalecimiento de la Calidad y Equidad de la Educación	SNMN	Seguro Nacional de Maternidad y Niñez
PIOM	Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres	TB	Tuberculosis
PNC	Programa Nacional de Chagas	TGN	Tesoro General de la Nación
PNCT	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis	TMI	Tasa de mortalidad infantil
PNM	Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Malaria	TMM	Tasa de mortalidad materna
PNPRM	Programa Nacional de Reducción de la Pobreza relativa a la Mujer	TTB _{gp}	Tasa bruta de término de 8° de primaria
PNVIS	Programa Nacional de ITS-VIH/sida	UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Económicas
PROSIN	Proyecto de Salud Integral	UDAPSO	Unidad de Análisis de Políticas Sociales
PyME	Pequeña y mediana empresa	UES	Unidades educativas públicas
RAFUE	Reglamento de Administración y Funcionamiento para Unidades Educativas	UNG-SUMI	Unidad Nacional de Gestión del SUMI
RUE	Registro de unidades educativas	UNICEF	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para los niños
SAG	Subsecretaría de Asuntos de Género	USAID	Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos
SAT	Servicio de asistencia técnica	VAGGF	Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia
SBS	Seguro Básico de Salud	VIH/sida	Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida
		VMM	Viceministerio de la Mujer

Presentación

Las estadísticas mundiales muestran avances disímiles en el logro de la reducción de pobreza a nivel global, a pesar de las políticas, programas y proyectos que han venido ejecutando los gobiernos de los países en desarrollo con el apoyo de los organismos multilaterales de cooperación y de las agencias bilaterales. Se estima que más de mil millones de personas en el mundo viven con menos de un dólar americano por día y otros 1800 millones luchan por sobrevivir con menos de dos dólares diarios.

Asimismo, en el planeta 114 millones de niños no reciben educación básica y 584 millones de mujeres son analfabetas. Por otra parte, también se estima que en el mundo mueren más de 1.200 niños por hora por causas varias, pero la abrumadora mayoría se debe a una patología única: la pobreza. Por último, otra de las causas de muerte prematura es la falta de salubridad, ya que cuatro de cada diez personas en el mundo no tienen acceso siquiera a una simple letrina y dos de cada diez no tienen acceso a una fuente de agua potable.

Ante este panorama, la Cumbre del Milenio, que se realizó en septiembre del año 2000, se constituyó en la mayor reunión de líderes mundiales en la historia de la humanidad. En esta cumbre se adoptó la Declaración del Milenio, que compromete a todas las naciones a reducir la pobreza, mejorar la salud y promover la paz, los derechos humanos y la sostenibilidad del medio ambiente. Este compromiso entre países desarrollados y en vías de desarrollo se resume en los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, que apuntan a reducir la pobreza y el hambre, la mortalidad infantil y materna, luchar contra las enfermedades como el SIDA, el Chagas, la malaria y la tuberculosis, lograr el acceso universal de niños y niñas a la escuela, empoderar a las mujeres y darle a más gente acceso a agua potable y a saneamiento básico.

Bolivia forma parte de la Declaración del Milenio y fue el primer país en América Latina y uno de los doce primeros a nivel mundial en preparar un informe nacional de progreso sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio que fue publicado en diciembre de 2001. Hasta la fecha, Bolivia ha publicado cuatro informes nacionales sobre el avance del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En este marco, y partiendo de los cuatro informes antes mencionados, se ha considerado importante contar con informes departamentales, tomando en consideración que los nueve departamentos de Bolivia se encuentran hoy frente a grandes desafíos para encarar la gestión de su desarrollo.

Estos productos son resultado del esfuerzo de varias instituciones de los ámbitos central, departamental y sectorial que, a través del apoyo del Programa de Objetivos de Desarrollo del Milenio del PNUD, han podido completar esta iniciativa. Los informes departamentales sobre el progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio muestran el estado de situación de cada uno de los departamentos, y plantean ciertos lineamientos clave que servirán de base para el desarrollo de políticas públicas encaminadas al logro de mejoras sustanciales en las condiciones de vida de su población. En consecuencia, el objetivo central de este trabajo, es que pueda constituirse en un instrumento de gestión útil para guiar intervenciones específicas de los departamentos que, bajo un esquema general

de aplicación de políticas públicas, posiblemente no tendría los impactos deseados sobre el bienestar de la población de cada uno de ellos.

Desde el punto de vista de la gestión pública, se espera que este pequeño aporte se constituya en la tarea inicial que permita el desarrollo de mejores sistemas de monitoreo y seguimiento y generación continua de información, así como el diseño e implementación de programas y proyectos que respondan a las especificidades de las diferentes regiones para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Antonio Molpeceres
REPRESENTANTE RESIDENTE
DEL PNUD EN BOLIVIA

Resumen Ejecutivo

Bolivia presenta diferencias regionales en el avance hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), lo que plantea desafíos importantes para articular acciones eficaces y con impactos orientados a mejorar las condiciones de vida de la población. La evaluación de los ODM en el departamento de La Paz muestra la información del contexto y la situación de los indicadores con el propósito de generar una línea base y contribuir a la construcción de políticas públicas en favor del desarrollo departamental.

El Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social (PDDES) 2006-2010 de la Prefectura de La Paz identifica la viabilidad de una visión productiva a través del fortalecimiento de la capacidad exportadora de bienes de consumo y el turismo como fuente de generación de empleo. Manifiesta una adhesión a los ODM, focalizando acciones para su cumplimiento en el marco de la política *La Paz solidaria*, orientada a mejorar las condiciones sociales y la calidad de vida de los habitantes.

En 2005, el departamento de La Paz tenía una población de 2,6 millones, que representa el 27,9% del total nacional, con un crecimiento demográfico de 2,3% por año. Su extensión territorial es de 133.985 km² y está dividido políticamente en 20 provincias y 175 municipios.

Las diversidades geomorfológica, ecológica, agroecológica, productiva, social, étnica y cultural que presenta el departamento, la diferenciación en cuanto a la infraestructura vial y la organización político-económica, pusieron de manifiesto la necesidad de identificar escenarios más homogéneos de planificación que articulen esta diversidad. Bajo esta premisa, la prefectura organiza la gestión pública en siete regiones: i) Amazonia, ii) Yungas, iii) Metropolitana, iv) Valles Norte, v) Valles Sur, vi) Altiplano Norte y vii) Altiplano Sur.

En el 2005, La Paz contribuyó con 23,5% al PIB nacional, ocupando el segundo lugar después de Santa Cruz. Entre las principales actividades económicas se encuentran los servicios financieros, servicios a las empresas, bienes inmuebles, industria manufacturera y servicios de la administración pública. Por su parte, las actividades de comercio, restaurantes y hoteles muestran un progresivo incremento.

El valor de las exportaciones sitúa a La Paz en el sexto lugar en el ámbito nacional en 2005, que representa el 15,4% de las exportaciones nacionales, principalmente en productos de manufactura (joyería, textiles, muebles, cuero), minería y agropecuaria. En 2005, el turismo se constituyó en la tercera actividad económica del departamento, representando el 35% del total de los ingresos generado por el sector en Bolivia.

El primer ODM, relacionado con la reducción de la pobreza y el hambre, considera la incidencia de extrema pobreza como indicador de seguimiento; éste mide el porcentaje de la población con un nivel de consumo per cápita inferior al valor de la línea de indigencia. En 2001 la pobreza extrema en Bolivia fue del 40,4% y el departamento de La Paz tenía una incidencia de pobreza extrema del 42,4%.

Para alcanzar la meta de reducción de pobreza, el departamento de La Paz debe lograr un crecimiento del consumo per cápita cercano al 2% anual entre 2001 y 2015, y al mismo tiempo debe disminuir la desigualdad. A su vez, el departamento requiere generar tasas de crecimiento cercanos al 2%. La estrategia de crecimiento de la economía departamental

planteada por la prefectura se basa en tres pilares: *Participación productiva*, que integra a pequeños y microproductores a cadenas de valor y exportación; *Alianzas público-privadas*, que permitan establecer vínculos de complementariedad en la distribución de inversiones, riesgos, responsabilidades y ganancias; y *Desarrollo local*, que busca la colaboración activa entre la prefectura y los gobiernos locales en la ejecución de inversiones concurrentes, coordinación de planes y responsabilidades compartidas.

El segundo indicador seleccionado para la evaluación del ODM-1 es la prevalencia de la desnutrición crónica de los niños menores de tres años. Entre 1994 y 2003, a nivel nacional, la reducción de la desnutrición crónica fue de 4 puntos porcentuales, llegando a un 24,2% y en La Paz al 25,8%, reduciéndose en casi 7 puntos porcentuales en dicho periodo. Las principales causas de la desnutrición son la falta de acceso a los alimentos, las prácticas inadecuadas de alimentación y la exposición de los niños a condiciones sanitarias deficientes y enfermedades habituales en ambientes insalubres

El Programa Desnutrición Cero del Gobierno de Bolivia se implementará como parte de una estrategia integral de protección social y desarrollo comunitario; estará vinculado a la producción a través de la formación de empresas comunitarias productivas y solidarias y al desarrollo económico local para la provisión de alimentos de acuerdo a la potencialidad de los productores locales. El departamento de La Paz propone impulsar acciones dirigidas a: la atención materno-infantil, alimentación, nutrición, seguridad alimentaria, acceso a agua potable y saneamiento básico, entre otros.

El segundo ODM, referido a la educación primaria universal, se evalúa a partir de dos indicadores: (i) la tasa de cobertura neta de primaria, que es una medida de acceso y eficiencia del sistema educativo, permite calcular la población atendida en edad oportuna y (ii) la tasa de término bruta de 8° de primaria (TTB_{8P}), que permite evaluar la capacidad del sistema para graduar a los estudiantes que captó inicialmente.

Entre 2000 y 2005, la cobertura neta del departamento de La Paz se incrementó del 95,6% al 97,0%, y se halla entre los departamentos con mayor cobertura a nivel nacional. Entre 1992 y 2005, la TTB_{8P} en La Paz experimentó un incremento de aproximadamente 23 puntos porcentuales, llegando a un 88,3% por encima del promedio nacional (77,8%) en 2005. El abandono escolar en La Paz se acentúa al final del segundo ciclo de primaria – entre los 10 y 11 años de edad– principalmente en el área rural.

El Congreso Nacional Educativo (CNE) puso en consideración el anteproyecto de Ley de Educación “Avelino Siñani y Elizardo Pérez”, cuyo marco filosófico y político establece que la educación debe ser universal, única y pertinente. Adicionalmente, el gobierno nacional implementó una política de transferencia condicionada denominada “Bono Juanquito Pinto”, que consiste en el pago de Bs. 200 a escolares que cursan del 1° al 5° de primaria en las unidades educativas públicas rurales y urbanas. La Prefectura de La Paz propone mejorar las condiciones sociales, la calidad de vida y la superación de los problemas de exclusión social mediante el mejoramiento de la calidad, la cobertura y la permanencia escolar.

El tercer ODM es promover la equidad de género y la autonomía de la mujer. Para su seguimiento se seleccionaron dos indicadores: (i) la brecha de género en la tasa de término bruta de 8° de primaria, definida como la diferencia entre la tasa de término bruta de niños y la de niñas en primaria, expresada en puntos porcentuales y (ii) la brecha de género en la tasa de término bruta de 4° de secundaria, que es la diferencia entre la proporción de hombres y mujeres que aprobaron el último grado de secundaria, expresada en puntos porcentuales.

En 2005, la brecha de género en el nivel de educación de primaria en el departamento de La Paz fue de 0,3 puntos porcentuales, similar a la registrada en el promedio nacional y que ubica a La Paz entre los departamentos con menor brecha de género. En ese mismo año, la brecha de género en la educación secundaria en La Paz era de 5,1 puntos porcentuales también a favor de los varones, ubicando esta vez al departamento entre aquellos con mayor brecha de género. La baja permanencia escolar, las tasas de abandono y las diferencias de género reflejan un efecto combinado de las desventajas de las mujeres para acumular capital humano e ingresar a la vida laboral.

Entre los avances orientados hacia una plataforma de promoción de derechos de las mujeres en la política nacional se encuentran la promulgación de leyes de protección a las trabajadoras del hogar, la creación de defensorías de la mujer, leyes contra la violencia doméstica y cuotas de participación política en la representación parlamentaria y en la Asamblea Constituyente. La política departamental establece la generación de una red de solidaridad y protección social dirigida a eliminar la discriminación de género, promover el respeto y la valoración de la diversidad y de las diferencias étnicas, lingüísticas, culturales, religiosas y de género, y fomentar la igualdad de oportunidades y derechos entre mujeres y hombres en todos los campos de la vida social.

Para el seguimiento al cuarto ODM, relativo a la reducción de la mortalidad de la niñez, se seleccionaron dos indicadores: (i) la tasa de mortalidad infantil (TMI) que mide las defunciones de los niños menores de un año ocurridas entre los nacimientos de los últimos cinco años anteriores a la fecha de la encuesta, y (ii) la tasa de cobertura de la vacuna pentavalente en menores de un año. Esta vacuna crea inmunidad en los niños y niñas contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, las infecciones por influenza y la hepatitis B.

En el ámbito nacional, la TMI se redujo de 89 por mil nacidos vivos en 1989 a 54 en 2003. El departamento de La Paz muestra una reducción de 86 a 52 por mil nacidos entre 1998 y 2003. En 2005, la cobertura de inmunización de menores de un año en el departamento de La Paz fue de 83,5%, que no difiere significativamente del nivel registrado en el ámbito nacional (84%).

Los seguros gratuitos de maternidad y niñez, como el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), tienen impactos sobre la reducción de la morbi-mortalidad infantil; sin embargo, se destaca la necesidad de mejorar la calidad de los servicios, la accesibilidad hacia áreas dispersas y la superación de barreras sociales y culturales, para llegar de manera masiva a la población en extrema pobreza y, por tanto, a la más vulnerable. La prefectura tiene la visión de construir un sistema departamental de salud integrado y desconcentrado que abarque la atención primaria, la cobertura y calidad del servicio, el seguro médico para madres y niños, las acciones preventivas con enfoque intercultural, la modernización tecnológica de los centros de atención y la coordinación con los gobiernos municipales.

El quinto ODM enfatiza en la salud materna y, para el seguimiento, se definieron dos indicadores: (i) la tasa de mortalidad materna (TMM), que mide el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (n.v), y (ii) la tasa de cobertura de parto institucional, que relaciona el total de partos institucionales registrados con el número de partos esperados.

En el año 2000, la TMM en el departamento de La Paz se estimó en 345,4 por 100.000 n.v., superior al promedio nacional (234 por 100.000 n.v), ocupando la segunda posición en la comparación departamental. En 2005, la cobertura de parto institucional en La Paz fue de 53,1%, cerca de 9 puntos porcentuales por debajo del promedio nacional (61,9%), ubicando al departamento en la penúltima posición.

La política nacional de salud enfatiza la universalización de los servicios que presta el SUMI, con acciones focalizadas en áreas rurales a través del Programa de Extensión de Coberturas (EXTENSA), con el propósito de superar las barreras de acceso a los servicios. Entre las acciones contempladas por la Prefectura de La Paz se encuentra la de construir un sistema de atención materno-infantil, ampliando su cobertura y mejorando la calidad del servicio.

El sexto ODM busca combatir el VIH/sida, malaria y otras enfermedades. En el caso del Chagas se seleccionó como indicador de seguimiento el porcentaje de municipios con una tasa de infestación de Chagas mayor al 3%. En 2005, la enfermedad de Chagas fue endémica en aproximadamente el 26% del territorio paceño, en la que sólo un municipio presentó una tasa de infestación mayor al 3%, situando al departamento como el de menor número de municipios con estas características.

En lo que respecta la enfermedad del VIH/sida, el indicador seleccionado para su seguimiento es la prevalencia de casos de sida, que se define como el número de casos nuevos y antiguos, menos los decesos a causa de esta enfermedad, expresado con respecto a un millón de habitantes en riesgo. En el departamento de La Paz la prevalencia de casos de sida aumentó de 4,3 a 12,2 por millón de habitantes (p.m.h.) entre 2004 y 2005. Estas cifras fueron inferiores al promedio nacional, que presentó tasas de 13,6 y 17,1 p.m.h en las gestiones 2004 y 2005, respectivamente. Sin embargo, el incremento registrado fue sustancial entre las dos gestiones.

El índice de parasitosis anual de la malaria (IPA) fue seleccionado como indicador de seguimiento en el marco del sexto ODM. El IPA es un conteo de casos de malaria confirmados y probables durante un periodo, expresado por cada mil habitantes expuestos al riesgo de contraer la enfermedad. El área endémica de malaria en La Paz está conformada por ocho municipios de la región de la Amazonia y parte de los Yungas. Al final de la gestión 2005, el departamento presentó un IPA de 3,0 por mil habitantes, 2,5 puntos porcentuales por debajo del promedio nacional (5,5), ubicando al departamento entre los de menor endemicidad.

En el caso de la tuberculosis (TB), se eligió el número de pacientes curados respecto del total de notificados como indicador que permita evaluar la evolución de esta enfermedad en el país. Entre 2000 y 2004, este indicador en el ámbito departamental presenta un comportamiento prácticamente estable, al igual que el promedio nacional. No obstante, las cifras en el ámbito regional fueron siempre menores respecto al promedio nacional en todo el periodo. En 2004, La Paz registró una tasa del 57,9% de pacientes curados respecto al total de notificados, mientras que el promedio nacional fue del 78,1%.

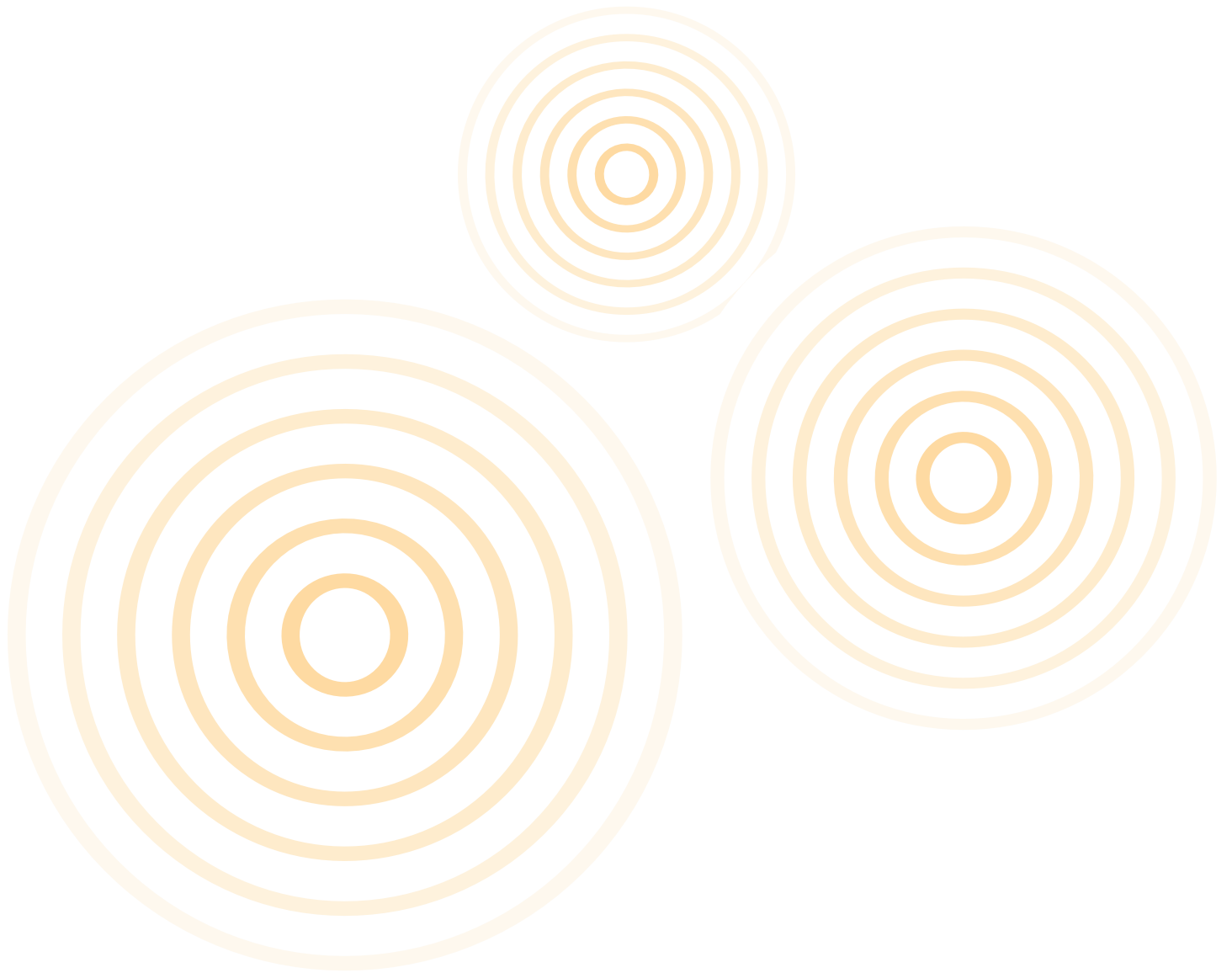
Los resultados alcanzados en el sexto ODM son consecuencia de la implementación de programas nacionales específicos para la lucha de las enfermedades mencionadas. Estos programas, en general, tienen una estructura orgánica que les permite funcionar en los ámbitos nacional, departamental y local, aunque se detectaron problemas de coordinación entre estos tres niveles. La principal dificultad que enfrentan los programas nacionales es la falta de apoyo presupuestario por parte del gobierno central y su alta dependencia de recursos de cooperación internacional. Por su parte, La Prefectura de La Paz tiene como objetivo establecer una gestión epidemiológica a través del fortalecimiento en vigilancia epidemiológica hospitalaria, el mejoramiento de la oportunidad de la información y la ampliación de la cobertura en vigilancia y control de las enfermedades.

El séptimo ODM es asegurar la sostenibilidad del medio ambiente, y se seleccionaron dos indicadores para su evaluación: (i) la cobertura de agua potable, que es la proporción de población que vive en viviendas particulares que cuentan con conexiones domiciliarias

por cañería, piletas públicas o pozos con bomba, y (ii) la cobertura de saneamiento básico, que es el porcentaje de población que dispone de alcantarillado, cámara séptica y, en el área rural, de pozo ciego.

En 2005, la cobertura nacional llegó a un 71,7%, persistiendo las brechas entre el área urbana y rural. En el mismo año, el 81,9% de la población paceña contaba con agua potable, ocupando el segundo lugar con mayor cobertura en el país. En el caso de servicios de saneamiento básico, el 43,5% de la población boliviana tenía acceso a éstos en la gestión 2005, mientras que La Paz tenía una cobertura de 60,8%, ocupando el primer lugar respecto al resto de los departamentos.

En conclusión, los ODM en el departamento de La Paz presentan una situación paradójica: a pesar de tener mayores coberturas de servicios básicos con relación al promedio nacional, los indicadores de desnutrición y mortalidad materna, se hallan entre los más elevados del país. En dicho contexto, la situación descrita y evaluada a lo largo del documento brinda información importante a los actores que inciden en el desarrollo departamental, y principalmente a la Prefectura de La Paz, para la construcción de políticas, programas y proyectos dirigidos a lograr mayores avances hacia las metas del milenio. Plantea finalmente, lineamientos de políticas y un marco acorde con el Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social y acciones concurrentes con el Gobierno central y los gobiernos municipales.



Introducción

ANTECEDENTES

El presente informe elabora una evaluación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el departamento de La Paz, con el propósito de contribuir a la reflexión sobre el proceso del desarrollo humano del departamento y sugerir lineamientos de acción a las autoridades nacionales, de la prefectura y de los gobiernos municipales, así como proporcionar información a los actores que inciden en el desarrollo departamental.

El Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social (PDDES) 2006-2010 del departamento de La Paz señala varias potencialidades para lograr su desarrollo sostenible. Entre los principales aspectos, la viabilidad del crecimiento económico regional a partir de la agregación de valor a los recursos naturales, la inserción en los mercados internacionales, la generación de capital social y mano de obra con capacidad de trabajo y creatividad, la incorporación masiva de las pequeñas y medianas empresas (PyME) al desarrollo; la articulación de la economía urbana y rural; y la ampliación de la economía departamental hacia áreas de influencia geo-económica.

La visión propuesta por la Prefectura de La Paz manifiesta una adhesión a los ODM, lo que genera la oportunidad de fortalecer las estrategias en el marco que proponen los compromisos internacionales hacia el desarrollo humano. El PDDES focaliza acciones para el cumplimiento de los ODM en el marco de la política *La Paz solidaria*, orientada a mejorar las condiciones sociales y la calidad de vida de los habitantes del departamento. Los ODM proponen metas hasta el año 2015 en los siguientes aspectos: reducción de la extrema pobreza y desnutrición, acceso universal a la educación primaria, igualdad entre géneros y empoderamiento de la mujer, disminución de la mortalidad infantil, mejoramiento de la salud materna, disminución del VIH/sida y otras enfermedades, asegurar la sostenibilidad del medio ambiente y establecer una alianza global para el desarrollo.

En los primeros cinco años de evaluación de los compromisos internacionales se ratificaron los valores y principios establecidos durante la Cumbre del año 2000 con relación a la vigencia de los derechos humanos, equidad, solidaridad, tolerancia, respeto por la naturaleza, cumplimiento de las reglas y de la ley y otros que se originaron en la Declaración del Milenio. Sin embargo, los acuerdos firmados enfatizaron la necesidad de promover acciones para ayudar a los países a mejorar el logro de los ODM, y propusieron recomendaciones en las áreas de desarrollo, preservación de la paz y seguridad colectiva, derechos humanos y fortalecimiento del rol de las Naciones Unidas (Millennium Project, 2005).

La evaluación de los ODM recomendó emprender acciones para obtener resultados de impacto inmediato, entre ellas la distribución de medicamentos, la implementación de programas de alimentación escolar masiva, el desarrollo local, un mayor énfasis en la educación, desarrollo rural, generación de empleo, empoderamiento de la mujer y transferencia tecnológica; también se abordaron problemas como: migración internacional, problemas especiales de países sin litoral y temas más específicos relacionados con las condiciones para mejorar el desarrollo humano.

En América Latina y en otros países en desarrollo fuera de la región se difundieron informes del progreso hacia el logro de los ODM y se movilizaron actores para establecer com-

¿Qué es la iniciativa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)?

La Cumbre del Milenio, celebrada en septiembre de 2000, reunió a líderes mundiales que aprobaron la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. En ella comprometieron a sus naciones a: una nueva asociación mundial para reducir la pobreza, mejorar los niveles de salud y promover la paz, los derechos humanos, la igualdad de género y la sostenibilidad ambiental. Este compromiso conjunto fue confirmado por las sucesivas cumbres mundiales de Monterrey y Johannesburgo.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio son las metas, cuantificadas y cronológicas, que el mundo fijó para luchar contra la pobreza extrema en sus diversas dimensiones —pobreza de ingresos, hambre, enfermedad, falta de vivienda adecuada y exclusión—, a la vez que se promueve la igualdad de género, la educación y la sostenibilidad ambiental. También son derechos humanos fundamentales: la salud, la educación, la vivienda y la seguridad, tal como se proclama en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas.

¿Cómo será el mundo en 2015 si se consiguen los ODM? Más de 500 millones de personas serán rescatadas de la pobreza extrema. Más de 300 millones dejarán de ser víctimas del hambre. Se producirá una sensible mejora en la salud infantil; en vez de morir antes de llegar a su quinto cumpleaños, 30 millones de niños se salvarán, al igual que las vidas de más de dos millones de madres.

Alcanzar los ODM significará también agua potable para otros 350 millones de personas, y los beneficios del saneamiento básico para 550 millones, permitiéndoles llevar una vida más sana y digna. Centenares de millones de mujeres y niñas también vivirán en libertad, con más seguridad y más oportunidades. Detrás de estas cifras están las vidas y la esperanza de personas que buscan nuevas oportunidades para poner fin

a la carga aplastante de la pobreza y contribuir al crecimiento y la renovación económicos.

Entre 1990 y 2001, el Banco Mundial estimó que la proporción de personas que viven en condiciones de pobreza extrema disminuyó del 28% al 21% en el mundo en desarrollo. El número de personas que viven en condiciones de pobreza extrema disminuyó de 1.210 millones a 1.090 millones (Chen y Ravallion, 2004). Muchas regiones, y especialmente extensas áreas del Asia oriental y el Asia meridional, experimentaron un notable progreso económico y social.

Sin embargo, grandes regiones todavía se encuentran lejos de las metas. En el África subsahariana se observó que el sida continúa afectando a gran parte del territorio, un resurgimiento del paludismo, la disminución de la producción alimentaria por persona, el deterioro de las condiciones de vivienda y la degradación ambiental, de manera que la mayoría de los países de la región siguen una trayectoria que les impedirá alcanzar la mayoría de los ODM. El cambio climático podría empeorar la situación al aumentar la inseguridad alimentaria, propagar las enfermedades transmitidas por vectores e incrementar las probabilidades de desastres naturales; una prolongada disminución de las lluvias en partes del África ya ha causado estragos. Entretanto, en algunos Objetivos, tales como reducir la mortalidad materna e invertir las pérdidas de recursos ambientales, la mayor parte del mundo se está quedando atrás. La meta temprana para la paridad de género en la educación primaria y secundaria —con el plazo límite de 2005— no se conseguirá en muchos países.

Ha llegado el momento de imprimir a los ODM el fuerte impulso que requieren y merecen. Los objetivos han de alcanzarse a nivel del país, y no sólo a nivel mundial y regional. Las tecnologías específicas para conseguir los ODM ya se conocen. Lo que se necesita es aplicarlas a escala.

Fuente: Millenium Project, 2005.

1 Naciones Unidas actualiza información sobre los países en desarrollo que cuenta con informes de progreso hacia los ODM.

2 Informes sobre ODM publicados por CEPAL (2005b), el IDB (2005) y otros.

3 El Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio se creó mediante resolución multiministerial, y está conformado por UDAPE, INE, el Ministerio de Hacienda y los ministerios sectoriales de Educación, Salud y Agua. Recientemente se integraron el Ministerio de Planificación del Desarrollo y el Viceministerio de Género y Asuntos Generacionales.

4 El PDDES del departamento delineó acciones en otros ejes: i) *La Paz productiva y emprendedora*, que establece: atraer inversiones, generar condiciones para la seguridad jurídica, estabilidad social y mejorar el entorno institucional orientado a la actividad económica; ii) *La Paz competitiva*, que impulsa la creación de infraestructura, construcción y mantenimiento de caminos en la red departamental y nacional; electrificación rural, sistemas de riego, red energética de gas natural; ampliación de la red de telecomunicaciones; capacitación de mano de obra calificada para la producción y los servicios; asistencia técnica e investigación y apoyo a las exportaciones, promoción comercial e inversiones, iii) *La Paz integrada*, que promueve vinculación con el norte del departamento, la Amazonia paceña y los departamentos del Beni y Pando, así como la construcción de carreteras hacia el norte de Chile y el sur del Perú, iv) *La Paz descentralizada*, orientado a fortalecer la estructura departamental con una institucionalidad para promover el desarrollo.

promisos internos en los ámbitos del Gobierno, la sociedad civil y la cooperación internacional¹. Informes regionales² destacan: (i) la necesidad de promover mayor efectividad en la utilización de recursos públicos, (ii) el aprovechamiento de las oportunidades de los países, (iii) incrementar la inversión en educación, salud, provisión de bienes públicos y la protección social orientada a la población vulnerable.

En Bolivia, entre 2002 y 2006 se elaboraron cuatro informes sobre ODM y en 2004 se conformó un Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio (CIMDM)³, como instancia técnica nacional para la definición de indicadores de seguimiento a los ODM.

Al igual que varios países de América Latina, Bolivia presenta diferencias regionales en el avance hacia los ODM. La desigualdad en el desarrollo tiende a generar severas restricciones para la efectividad del gasto público y constituye un obstáculo para avanzar hacia las metas del milenio. Para superar las desigualdades se requiere no solamente focalizar el gasto, sino también el compromiso de los actores locales y regionales: prefecturas, gobiernos municipales, autoridades provinciales, cantonales y otros.

El análisis de los ODM en niveles subnacionales constituye un desafío importante para articular acciones más eficaces orientadas a cumplir con las metas de desarrollo. Sin embargo, requiere ampliar los esfuerzos para desarrollar información sobre las particularidades de cada región, las necesidades y capacidades de los actores locales y regionales. Por ello, el presente informe contribuye a la construcción de políticas públicas orientadas a los ámbitos departamentales, con el propósito de lograr mayor impacto sobre las condiciones de vida de la población del departamento.

En los últimos años, los niveles subnacionales tuvieron una creciente gravitación en la gestión pública: por un lado, las prefecturas ejecutan una mayor proporción de la inversión pública, la descentralización se profundizó a partir de elección directa de los prefectos y se ampliaron los espacios para promover el desarrollo regional. Por otro lado, los cambios institucionales podrían promover nuevos escenarios para la gestión descentralizada y fortalecer el sistema democrático, pero requieren mejorar las capacidades de los niveles de la administración prefectural y provincial.

El desarrollo humano en los departamentos fue heterogéneo, y estas diferencias regionales requieren intervenciones diferenciadas, integrales y más efectivas. Las particularidades del desarrollo en las regiones, departamentos y municipios plantean el desafío de construir políticas públicas que reconozcan la diversidad, el carácter heterogéneo del país y la integralidad en las esferas de desarrollo productivo y social.

La evaluación de los ODM en el departamento de La Paz permitirá ampliar la reflexión sobre estrategias departamentales que podrían guiar la planificación de la prefectura y proveer elementos que orienten la acción de las organizaciones cívicas y sociales y de los actores relacionados con el desarrollo.

El Plan de Desarrollo Departamental de La Paz 2006-2010 planteó cinco ejes de política para el desarrollo. Uno de ellos es el denominado *La Paz solidaria*⁴, que busca mejorar la calidad de vida de la población del departamento, incluye varias acciones orientadas hacia los ODM, a superar la exclusión social y avanzar hacia el desarrollo humano sustentable en un marco democrático y respeto a los derechos humanos. Los compromisos en educación, salud y saneamiento básico establecen la necesidad de plantear esquemas más efectivos para mejorar la eficiencia del gasto social.

La iniciativa de promover los ODM en gobiernos locales y administraciones regionales no es un esfuerzo aislado. En América Latina se desarrollaron procesos de análisis de los ODM que propusieron establecer los compromisos del milenio en gobiernos locales y re-

gionales⁵. Por tanto, la importancia de profundizar el estudio regional tiende a mostrar avances comparativos entre las diferentes regiones, la desigualdad en los logros dentro del departamento y la identificación de aspectos específicos que sirvan como aproximación para mejorar la calidad en las intervenciones públicas en los ámbitos nacional, departamental y municipal.

El presente informe contiene el resultado de la línea base que forma parte del Proyecto de Gestión Descentralizada para el Logro de los ODM a nivel departamental. Éste debe ser complementado con un sistema de monitoreo y seguimiento en la prefectura, lo que requiere establecer instrumentos de gestión por resultados y el fortalecimiento de la capacidad de medición de las intervenciones públicas, tomando en cuenta que éstas constituyen un medio importante para el cumplimiento de los ODM.

El informe presenta, en la segunda sección de la introducción, el progreso nacional en los ODM, según la visión de los informes nacionales y otras fuentes de consulta. La primera parte del trabajo señala las características que describen el desempeño económico del departamento, indicadores demográficos y el marco institucional, con el objeto de sustentar el análisis de ODM en el resto del informe. La segunda parte muestra una propuesta para la definición de indicadores del departamento y criterios preliminares para el seguimiento a los ODM. La tercera parte aborda la situación y el balance de siete ODM a nivel departamental. Finalmente, la parte cuarta presenta algunos desafíos, perspectivas y lineamientos para avanzar hacia los ODM.

EVALUACIÓN DE LOS ODM EN BOLIVIA

Bolivia asumió, junto con otros 188 países, el compromiso de alcanzar los ODM en la Declaración del Milenio del año 2000. Desde 2002, como parte de dicho compromiso, elaboró de manera continua cuatro informes de avance de los ODM desarrollados por el PNUD y las entidades oficiales del gobierno.

Los informes de avance hacia el logro de los ODM constituyen la referencia principal al presente documento, el cuarto informe (UDAPE y CIMDM, 2006), presentado en noviembre de 2006, revela que Bolivia podría alcanzar la mayoría de las metas de desarrollo bajo el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND), que impulsa políticas articuladas, moviliza recursos hacia los sectores sociales y promueve el desarrollo local. Los resultados de los dos últimos informes oficiales de los ODM señalan:

ODM-1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la extrema pobreza y el hambre. Bajo un escenario inercial sobre las proyecciones de crecimiento de la economía boliviana (tercer informe, UDAPE y CIMDM, 2005), se espera que la pobreza extrema disminuya del 38% en 2002 hasta el 26,5% en 2015, por encima de la meta del 24%. Sin embargo, el cuarto informe señala para 2015 una proyección del 22%, que es un logro inferior a la meta, destacando que las acciones del PND permitirán elevar los ingresos de la población pobre, se reducirá la desigualdad en la distribución del ingreso y se implementarán programas que permitan acelerar la reducción de la extrema pobreza en Bolivia.

La desnutrición crónica en niños menores de tres años en Bolivia se estimaba en un 26% en el año 2003, y se estableció bajarla hasta la meta del 19% en 2015. En el tercer informe, las proyecciones indicaban que Bolivia podría alcanzar una desnutrición crónica del 22,5%, logro que está por debajo de la meta, toda vez que los programas específicos para la atención de nutrición de menores de tres años aún presentan debilidad y cobertura insuficiente. El cuarto informe incluye los resultados esperados del Programa Desnutrición Cero y espera erradicar la desnutrición en el marco del PND.

5 Varios países de América Latina están desarrollando acciones para llevar el compromiso de los ODM a niveles subnacionales. En Colombia se promovió una declaración de alcaldes para avanzar hacia los ODM desde niveles locales. Las gobernaciones de departamentos y provincias en Argentina, Brasil, Bolivia, Chile y Paraguay conformaron una zona de integración que, entre otras, propone acciones para alcanzar los ODM. En Perú varios municipios guían los programas en función al desarrollo humano y los ODM.

ODM-2: Lograr cobertura universal de la educación primaria. De acuerdo con el tercer informe sobre ODM, desde 1990 se observó un incremento sostenido de las tasas de cobertura neta de primaria, hasta alcanzar tasas cercanas al 100%; sin embargo, la culminación de la primaria en 2005 presenta índices de alrededor del 77%. De acuerdo a las proyecciones elaboradas por el Ministerio de Educación, no podrá elevarse la tasa de término bruta al 8° de primaria hasta el 100% si las políticas educativas no incluyen la reducción de las causas del abandono escolar, si persiste la discontinuidad en los ciclos del sistema educativo y si no se aplican programas para incentivar la demanda de servicios educativos.

ODM-3: Promover la igualdad de género y autonomía de la mujer. De acuerdo con la definición de indicadores del tercer informe, la brecha de género en la cobertura neta de primaria y de la tasa de término bruta a 8° de primaria es relativamente baja y podría alcanzar la meta de igualdad en algunos años, incluso antes de 2015. Sin embargo, la brecha en la tasa de analfabetismo muestra un evidente sesgo en contra de la mujer. El cuarto informe incluye dos nuevos indicadores con significativas disparidades de género: la brecha en la tasa de analfabetismo entre los 15 y los 44 años y la proporción de mujeres en empleo remunerado en el sector no agrícola.

ODM-4: Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad infantil entre 1990 y 2015. La TMI en 1989 era de 89 por mil nacidos vivos y la meta establecida en el tercer informe es de 30 por mil nacidos vivos. La estimación en el 2003 señalaba que el indicador alcanzó 54 por mil y la mortalidad tiende a concentrarse en el periodo neonatal, cuya reducción supone costos elevados y atención especializada; en consecuencia, se torna difícil lograr esta meta. Sin embargo. El PND establece acciones dirigidas a incrementar la inmunización y coberturas de atención en salud; en este marco, la meta se podría alcanzar hasta 2015.

ODM-5: Mejorar la salud materna, reducir en tres cuartos la mortalidad materna entre 1990 y 2015. La tasa de mortalidad materna debería reducirse de 416 por 100.000 en 1989 a 104 en el año 2015. Las proyecciones indican que, a pesar de las políticas de protección a la mujer embarazada y la ampliación de la cobertura del control prenatal a través de los sistemas de aseguramiento público, la tasa de mortalidad materna alcanzaba a 229 en el año 2003. Las proyecciones del tercer informe indicaban pocas posibilidades de alcanzar la meta; sin embargo, a partir de las nuevas prestaciones que brinda el Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI) y la implementación del Sistema Único Intercultural y Comunitario en Salud, se podría garantizar el cumplimiento de la meta establecida.

ODM-6: Combatir el VIH/sida, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades. En Bolivia se llevan a cabo varios programas para reducir la incidencia de enfermedades; sin embargo, éstos aún dependen en gran medida del financiamiento externo. El cuarto informe indica que los programas permitirían alcanzar las metas. Para ello se están fortaleciendo los sistemas de vigilancia, las acciones de prevención, la coordinación institucional, la gestión participativa y la consecución de financiamiento para este tema.

ODM-7: Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente. El gobierno determinó realizar el seguimiento a las coberturas de agua potable y saneamiento básico. Ambas coberturas evolucionaron favorablemente y podrían alcanzar las metas previstas para el año 2015. En los últimos años los marcos normativos y la definición de arreglos institucionales para la provisión de agua fueron modificados, con lo cual se podría incrementar la evolución de las coberturas de dichos servicios. En el cuarto informe se incorporaron tres indicadores referidos a la superficie cubierta de bosques, áreas protegidas nacionales y consumo de clorofluorocarbonos y emisión de dióxido de carbono.

ODM-8: Desarrollar una alianza global para el desarrollo. En este objetivo, la definición de indicadores aún está en proceso de construcción. El tercer informe propuso un indica-

dor sobre el gasto en medicamentos en los hogares; el cuarto informe no establece el seguimiento del indicador, pero pone su atención en nuevos indicadores, entre ellos la sostenibilidad de la deuda externa.

Las proyecciones de los indicadores relacionados con los ODM se establecen con base en supuestos sobre la evolución de éstos, considerando el progreso histórico y acciones previstas en las estrategias de desarrollo. Si bien en varios casos se prevé lograr las metas de desarrollo, otros informes municipales sobre necesidades básicas insatisfechas (INE y UDAPE, 2002), desarrollo humano (PNUD, 2004) y niveles de consumo (INE y UDAPE, 2006), así como numerosas publicaciones, revelan diferencias significativas de bienestar entre municipios y entre departamentos.

Las desigualdades regionales en el país son profundas y, a pesar de los flujos migratorios que determinaron cambios demográficos acelerados, las oportunidades de obtener ingresos y de acceder a servicios todavía varían según regiones, municipios y departamentos. Por tanto, la situación de los ODM en Bolivia no solamente requiere ser evaluada en el nivel nacional sino también exige definir indicadores y señalar brechas en los niveles subnacionales, integrando la visión regional, los actores y los compromisos de los niveles departamentales.

Situación del departamento

Esta sección del informe tiene por objetivo enmarcar el análisis de la línea de base de ODM en el contexto socioeconómico específico del departamento de La Paz, identificando las restricciones y potencialidades para el desarrollo y describiendo los aspectos más importantes para comprender los resultados en materia de reducción de pobreza y desarrollo humano en el departamento. De manera particular, interesa indagar sobre la situación de la economía departamental, los avances en materia social, la estructura del empleo, la desigualdad, la capacidad exportadora, la gestión pública, la demografía y la inserción internacional.

CONTEXTO DEPARTAMENTAL

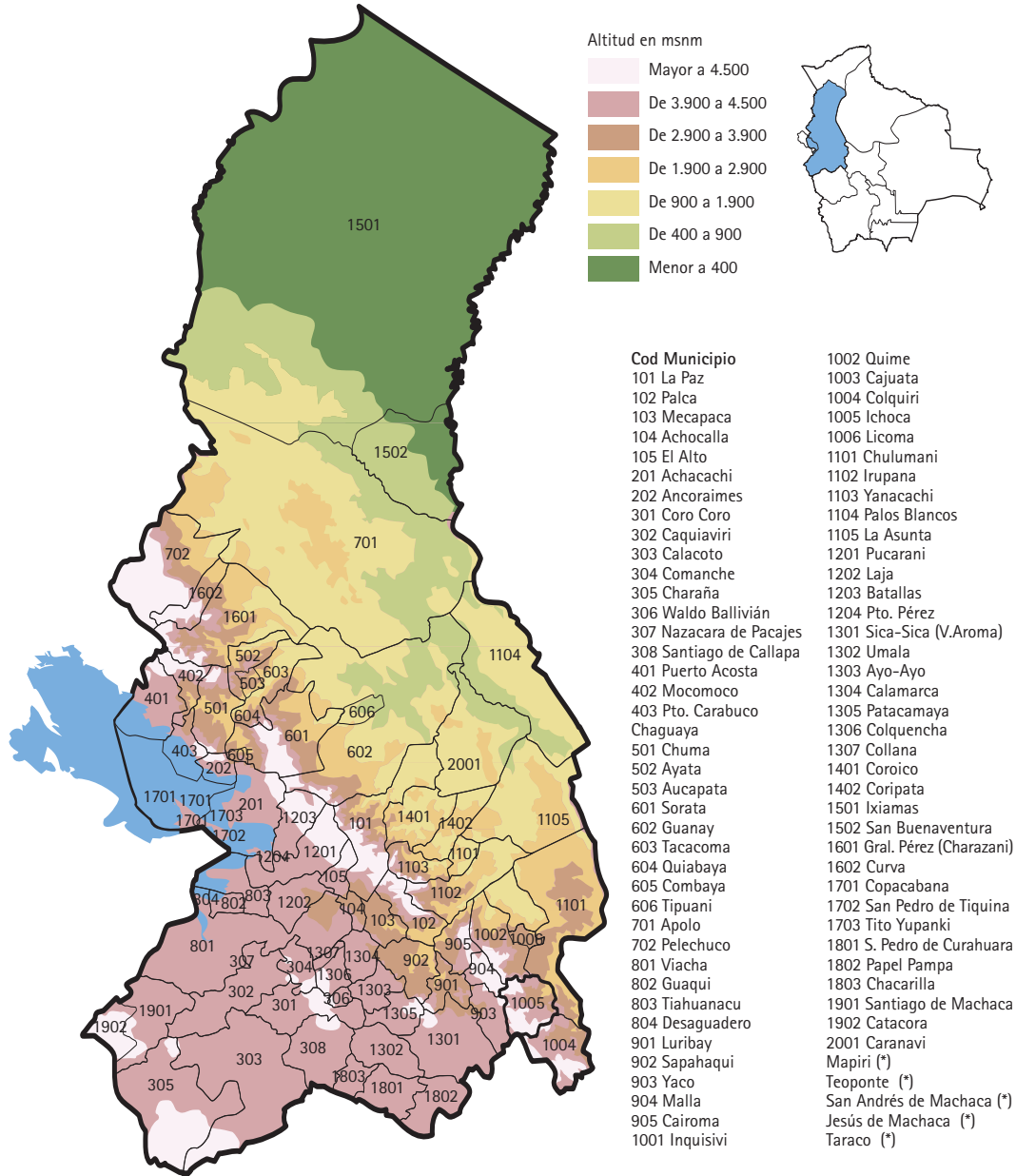
En 2005, el departamento de La Paz tenía una población proyectada de 2,6 millones de habitantes, que representan el 27,9% de la población nacional. La tasa anual de crecimiento de la población paceña (2,29%) está por debajo del promedio nacional (2,74%) y ocupa el 6° lugar respecto a los otros departamentos. La extensión territorial es de 133.985 km², que representan el 12,2% de la superficie total nacional. El departamento está dividido políticamente en 20 veinte provincias, que son: Aroma, Bautista Saavedra, Camacho, Franz Tamayo (antes Caupolicán), Gualberto Villarroel, Ingavi, Inquisivi, Iturralde, Larecaja, Loayza, Los Andes, Manco Kapac, Muñecas, Murillo, Omasuyos, Pacajes, Nor Yungas, Sud Yungas, General Pando y Caranavi. Asimismo, está dividido en 272 cantones.

Las diversidades geomorfológica, ecológica, agroecológica, productiva, social, étnica y cultural que presenta el departamento de La Paz, además de la red vial y la organización política-económica, pusieron de manifiesto la necesidad de identificar escenarios más homogéneos de planificación que articulen esta diversidad. Bajo esta premisa, la prefectura dividió el departamento en siete regiones: (i) Amazonia, (ii) Yungas, (iii) Metropolitana, (iv) Valles Norte, (v) Valles Sur, (vi) Altiplano Norte y (vii) Altiplano Sur.

Entre 1992 y 2005 se observó un acelerado proceso de urbanización del departamento. La población que reside en áreas urbanas aumentó del 37,2% al 67,2%, a pesar del saldo migratorio negativo (-2,55) el 2001. Las áreas urbanas de los municipios de La Paz y El Alto concentran el 93% de la población urbana. La densidad en municipios como El Alto alcanza hasta 1.922 hab./km², mientras que en el municipio de Ixiamas es de 0,15 hab. / km². El promedio de densidad departamental (19,63 habitantes por km²) es mayor al promedio nacional, que alcanza a 8,58 habitantes por km².

La región de los Yungas es la única que presenta un saldo migratorio positivo. Los municipios de El Alto, Yanacachi, Palos Blancos, Coroico, San Buenaventura, Achocalla, Ixiamas, Nazacara de Pacajes, Collana y La Asunta son centros receptores de población, mientras que el resto de los municipios son expulsores de población.

La Paz: división política



Fuente: UDAPE.

Nota: La división política del departamento de La Paz presentado en esta mapa y en los siguientes, no incluye los municipios de reciente creación (*).

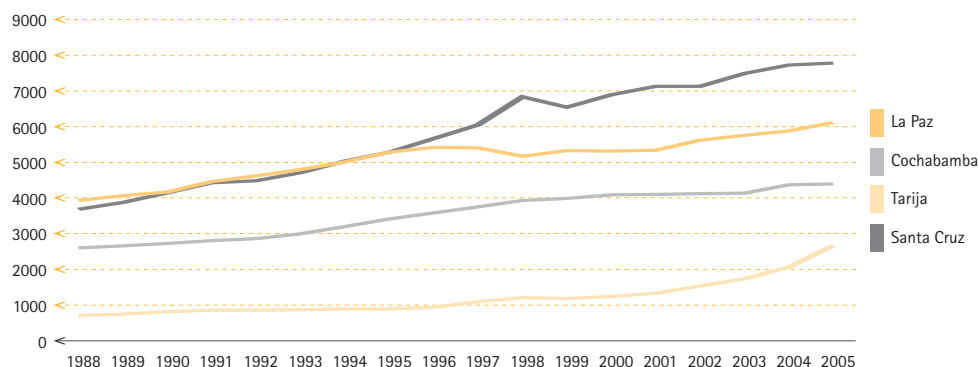
ECONOMÍA DE LA PAZ

A partir de 1996, la contribución al PIB nacional del departamento de La Paz dejó de ser la mayor del país al ser desplazada por Santa Cruz. Desde entonces hasta 2002 se observa el inicio de un proceso de estancamiento en el crecimiento de su economía, desde ese año se inicia una ligera recuperación (ver gráfico 1).

La participación porcentual del PIB del departamento con respecto al PIB nacional fue decreciente; disminuyó de un 27,7% en 1995 a un 23,5% en 2005 (gráfico 2). Para la gestión 2005, la economía de La Paz ocupó el segundo lugar después de Santa Cruz (31,07%), y por encima de Cochabamba (17,40%).

gráfico
1

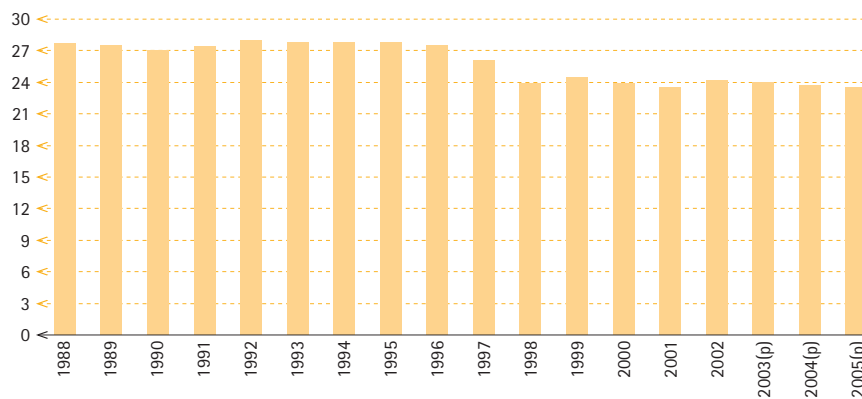
Producto interno bruto por departamento (en miles de Bs. de 1990)



Fuente: INE, 2006.

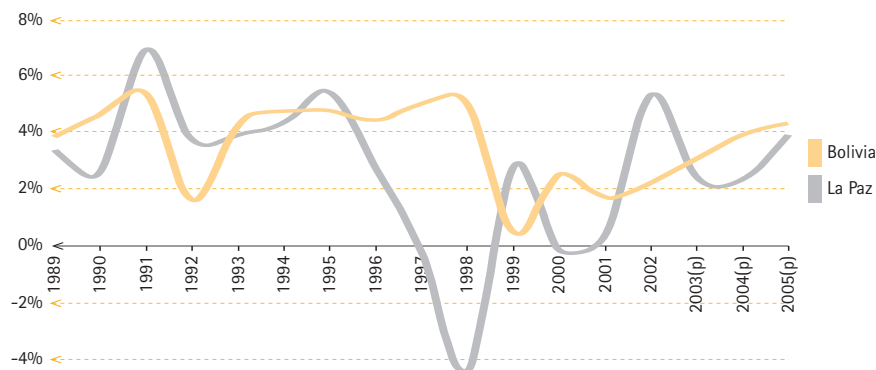
gráfico
2

La Paz: participación porcentual del PIB departamental en el total nacional (en porcentaje)



Fuente: INE, 2006.

La Paz: variación porcentual de PIB departamental



Fuente: INE, 2006.

La menor participación de la economía departamental en el PIB nacional se refleja en el desempeño de las diferentes actividades sectoriales. Entre las que contribuyen en mayor medida al PIB departamental están: la manufactura de bebidas, tabaco y alimentos, el transporte y almacenamiento, los establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas, la administración pública, los servicios comunales, sociales y personales y el comercio. Se destaca una creciente diversificación de la base productiva departamental a partir de la contribución de productos agrícolas no industriales, minerales metálicos y no metálicos, textiles, prendas de vestir y productos de cuero, electricidad, gas y agua, construcción, comunicaciones y restaurantes y hoteles

Entre 1988 y 2005, la actividad económica del departamento registró una desaceleración, y una contracción en 1997, 1998 y 2000 (ver gráfico 3). Hasta el momento no se reprodujo nuevamente la tasa de 6,91% lograda en 1991, que fue la más alta en una década.

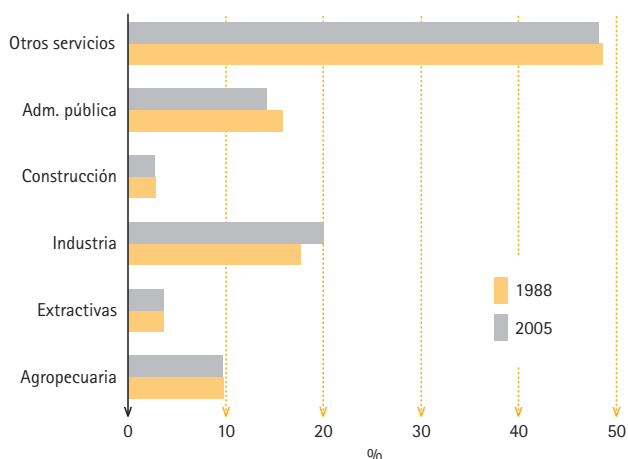
Las principales actividades que sustentan la economía paceña son: los servicios financieros, servicios a las empresas, bienes inmuebles, industria manufacturera y servicios de la administración pública. A su vez, las actividades de comercio, restaurantes y hoteles muestran un progresivo incremento. La participación del sector terciario en el PIB departamental se mantiene por encima del 40% en los últimos años, con tendencia a elevarse, mientras que el sector de transformación (industria) mantiene una participación de alrededor del 20%. Las actividades extractivas no superan una participación del 5% (gráfico 4).

El sector de transformación presenta un lento proceso de crecimiento, lo cual es un indicador de la probable gestación de una base industrial. Las autoridades del departamento podrían aprovechar estas ventajas y potencialidades para construir una visión productiva especialmente dirigida hacia el norte de La Paz.

El departamento de La Paz cuenta con recursos naturales de alto valor. Posee, además, el 20% de los 14 millones de hectáreas de áreas protegidas en Bolivia; esto plantea otro desafío para la gestión y el aprovechamiento de ecosistemas con alto valor biológico, cultural y de recursos biogenéticos, mediante el cultivo de la diversidad geomorfológica, ecológica, agroecológica, étnica y cultural, que constituyen un potencial significativo para el desarrollo de sectores productivos, turísticos, agroecológicos y del desarrollo humano.

gráfico
4

La Paz: PIB departamental según actividad económica (en porcentaje)



Fuente: INE, 2006.

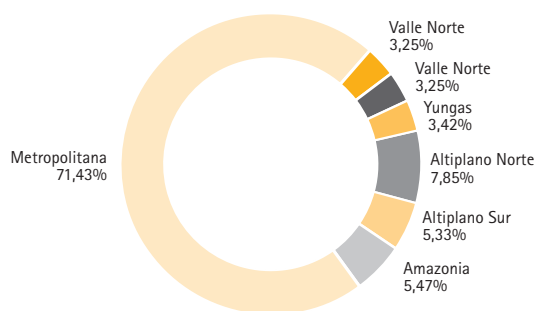
La actividad económica del departamento presenta una alta concentración del PIB departamental en la región metropolitana –municipios de La Paz, El Alto, Palca, Mecapaca, Achocalla, Viacha y Laja– (un 71,4%). Las actividades principales son el comercio, los servicios y la manufactura. El resto de las regiones participan con el 28,6% (véase gráfico 5).

En 2005, el producto por habitante del departamento de La Paz fue uno de los más bajos del país, llegando a ocupar el sexto lugar en el ámbito nacional. En ese mismo año este indicador era inferior a Bs. 6 mil por habitante, por debajo del promedio nacional (ver gráfico 6).

Los bajos ingresos por habitante están acompañados por una alta desigualdad dentro del departamento. El índice de entropía generalizada con parámetro cero (GEO por las siglas en inglés)⁶ del consumo familiar per cápita ubica al departamento de La Paz como el quinto con mayor desigualdad en el país (véase gráfico 7).

gráfico
5

La Paz: participación regional en el PIB departamental, 2005

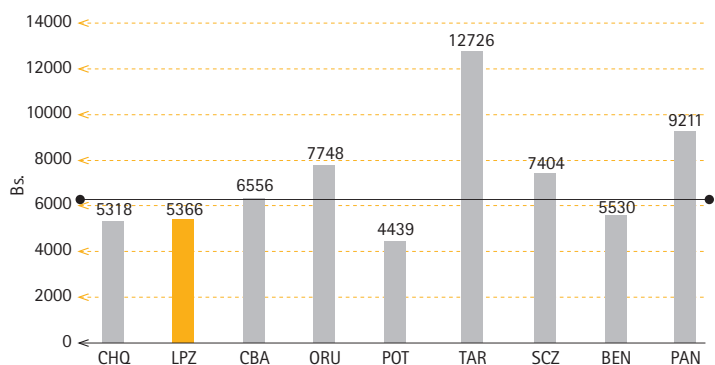


Fuente: Prefectura del departamento de La Paz, 2006.

6 Es un índice de desigualdad estimado para el consumo per cápita de la población de La Paz y forma parte de los índices de entropía generalizada que dependen de un coeficiente de aversión a la desigualdad.

gráfico
6

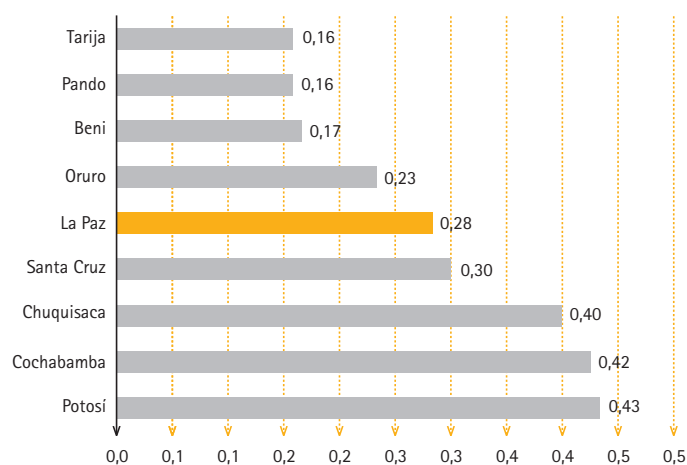
La Paz: PIB per cápita según departamento, 2005 (en Bs.)



Fuente: INE, 2006.

gráfico
7

Índice de entropía generalizada (GE0) según departamento, 2001



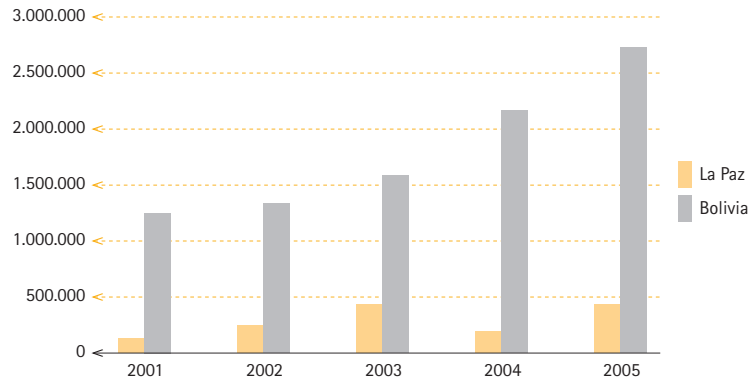
Fuente: INE y UDAPE, 2006.

El departamento de La Paz tiene el reto de protagonizar un proceso de desarrollo productivo, a través del fortalecimiento de la capacidad exportadora de bienes de consumo y productos no duraderos, así como el turismo como fuente de generación de empleo.

La generación de empleo en el departamento es insuficiente y constituye uno de los ámbitos de la acción pública que requiere fortalecerse, principalmente con el apoyo a unidades económicas articuladas a los municipios de La Paz y El Alto, que concentran el 26,6% de las pequeñas y medianas empresas del país. Dichas acciones podrían conducir a diversificar y ampliar potencialidades y actividades en el departamento que permitan generar un crecimiento de “base ancha” (PNUD, 2005).

gráfico
8

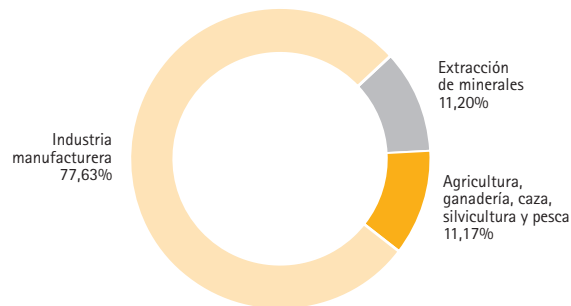
La Paz: valor de las exportaciones (en miles de \$US)



Fuente: INE, 2006.

gráfico
9

La Paz: exportaciones de los principales productos, 2005



Fuente: INE, 2006.

Las exportaciones del departamento sitúan a La Paz en el sexto lugar en el ámbito nacional. En 2005, el valor exportado por el departamento representaba el 15,4% de las exportaciones nacionales, equivalente a 423,5 millones de dólares (ver gráfico 8).

Las exportaciones del departamento comprenden principalmente productos de manufactura (77,63%), minería (11,20%) y agropecuaria (11,17%) (véase gráfico 9).

El principal producto de exportación histórico y con un aporte importante en el valor exportado es la joyería (véase recuadro 2). Los textiles, el estaño y el zinc tuvieron un comportamiento fluctuante en los últimos años. Productos como las nueces, el café y los muebles de madera están cobrando importancia en las exportaciones, aunque comenzaron con una participación pequeña, ésta fue creciendo, principalmente en el año 2005 (véase gráfico 10).

Exportadores Bolivianos

Exportadores Bolivianos S.R.L. (EB) es una empresa líder en la manufactura de joyería de oro y plata, tanto en productos de línea exclusiva como en la joyería de consumo masiva. Fue fundada en 1994 y desde entonces ha exportado en forma continua significativos volúmenes. Las plantas manufactureras cuentan con infraestructura, maquinaria e instalaciones modernas, que permiten transformar el oro y la plata en joyas de alta calidad.

EB ha capitalizado con éxito las ventajas comparativas de Bolivia, convirtiéndose en la primera empresa del país en la fabricación y exportación de joyería y en la mayor empresa exportadora del departamento de La Paz. Genera más de 700 fuentes de trabajo directas en sus plantas industriales. Su fortaleza deriva de la experiencia del *staff* profesional, la capacidad manufacturera de las plantas industriales y la flexibilidad de adaptación a cambios en la demanda de los compradores. Asimismo, las políticas de expansión comercial han permitido desarrollar una estrategia de apertura hacia otros mercados internacionales. Cuenta con un

programa de calidad total que permite garantizar y certificar el envío de los productos conforme a los requerimientos de clientes y estándares internacionales

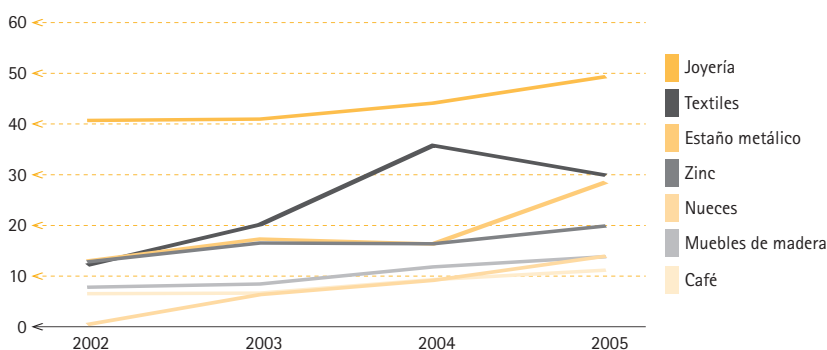
Los productos son manufacturados siguiendo más de 3.000 modelos. Su capacidad productiva es como sigue:

- Cadenas-cordón hechas a mano: 30.000 piezas por semana
- Dijes, anillos brazaletes: 85 kg de producto por semana
- Aretes: 10.000 pares por semana
- Productos en *flex bangle*: 5.000 pares por semana

La capacidad instalada no sólo incluye los aspectos de la manufactura de las joyas, sino que también ofrece servicios de etiquetado, pre-empaque, proceso de antioxidante, revestimiento químico, bañado en oro, plata y rodio, así como laboratorio y refinería de oro y plata.

Fuente: Exportadores Bolivianos, 2006.

La Paz: valor de exportación de los principales productos (en millones de \$US)



Fuente: INE, 2006.

El departamento de La Paz cuenta con un significativo potencial productor y exportador vinculado al sector manufacturero. Sin embargo, las actividades económicas están concentradas en sectores de servicios debido a las funciones que cumple como sede de Gobierno.

El Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social (PDDDES) 2006-2010 identifica cuatro problemas estructurales:

1. ESTANCAMIENTO ECONÓMICO Y SOCIAL

El departamento de La Paz está afectado por el agotamiento del modelo minero exportador y el cambio del eje de acumulación desde hace tres décadas, ello se manifiesta en desplazamiento poblacional hacia el oriente.

La Paz perdió posiciones en el liderazgo del desarrollo y se observa un estancamiento de las condiciones sociales. El crecimiento económico del departamento fue bajo en los últimos años y redujo la dinámica del empleo e ingresos de la población. El desempleo en el área metropolitana creció: en el municipio de El Alto se presentan elevadas tasas de desempleo y subutilización de mano de obra por la presencia de empleos precarios.

El departamento de La Paz se convirtió en una región expulsora de población, reflejada en el saldo migratorio negativo. Los desajustes se expresan en: (i) déficit de inversiones en el sector productivo; b) deterioro del clima de negocios y reducción en la atracción de capitales; c) ventajas comparativas derivadas sólo de la ubicación geográfica, desarrollo urbano y recursos naturales; d) atomización de productores con predominio de microempresas y pequeñas unidades, a pesar de la presencia de empresas industriales, comerciales y de servicios. En los municipios de La Paz y El Alto se concentra la tercera parte de las MyPE del país, sin embargo dicho sector absorbe la mayor proporción del empleo. El crecimiento de actividades de la manufactura que experimentó la economía paceña en los últimos años se apoya en gran parte en el trabajo de pequeños productores, pero está limitado por dificultades para diversificar las actividades.

2. ELEVADAS BRECHAS SOCIALES Y DEPARTAMENTALES

El índice de desarrollo humano del departamento de La Paz (0,65) ocupa el cuarto lugar entre los departamentos. Sin embargo persisten brechas expresadas en la desigual cobertura de servicios básicos. En el área metropolitana la provisión de energía eléctrica es del 61,4% (llega al 91% en municipios de La Paz y El Alto), pero existen zonas rurales con menos del 10% de hogares con energía eléctrica. De acuerdo a los datos para 2005 proporcionados por el VSB, en el área urbana,

el 99,6% de la población tiene agua potable por cañería, frente a 45,6% en el área rural. En saneamiento básico, las diferencias presentan coberturas del 76,6% y el 28,4%, respectivamente.

Las disparidades en la provisión de servicios básicos se atribuyen a la mayor concentración de población; sin embargo, también reflejan mayor capacidad de la población urbana para demandar servicios. Los gobiernos locales presentan debilidad y desarticulación. Las poblaciones rurales están afectadas por la crisis de la agricultura tradicional y la falta de alternativas económicas. La población rural entre 15 y 45 años se traslada a las ciudades, principalmente a El Alto, que tiene un crecimiento demográfico de 5% anual y se constituye en base territorial para el crecimiento de otros municipios (Viacha, Achocalla, Laja, Palca y Mecapaca).

Aunque la región metropolitana presenta mayor desarrollo social, también presenta profundas asimetrías sociales, especialmente en periferias urbanas, que concentran problemas de desempleo, falta de vivienda y servicios y otros, que afectan la gobernabilidad del municipio y agravan la situación de la inseguridad ciudadana.

3. FRAGMENTACIÓN TERRITORIAL

El departamento de La Paz presenta escasa vertebración y comunicación entre las distintas regiones que impide la formación de un mercado departamental. La red departamental de caminos es deficiente, igual que las redes de caminos vecinales y municipales; en tanto que extensas zonas quedan aisladas. La falta de mantenimiento de caminos, de vinculación aérea o pluvial y el escaso desarrollo de sistemas de transporte provocaron una inadecuada ocupación del territorio departamental. A pesar de la construcción de las carreteras Patacamaya-Tambo Quemado y La Paz-Desaguadero, aún se requiere comunicar Viacha con Tacna, para viabilizar la proyección hacia los puertos del Pacífico y materializar los corredores de integración bioceánica.

4. GOBERNABILIDAD

El departamento de La Paz fue escenario histórico de una intensa actividad política por ser la Sede de Gobierno y, es epicentro de conflictos. La agitación social y movilizaciones políticas estigmatizaron al departamento, ello genera condiciones adversas para un proceso sostenido de desarrollo.

Fuente: Prefectura del departamento de La Paz, 2006.

Las oportunidades de desarrollo económico y social para elevar la productividad y la generación de valor agregado y potencial para crear empleo fueron abordadas por el Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social (PDDES) 2006-2010⁷; se identificaron cinco áreas:

1. Manufacturas de exportación

En los últimos años, la industria manufacturera del departamento de la Paz presentó un desempeño de crecimiento en los niveles de producción e impulsó las exportaciones, principalmente de productos textiles, joyería, muebles y cuero, a mercados de Estados Unidos, Europa y Asia, y en menor medida, a países de América Latina. Existen perspectivas de expandir la producción, siempre que se preserven las ventajas arancelarias de los acuerdos de integración, apertura y cooperación económica.

Las posibilidades de elevar la productividad industrial dependen de mayores inversiones en infraestructura y la formación de *clusters* industriales, principalmente en la ciudad de El Alto, con el objeto de aprovechar la proximidad a los puertos del Pacífico, la vecindad con el mercado interno del área metropolitana del departamento y la disponibilidad de los recursos humanos mejor calificados del país.

La expansión de las exportaciones manufactureras y artesanales podría constituirse en una estrategia viable si se incorpora en la dinámica mayor un número de MyPE, ello podría potenciar el desarrollo empresarial y reforzar la generación de empleos. El departamento de La Paz tiene la ventaja de que el 58% de las MyPE se dedican a actividades industriales y alimentan la cadena exportadora en la confección de prendas de vestir, muebles, joyería y manufactura de cuero.

2. El turismo departamental

El turismo constituye una de las actividades más importantes para la generación de ingresos y empleo. En el año 2004, los ingresos provenientes del turismo fueron 66,4 millones de dólares, constituyéndose en la tercera actividad económica del departamento, y representando el 35% del total de los ingresos generado por el sector en Bolivia.

El municipio de La Paz es el principal centro de recepción y distribución del turismo en el país, en 2004 recibió el 45% de los visitantes extranjeros y el 22% de los visitantes nacionales. Aunque el flujo turístico fue afectado por la inestabilidad política, el departamento sigue siendo un destino turístico apreciado y con potencial significativo.

La región metropolitana paceña y las zonas rurales poseen un patrimonio natural, cultural e histórico para desarrollar circuitos turísticos; por otra parte, tienen oferta de servicios e infraestructura hotelera. La proximidad geográfica con Perú y Chile, permite el contacto directo con destinos de mayor densidad turística.

Además del municipio de La Paz, otros destinos turísticos del departamento son: el lago Titicaca, Tiahuanacu, el Parque Nacional Madidi, los Yungas, la Reserva de Apolobamba, el pueblo de Sorata y la Cordillera Real, la ruta de las iglesias y los *chulperíos* en la provincia Aroma y los balnearios y aguas termales en la provincia Loayza, entre otros.

3. Agronegocios

El desarrollo de manufacturas y servicios de apoyo productivo constituyen la base productiva del departamento. Sin embargo, debido a la crisis de la economía campesina tradicional, la prefectura identifica algunos rubros que requieren apoyo para articular el cambio en la matriz productiva rural y agraria (véase recuadro 4).

⁷ Tomado de Prefectura de La Paz, 2006.

Irupana es una empresa especializada en la producción de alimentos naturales y orgánicos, con especial énfasis en el manejo de cereales andinos, como kañawa, quinua, amaranto, variedades de maíz y tarhui. La misión de Irupana es recuperar el potencial agroecológico del país y la cultura alimentaria de todos los pueblos de Bolivia; sus materias primas; sus usos y costumbres y, en forma industrializada, devolver al país una mejor dieta alimenticia en función de preservar la seguridad alimentaria nacional.

De acuerdo a su visión, Irupana pretende recuperar el potencial alimentario de Bolivia justamente a través de la combinación de tecnologías nativas y universales que mantengan las propiedades nutricionales y naturales de los alimentos. Irupana es una empresa identificada con la racionalidad andina y, por consiguiente, tiene como premisa la reciprocidad con la naturaleza y con los seres que la habitan; en este sentido, promueve el comercio justo con los productores de materias primas.

Irupana ofrece a los pequeños agricultores del país mercado para sus productos, y premia, mediante precios diferenciados mayores, su calidad, limpieza y puntualidad. El equipo de empresarios de Irupana promueve una relación diferente con los proveedores y los obreros de la fábrica, basada en el liderazgo y en el intercambio cultural para la transformación. Se ha conformado un grupo de trabajadores que hoy constituyen los mandos medios y el grupo ejecutivo de la fábrica. Cuenta con departamentos de comercialización, producción y panadería, almacenes, administración, y mantenimiento. También cuenta con un equipo que trabaja específicamente para distribuir el desayuno escolar en dos distritos de la ciudad de La Paz. Se emplea a 110 personas en total.

En 1987 Irupana inicia sus actividades agroindustriales con el objetivo de crear mercados para la producción de las pequeñas comunidades indígenas. Los emprendedores de Irupana, formados en ciencias sociales, llegaron a la conclusión de que la agricultura en manos de pequeñas comunidades indígenas en el occidente de Bolivia, así como en la Amazonia y el Chaco, se convierte en la mayor ventaja comparativa que

tiene el país para un mundo globalizado post moderno y cada vez más ávido de productos sanos. Irupana comenzó comprando café directamente de los productores, el mismo que desde siempre fue y continúa siendo un producto orgánico. Sin mayores costos de transición, se sacó al mercado el primer café tostado 100% orgánico y de calidad.

Aunque no se contaba con recursos, se pudo comprender que las pequeñas empresas, al igual que en los países pobres, no pueden competir con los grandes en los mercados masivos. Pero se logró aprovechar la ventaja comparativa boliviana: el conocimiento de la ecología del país, de las comunidades indígenas y el hecho de que con tecnología muy simple era posible producir productos de calidad orientados hacia los nichos de mercado de la clase media y alta con cultura nutricional.

El año 2000 sucedió algo fuera de lo común: se ganó una licitación para el programa de desayuno escolar. La propuesta técnica de la empresa, que consistía en panes integrales enriquecidos con cereales y leguminosas andinas, fue la que mayor puntaje obtuvo y la que más gustó a los niños. Para el año 2002 la propuesta de Irupana se convirtió en el modelo obligatorio para todos los proveedores del desayuno escolar. Para proporcionar una ración diaria de desayuno escolar a 160.000 niños de las escuelas públicas de la ciudad de La Paz se requieren 7.000 quintales de cereales al año, producidos por los indígenas agricultores del Altiplano y los valles. Esta experiencia del desayuno escolar permitió pasar de la microempresa a la mediana industria y tener la preparación más adecuada y barata para enfrentar las demandas del mercado agroecológico mundial.

En reconocimiento a esta trayectoria, la Fundación Schwab para Emprendedores Sociales Destacados del Mundo nos eligió como uno de los 20 miembros del año 2002. La empresa Irupana Andean Organic Food S.R.L. nace a partir de la necesidad —detectada por sus fundadores— de permitir un acceso al mercado internacional a los pequeños agricultores campesinos de Bolivia.

Fuente: Irupana Andean Organic Foods S.R.L., 2006.

Para caracterizar a los productos agropecuarios que presentan ventajas competitivas o que son la base de la transformación agroindustrial, utiliza el concepto de agronegocios, que significa la posibilidad de articular la producción y el mercado en condiciones que aseguren la rentabilidad para la producción, así como la cantidad y la calidad productiva para el mercado de consumo. Esto requiere generar condiciones para ampliar las escalas de producción y encontrar mercados con capacidad suficiente para absorber la oferta de productos. El departamento de La Paz tiene posibilidades de desarrollar rubros en productos orgánicos (café, cacao y otros), quinua, camélidos, leche y productos lácteos, frutas y algunas variedades de hortalizas, entre otros, que provienen de distintos pisos ecológicos y que marcan la vocación productiva de las regiones pazeñas.

4. Integración del Norte de La Paz

La integración del norte pazeño constituye una opción para el desarrollo del departamento en la perspectiva de modificar la base productiva del territorio y aprovechar los recursos de la región de la Amazonia, principalmente los recursos forestales, biodiversidad, nuevos productos agroecológicos, atractivos turísticos y otros. Las condiciones para esta integración dependen de la consolidación de las estrategias de vertebración caminera, transporte, comunicaciones y energía.

5. Descentralización

La profundización de la descentralización política y administrativa depende de las definiciones de la Asamblea Constituyente. Sin embargo, en los últimos años las prefecturas y los gobiernos locales tuvieron una mayor participación en la ejecución de la inversión pública.

La propuesta del PDDES plantea directrices para el desarrollo del departamento, sobre la base de la productividad relacionada con las actividades de manufactura y turismo, complementadas por el aprovechamiento de los recursos humanos calificados, artesanía y negocios.

Los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 (CNPV 2001) revelan que la población ocupada en el departamento era de 885.641 personas, de las cuales el 51,9% realizaba actividades como trabajadores independientes y el 37% eran asalariados. Tal estructura da cuenta de un elevado grado de informalidad en el empleo y refleja la estructura de generación de riqueza.

En los municipios de La Paz y El Alto se estima la presencia de 1 mil pequeñas y medianas empresas, de las cuales 9.202 (83,1%) son unidades que emplean de uno a cuatro trabajadores, 1.534 (13,86%) emplean de cinco a nueve empleados, mientras que sólo 333 unidades (3,0%) cuenta con 10 ó más empleados⁸ (véase gráfico 11).

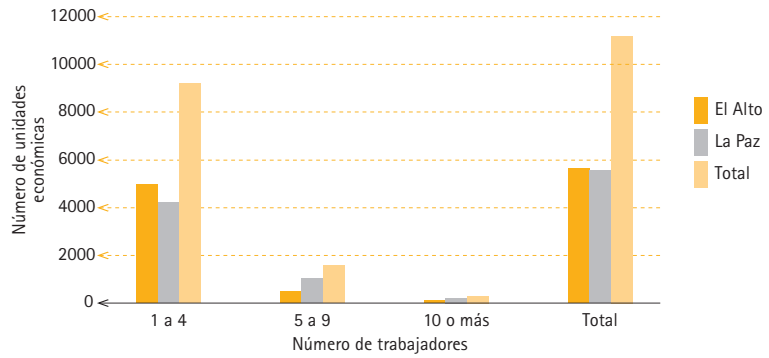
La orientación económica de las unidades registradas por el Servicio de Asistencia Técnica (SAT) en los municipios de La Paz y El Alto es heterogénea, dado que el 58% se dedica a actividades de manufactura, el 27% a servicios y el 15% a las actividades de comercio (gráfico 12). De las PyME dedicadas a la actividad manufacturera, el 72% está en el rubro de la fabricación de textiles, prendas de vestir y muebles.

Según su condición exportadora, el 4,4% de las PyME orienta la producción hacia la comercialización en mercados externos (véase gráfico 13); dicha proporción es mayor a la que presenta el promedio nacional (2,3%). Especialmente en el Municipio de El Alto, la cantidad de unidades económicas pequeñas y microempresas es significativa sobre todo en la manufactura.

8 Corresponde a unidades económicas inscritas en el SAT y FUNDAEMPRESA, para la obtención de la tarjeta empresarial y asistencia técnica, por lo que los datos en materia de número de empleados y composición sectorial pueden contener sesgos de selección. Lamentablemente, esta información es más completa que la derivada de la encuesta manufacturera del INE, que sólo contempla empresas formalmente establecidas dentro de la muestra del departamento.

gráfico
11

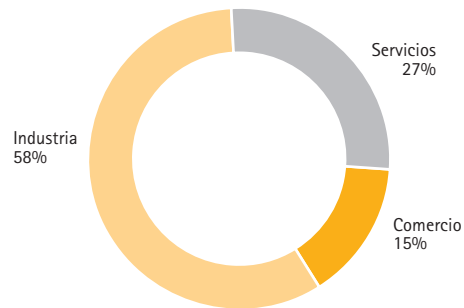
La Paz: número de unidades productivas (PyME) según número de trabajadores, 2005



Fuente: SAT y Fundempresa.

gráfico
12

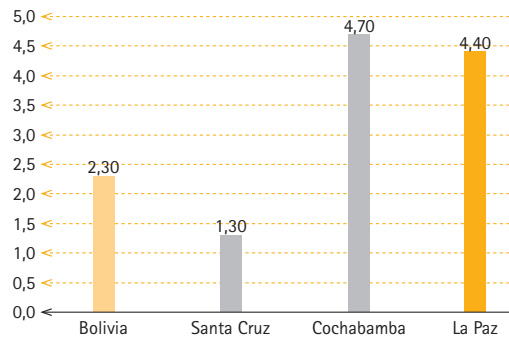
La Paz: PyME según actividad (en porcentaje), 2005



Fuente: UDAPE y SAT, 2005.

gráfico
13

Porcentaje de MyPE industriales exportadoras según departamento, 2005



Fuente: UDAPE y SAT, 2005.

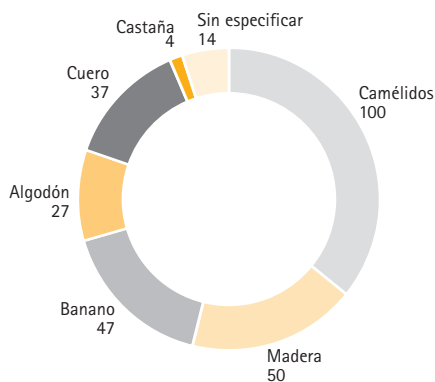
En el departamento se registraron 163 organizaciones económicas campesinas y agropecuarias (OECA). De ellas, el 25,1% se concentra en la provincia Murillo, el 11,6% se ubica en Caranavi, el 8,6% en Pacajes y el 7,4% en la provincia Camacho y en otras provincias, en menor magnitud. Un total de 62 organizaciones exportan productos agropecuarios, en tanto que las restantes dirigen su producción al mercado interno.

En su mayoría, las OECA del departamento están dedicadas a la cadena productiva de los camélidos, a la industrialización de la madera y al banano (véase gráfico 14).

Considerando la concentración de actividades económicas según el rubro al que se dedican, la mayor parte está centrada en la agricultura, la artesanía y la ganadería (gráfico 15).

gráfico
14

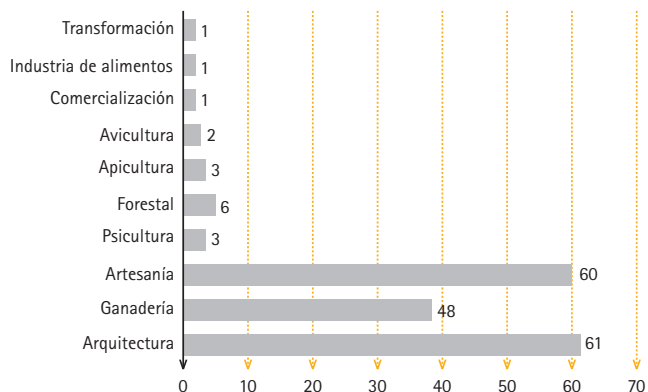
La Paz: número de OECA según cadenas productivas, 2006



Fuente: PADER-COSUDE.
Nota: Una OECA puede dedicarse a más de una cadena productiva.

gráfico
15

La Paz: número de OECA productivas según actividad, 2006



Fuente: PADER-COSUDE.
Nota: Una OECA puede dedicarse a más de un rubro.

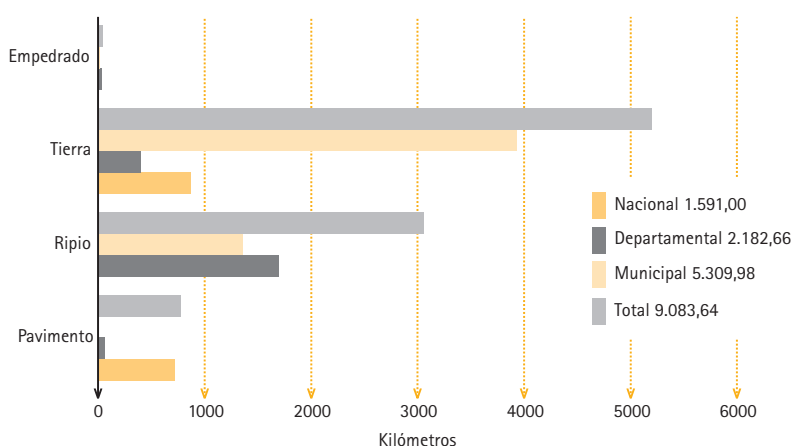
INFRAESTRUCTURA, INVERSIONES Y ACCESO AL FINANCIAMIENTO PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO DE LA REGIÓN

La competitividad de la producción departamental determinada por la infraestructura, los incentivos a las inversiones privadas y extranjeras y la capacidad de acceso a financiamiento para actividades productivas.

La red caminera principal en el departamento de La Paz tiene una longitud de 1.591 km, de los que el 45,4% está asfaltado y el 54,6% es de tierra. La red departamental tiene una longitud de 2.183 km, de los cuales el 2,7% está pavimentado y el 97,3% tiene plataforma de ripio y tierra. En la red vecinal (5.309,98 km), el 99,7% es de ripio y tierra, lo que determina bajas condiciones de transitabilidad principalmente en la época de lluvias (véase gráfico 16).

gráfico
16

La Paz: longitud de tramos camineros según tipo de rodadura, 2005



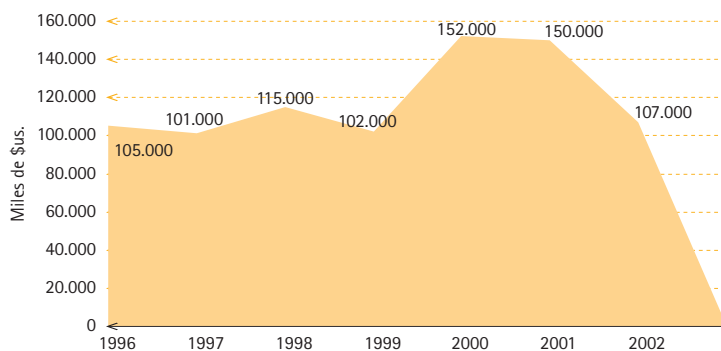
Fuente: SNC.

De acuerdo con el PDDDES, entre las prioridades de articulación caminera del departamento figuran las siguientes rutas: la carretera Franz Tamayo (Palca-Chulumani; Apolo-Tumupasa-Ixiamas; Ixiamas-Puerto Heath; Peñas-Huati-Tipuani; Guanay-Apolo; San Miguel de Huachi-Palos Blancos; Unduavi-Chulumani; Achacachi-Sorata; Río Abajo-Cajua-ta-Sacambaya); y la carretera interoceánica (Santa Bárbara-Caranavi-Quiquibey; Circunvalación Cumbre-Alto Lima; Viacha-Tola Kollu-Hito IV).

En los últimos años, los flujos de inversión extranjera directa para el departamento de La Paz disminuyeron en comparación con los que recibieron los departamentos de Santa Cruz y Tarija. La captación osciló entre 101 millones de dólares en 1997 hasta un máximo de 152 millones de dólares en el año 2000 (gráfico 17).

gráfico
17

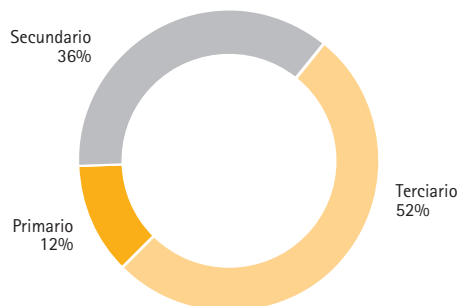
La Paz: inversión extranjera directa (en miles de \$US)



Fuente: INE, 2005a.

gráfico
18

La Paz: inversión extranjera directa según actividad, 2003



Fuente: INE, 2005a.

La IED en el departamento se orientó principalmente hacia los sectores de comercio y servicios (51,8%), manufactura (36,3%) y agricultura, ganadería y minería (11,9%) (véase gráfico 18).

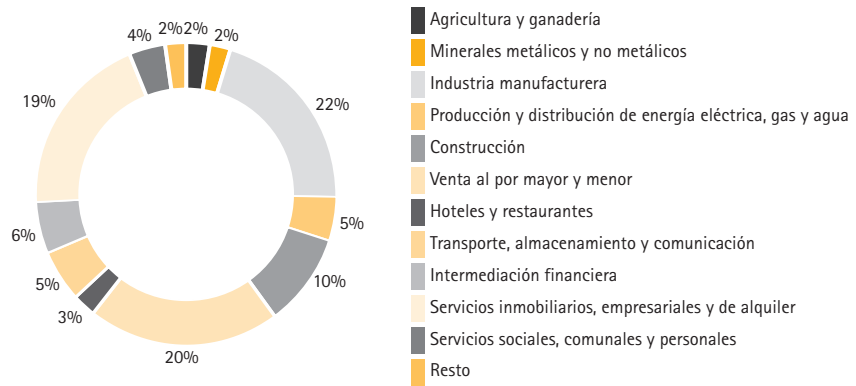
Ante la falta de datos sobre la inversión privada, se analiza la estructura de la cartera del sistema bancario del departamento de La Paz. Esta se incrementó de 78,5 millones de Bolivianos en 2004 a 546,51 millones de Bolivianos 2005. La participación de la cartera bancaria del departamento respecto al total nacional en el año 2005 fue del 28%.

La cartera en mora disminuyó entre 2003 y 2005, de 967 millones de Bolivianos a 799 millones de Bolivianos (INE, 2006). La participación de la cartera en mora en el ámbito nacional en el año 2005 fue del 36,52%.

En el año 2005, la orientación de las colocaciones en el sistema bancario del departamento de La Paz puso énfasis en el financiamiento de actividades de la industria manufacturera (22%), las ventas al por mayor y menor (20%), servicios inmobiliarios, empresariales y de alquiler (19%) e intermediación financiera (10%) (Véase gráfico 19).

gráfico
19

La Paz: composición de la cartera bancaria, 2005 (en porcentaje)

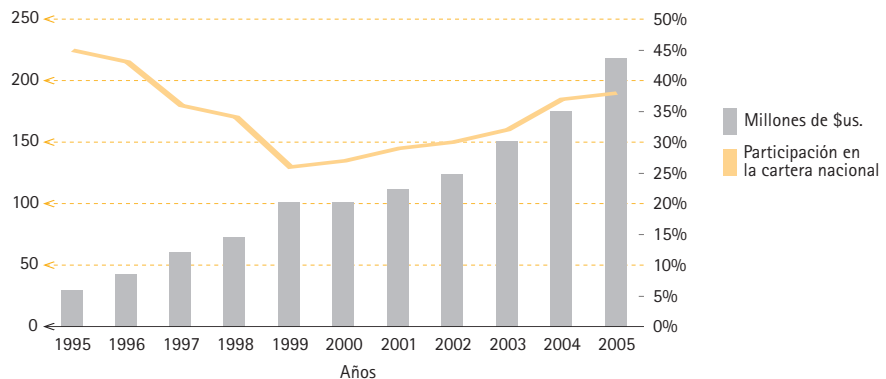


Fuente: Superintendencia de Bancos y Entidades Financieras.

En consecuencia, la formación bruta de capital financiada a través de inversión extranjera directa y la cartera de crédito de la banca tiene un alcance relativamente escaso en el apoyo a las actividades de pequeña escala, nacientes y en proceso de consolidación. Probablemente la única fuente de financiamiento de la inversión de actividades de pequeña escala son las micro-finanzas. En este marco, la participación de La Paz en el mercado de micro crédito tuvo un crecimiento significativo en términos de cartera y participación entre 1995 y 1999, año en que los valores absolutos de la cartera registraron un crecimiento de 100 millones de dólares, hasta el año 2005 en que llega a 217 millones de dólares. Sin embargo, la participación de la cartera departamental en el total nacional disminuyó desde el 45% hasta el 26% en el 1999, para nuevamente crecer hasta un 38% en 2005 (véase gráfico 20).

gráfico
20

La Paz: cartera microfinanciera



Fuente: Superintendencia de bancos y entidades financieras; SAT y UDAPE.

La tendencia de los indicadores financieros confirma que las actividades de escala reducida en el departamento de La Paz son la base de las actividades de la industria manufacturera y de servicios. Se destaca la necesidad de identificar instrumentos financieros y no financieros de apoyo a unidades de pequeña escala, dado que presentan mayor dinámica en el departamento y pueden constituirse en factores de encadenamiento con economías de subsistencia y mercados de exportación.

En resumen, La Paz enfrenta una situación de desarrollo económico expectable que podría contribuir a reducir sostenidamente los niveles de pobreza extrema del departamento. Sin embargo, debe prestarse atención a los procesos de inclusión y distribución del ingreso, particularmente en áreas rurales, a través del apoyo decidido a actividades que comienzan a surgir y que presenta un crecimiento y una potencialidad interesantes.

La visión estratégica del departamento debe precisar el potencial económico y el desarrollo productivo a través de la transformación industrial de los recursos naturales disponibles en la región y la generación de valor agregado en la producción agrícola, pecuaria y forestal.

El desarrollo productivo centrado en la manufactura de exportación y agronegocios, tendría ventajas comparativas para La Paz, sobre todo si es complementado con el impulso al turismo departamental, que ofrece oportunidades de crecimiento en el mediano y largo plazo, y con la incorporación del municipio de El Alto en un *cluster industrial* que concentraría la actividad de talleres de producción para transformarse en una plataforma de exportación hacia el Pacífico⁹.

9 Tomado de la Prefectura de La Paz, 2006.

Selección de indicadores para el seguimiento de los ODM

La construcción de una línea de base departamental para el seguimiento a los ODM tiene el propósito de definir indicadores de desarrollo humano del departamento y evaluar el progreso hacia los ODM, en la perspectiva de generar un sistema de recolección, análisis y difusión de datos que orienten la gestión descentralizada de las políticas.

El seguimiento de los ODM en el departamento requiere definir indicadores que identifiquen la situación actual del bienestar de la población, con el propósito de establecer mecanismos de seguimiento. Las líneas de base tradicionales centran su atención en la evaluación de programas específicos; sin embargo, para el propósito del presente informe, se definen líneas de base para: (i) monitoreo de las acciones de la prefectura orientadas al desarrollo humano; (ii) medición de los resultados alcanzados y/o (iii) medición del alcance de las metas previstas. Los resultados de la evaluación orientan la gestión y alertan sobre posibles brechas entre la situación inicial y las metas establecidas.

Los informes oficiales sobre ODM establecieron indicadores para los ocho objetivos de desarrollo, definieron metas nacionales que guardan correspondencia con la Declaración del Milenio, presentaron indicadores de avance acudiendo a las fuentes disponibles y actualizadas y propusieron proyecciones para valorar las probabilidades de cumplimiento de los ODM. Dichos documentos constituyen líneas de base de referencia nacional para el seguimiento a los ODM.

El Proyecto BOL/50863 de Objetivos de Desarrollo del Milenio incorpora dos aspectos adicionales a los informes nacionales: (i) establece una desagregación departamental detallada de los indicadores con información actualizada, y (ii) proporciona elementos para evaluar las brechas departamentales en la mayoría de los indicadores.

La línea de base departamental discute la selección de indicadores y las fuentes de información y define los principales estándares con relación a las metas del milenio para el departamento.

SELECCIÓN Y DEFINICIÓN DE INDICADORES

A partir del tercer informe sobre los ODM, se establecieron indicadores bajo la coordinación del CIMDM. Dichos indicadores fueron evaluados a partir de criterios que permiten disponer regularmente de la información, asimismo se definieron los aspectos metodológicos de la construcción de cada uno de los indicadores¹⁰.

El 4to. Informe sobre los ODM presentó indicadores por departamento, de manera que mantienen consistencia con los del nivel nacional, además propusieron la desagregación para el nivel municipal. En este último informe se adicionaron cinco indicadores que complementan el seguimiento a los ODM, sin embargo la mayoría de ellos no pueden ser desagregados por departamento y, en algunos casos, dichos indicadores no pueden ser efectuados con periodicidad anual. El cuadro 1 resume los indicadores utilizados en el presente informe en el esquema que se presentaron en los informes nacionales.

10 El CIMDM publicó en medio magnético el documento "Selección de indicadores para el seguimiento a los ODM" www.udape@gov.bo/MetasDeIMilenio/Indicadores%20Seleccionados.pdf

Indicadores seleccionados para el seguimiento de los ODM

cuadro
1

Metas	Unidad de análisis	Indicadores departamentales	Fuente de información	Ultimo año observado	Periodicidad	Observaciones
1. Erradicar la extrema pobreza y el hambre						
1.1 Reducir a la mitad la proporción de población cuyo ingreso es menor a un dólar al día, entre 1990 y 2015	Población en hogares particulares	1.1.1 Incidencia de pobreza extrema	Censo -ECH	2001	Puntual	Estimación a partir de la combinación de censos y encuestas. Medición indirecta
1.2 Reducir a la mitad la proporción de población que sufre de hambre, entre 1990 y 2015	Población menor a tres años	1.2.1 Prevalencia de desnutrición en menores de tres años	ENDSA	2003	Cada 4 años	
2. Alcanzar la educación primaria universal						
2.1 Asegurar que tanto niños y niñas puedan concluir el ciclo de educación primaria para 2015	Población en edad oficial de primaria (niños y niñas entre 6 y 13 años)	2.1.1 Cobertura neta a 8o. de primaria	SIE	2005	Anual	
		2.1.2 Tasa de término bruta de 8° de primaria	SIE	2005	Anual	
3. Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer						
3.1 Eliminar la disparidad en la educación primaria y secundaria, preferentemente para 2005 y en todos los niveles de educación no más tarde de 2015	Población total en la edad correspondiente de término de primaria (13 años)	3.1.1 Brecha de género en la tasa de término bruta de 8° de primaria	SIE	2005	Anual	
	Población total en la edad correspondiente de término de secundaria (17 años)	3.1.2 Brecha de género en la tasa de término bruta de 4° de secundaria	SIE	2005	Anual	
4. Reducir la mortalidad de los niños						
4.1 Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad en la niñez entre 1990 y 2015	Población menor a un año	4.1.1 Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos	ENDSA	2003	Cada 4 años	La información de Beni y Pando está agregada
		4.1.2 Cobertura de vacuna pentavalente en menores de un año	SNIS	2003	Anual	

Metas	Unidad de análisis	Indicadores departamentales	Fuente de información	Ultimo año observado	Periodicidad	Observaciones
5. Mejorar la salud materna						
5.1 Reducir en tres cuartos la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015	Mujeres embarazadas	5.1.1 Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos 5.1.2 Cobertura de partos institucionales	ENDSA – Encuesta Post-Censal de Mortalidad Materna SNIS	2003 2003	Cada 4 años Anual	ENDSA no permite desagregar por departamento
6. Combatir el VIH/Sida, Malaria y otras enfermedades						
6.1 Haber detenido en 2015 e iniciado la reversión la expansión del sida	Población total en riesgo	6.1.1 Prevalencia de casos de sida por millón	Programa de ITS-VIH/sida	2005	Anual	
6.2 Haber detenido en 2015 e iniciado la reversión de la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes.	Población infestada	6.2.1 Porcentaje de municipios con una tasa de infestación de Chagas mayor a 3% 6.2.2 Índice de parasitosis anual de la malaria (IPA) por mil habitantes 6.2.3 Porcentaje de pacientes curados sobre total de evaluados	Programa Nacional de Chagas Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Malaria Programa Nacional de Control de la Tuberculosis	2005 2005 2005	Anual Anual Anual	
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente						
7.1 Disminuir a la mitad la proporción de población sin acceso sostenible a agua potable	Población con agua potable	7.1.1 Cobertura de agua potable en hogares a nivel nacional	SISAB/INE	2005	Anual	CNPV 2001. Actualización a través de programas de agua y saneamiento ejecutados y finalizados
7.2 Haber mejorado considerablemente, para 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de tugurios	Población con acceso a saneamiento	7.1.2 Cobertura de saneamiento básico en hogares a nivel nacional	SISAB/INE	2005	Anual	

Fuente: Tercer y cuarto informe de avance de ODM (UDAPE y CIMDM, 2005 y 2006).

Los sistemas de información nacionales elaboran indicadores de acuerdo a la definición establecida en el CIMDM. Sin embargo, algunos –en particular los referidos a la incidencia de extrema pobreza y la tasa de mortalidad materna– requieren complementarse con una definición distinta para la desagregación según departamentos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Los indicadores para el seguimiento a los ODM desagregados por departamento provienen de las siguientes fuentes secundarias:

- (i) *Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV 2001)*. Contiene información de la población empadronada en 2001, incluye variables demográficas, educación, actividad económica, salud, características de los hogares y viviendas y equipamiento del hogar. El trabajo de INE y UDAPE (2006) combinó el CNPV 2001 con las encuestas de hogares y estimó de manera indirecta el consumo familiar per cápita por departamento y municipio. Toda vez que la medición del bienestar de la población corresponde al CNPV 2001, esta información sólo puede actualizarse con el siguiente censo de población.
- (ii) *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)*. Proporciona características demográficas de la población entrevistada, enfatiza en la indagación sobre temas de salud, fecundidad, mortalidad, nutrición y salud sexual y reproductiva; tiene representatividad por área geográfica, piso ecológico y departamento.
- (iii) *Sistemas de información sectoriales o registros administrativos*, principalmente el Sistema de Información en Salud (SNIS)¹¹, el Sistema de Información en Educación (SEDUCA), el Sistema de información en Agua y Saneamiento Básico (SIAS) y otros sistemas sectoriales. Estos sistemas tienen información sobre indicadores de resultado e insumo, con la ventaja de que pueden ser actualizados en cada gestión.
- (iv) *Programas nacionales de VIH/sida, malaria, tuberculosis y Chagas*¹². Dichos programas proporcionan datos actualizados sobre prevalencia de estas enfermedades, así como sobre los resultados de las acciones.

PERÍODO BASE Y ESTÁNDARES

Período base

Se fija 1990 como el periodo o año base para el seguimiento a los ODM. Sin embargo, no todos los sistemas de información o fuentes disponen de datos para dicho periodo. Así, la evaluación de los indicadores departamentales depende íntegramente de la disponibilidad de datos para un período cercano a 1990, que pasaría a ser el período base.

Los cambios en la incidencia de extrema pobreza se verifican a partir de la información de las encuestas de hogares, que se realizan anualmente. Sin embargo, dichas encuestas tienen representatividad nacional sólo a partir de 1996 y recién en 1999 definieron el contenido como para realizar la medición del bienestar de los hogares con suficiente cobertura.

Los datos de nutrición corresponden a la ENSA; en 1989 se estimaron indicadores de desnutrición crónica en niños menores de tres años de edad con representatividad nacional. Recién a partir de 1994 esta fuente presenta desagregación por departamentos y extiende su indagación a niños menores de cinco años. Por tanto, el periodo base nacional es 1989, mientras que para el departamental es 1994.

11 La información del SNIS utilizada en el documento se obtuvo directamente de su base de datos actualizada al 2005.

12 La información sobre estos programas ha sido obtenida directamente de sus respectivas bases de datos.

En educación, los indicadores del año base sobre matriculación y tasa de término bruta a 8° de primaria provienen del CNPV 1992. Desde comienzos de la presente década, la información de Sistema de Información en Educación (SIE) presenta regularmente indicadores actualizados con mayor consistencia y cobertura para el seguimiento a los resultados educativos.

La información inicial para la mortalidad infantil departamental está disponible para el año 1998 a partir de la ENDSA. En 1989, la representatividad de la encuesta no fue suficiente para estimar datos por departamento y en 1994 las estimaciones corresponden a las defunciones ocurridas 10 años antes de la encuesta¹³.

Los cálculos de la cobertura de la vacuna pentavalente provienen de registros administrativos de que dispone el SNIS desde 1995.

Los programas nacionales de tuberculosis y malaria presentan datos para la elaboración de indicadores desde mediados de la década pasada. Los programas de Chagas y VIH/sida disponen de datos para presentar indicadores por departamento a partir de la presente década.

Las coberturas de agua potable y saneamiento en el año base se definieron a partir de la información de los CNPV 1992 y 2001. A partir de 2002, las tasas de cobertura corresponden a la actualización de registros del sector sobre nuevos proyectos ejecutados y finalizados.

Definición de metas

Las estrategias basadas en ODM tienen la ventaja de fijar metas cuantitativas y proporcionar un propósito concreto a la acción pública. También establecen aspiraciones sobre un piso mínimo de derechos de la población y proporcionan elementos para promover cambios en el bienestar hasta mediados de la siguiente década. Tales ventajas se plasman, ante todo, en compromisos de las autoridades con la población para avanzar hacia el desarrollo humano.

Desde la perspectiva de la gestión pública, las metas se fijan para orientar esfuerzos y deben ser viables en un plazo previsto. En el nivel nacional, las metas nacionales son una adaptación de las metas definidas en el marco de la Declaración del Milenio; sin embargo, tienen sentidos diferentes para las regiones y las unidades territoriales menores.

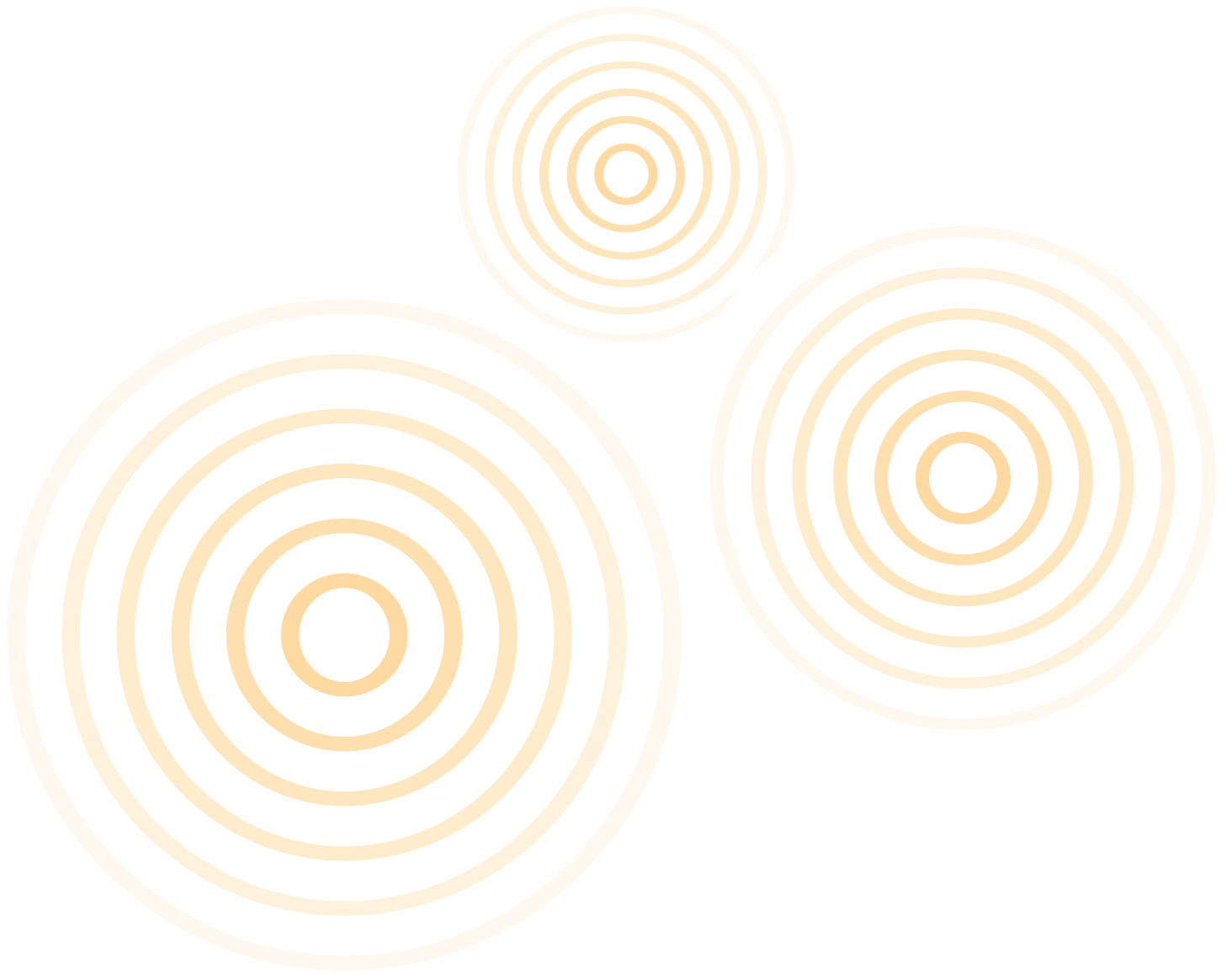
El documento, a lo largo de la exposición de cada uno de los indicadores, plantea proyecciones ideales que podrían contribuir a que las autoridades departamentales definan algunas metas para generar compromisos. En varios indicadores, los departamentos acuden a una referencia sobre el ritmo al que deberían avanzar los departamentos para lograr los ODM en todo el ámbito nacional.

Características de los indicadores

Con base en las fuentes de información disponibles, el presente informe fijó un conjunto mínimo de indicadores que permiten evaluar los avances hacia ODM, en la mayoría de los casos respetando la definición de los indicadores nacionales. Tales indicadores corresponden a la definición que adoptó el tercer informe sobre indicadores de impacto y resultado.

En casos excepcionales, se presenta nueva información con el objeto de precisar o identificar determinantes de la evolución de los indicadores principales. En tal caso, contribuyen a comprender el estancamiento o la dinámica de las políticas y su impacto sobre el bienestar.

13 El indicador se refiere a las defunciones ocurridas por cada mil nacidos observados durante cinco años anteriores a la encuesta. La ENDSA 1994 publicó solamente la mortalidad para los nacidos diez años antes de la encuesta.



Los ODM en el departamento de La Paz

14 Ver Sachs, 2005; Chambers, 2006 y otros.

15 El enfoque de ingresos consiste en definir líneas de pobreza que representan el valor de alcanzar las necesidades básicas de la población. En Bolivia se definieron líneas de pobreza a partir del trabajo desarrollado por CEPAL y UDAPSO (1995), que construyó una lista de productos de un grupo de referencia de la población con base en la Encuesta de Presupuestos Familiares de 1990. Dicho trabajo estimó las necesidades nutricionales de la población con base en las recomendaciones de FAO-OMS y otras agencias. Se obtuvo una canasta básica alimentaria que permite cubrir las necesidades medias de calorías y proteínas, a partir de los patrones de consumo de dicha población de referencia.

16 UDAPE e INE (2006), con el apoyo del Banco Mundial, elaboraron un documento que estimó de manera indirecta el consumo del hogar per capita a nivel municipal. La estimación se realizó mediante la predicción del consumo de los hogares a través de variables observables tanto en los censos como en las encuestas, a nivel individual (características sociodemográficas, disponibilidad de servicios básicos, nivel educativo y ocupación y equipamiento del hogar) y variables agregadas de la localidad o zona (promedios censales sobre nivel educativo, idioma e índices de necesidades

La exposición de esta parte del documento detalla los principales aspectos sobre la construcción y evolución de indicadores a nivel departamental y se trazan elementos para la proyección de indicadores y distancia respecto a las metas, en la perspectiva de identificar obstáculos y lineamientos de política.

REDUCIR LA POBREZA EXTREMA

La pobreza extrema tiene un concepto amplio, abarca no sólo bajos ingresos sino también el hambre crónica, la desnutrición, la vulnerabilidad a enfermedades, el bajo acceso a servicios básicos y la degradación del medio ambiente que amenaza las formas de vida. La reducción de la pobreza extrema se considera un objetivo global de los ODM y alcanzar la meta significa elevar la disponibilidad de medios de vida, superar carencias materiales y reducir la privación de capacidades¹⁴.

El ODM 1 de la Declaración del Milenio plantea reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de población que vive con ingresos inferiores a un dólar al día por persona. Asimismo, plantea reducir en este mismo lapso el porcentaje de población que padece de hambre. En el ámbito nacional se definieron dos metas: (i) reducir a la mitad la incidencia de pobreza extrema nacional y (ii) reducir a la mitad la prevalencia de desnutrición crónica en menores de tres años.

Esta parte indaga específicamente la magnitud de la pobreza extrema en el departamento de La Paz a partir de información disponible. Para la línea de base, se define el indicador mencionando: las fuentes de información, una descripción de la metodología de cálculo y los parámetros que permiten proyectar el indicador al 2015, y propone algunos elementos para medir el esfuerzo de reducir la pobreza hasta los niveles planteados.

Incidencia de la pobreza extrema

Desde 1999, INE y UDAPE actualizan regularmente las estadísticas oficiales sobre pobreza monetaria mediante encuestas de hogares, a partir del enfoque de ingresos¹⁵. Sin embargo, dichas encuestas no permiten obtener datos desagregados para el nivel departamental; se limitan a proporcionar indicadores por área y región (INE, 2005c). Por la mencionada restricción, tanto el cuarto informe sobre ODM como el presente documento utilizan estimaciones indirectas elaboradas en trabajos anteriores a partir de la combinación del CNPV 2001 y las encuestas de hogares¹⁶.

La incidencia de pobreza extrema mide el porcentaje de la población que tiene un consumo per cápita inferior al valor de la línea de indigencia¹⁷. En el ámbito nacional, el CIMDM definió la meta de reducción de pobreza extrema al 2015 hasta 24% (UDAPE y CIMDM, 2005). Para alcanzar dicha meta, el indicador nacional tendría que reducirse a una tasa del 3,7% anual entre 2001 y 2015.

En 2001, el departamento de La Paz presentaba una incidencia de pobreza extrema de 42,4%, dos puntos porcentuales por encima del promedio nacional. Si el indicador departamental se redujera a un promedio anual de -3,7%, llegaría al 25,6% en 2015. Esta proyección se considera una referencia para el departamento.

La Paz: incidencia de pobreza extrema

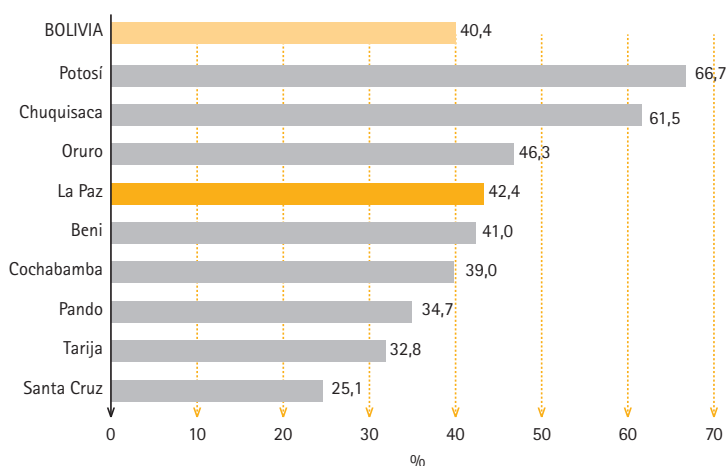
Indicador	Nacional		Meta de desarrollo del milenio	Departamento de La Paz	
	1990	Año más reciente 2001 ⁽¹⁾		Año más reciente 2001	Proyección al 2015 ⁽²⁾
<i>Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.</i>					
<i>Meta 1.1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de población con ingresos inferiores a un dólar por persona al día.</i>					
Incidencia de pobreza extrema (en %)	n.d.	40,4	24,0	42,4	25,2

Fuente: CNPV 2001 y encuestas de hogares. INE y UDAPE, 2006.
Nota: (1) Estimación indirecta a partir de la combinación del CNPV 2001 y las encuestas de hogares.
(2) La proyección supone que el indicador departamental se reduce a la tasa que requiere el indicador nacional para alcanzar la meta. Resulta de la expresión: $(25,2=42,4 \cdot \exp(-3,7\% \cdot 14))$, que es una variación geométrica entre 2001 y 2015.

En 2001, las diferencias departamentales en la incidencia de pobreza extrema eran significativas: mientras que en el departamento de Santa Cruz menos del 25% de la población se hallaba en situación de pobreza extrema, en los departamentos de Potosí y Chuquisaca más del 60% de la población vive en situación de pobreza extrema. El departamento de La Paz se ubica en el cuarto lugar según incidencia de pobreza extrema (gráfico 21).

La ausencia de datos históricos sobre la pobreza monetaria según departamento no permite determinar cambios en la pobreza; sin embargo, en el presente informe se proponen algunos parámetros para evaluar las perspectivas de reducción de la pobreza basadas en la distribución del ingreso de 2001.

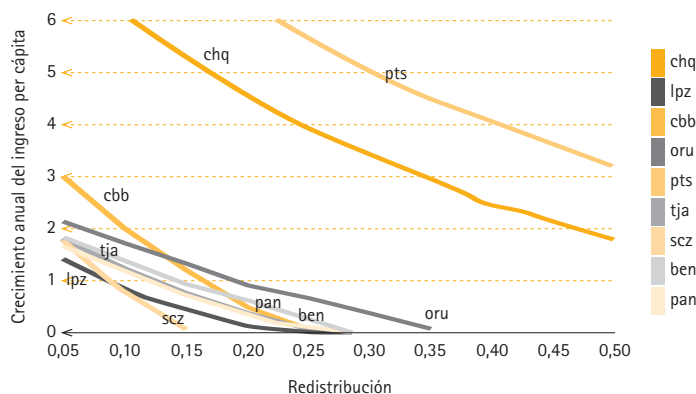
Incidencia de pobreza extrema según departamento, 2001



Fuente: INE y UDAPE, 2006.

básicas). La estimación de los parámetros del consumo permitieron predecir el consumo per cápita de 314 municipios de la base censal. 17 La definición del consumo incluye los gastos en alimentos, el valor del consumo de la producción propia, la adquisición de los artículos no alimentarios, el flujo de consumo de bienes durables y el alquiler imputado de la vivienda propia. La línea de indigencia corresponde al costo de las necesidades alimentarias.

Crecimiento y redistribución necesarios para alcanzar las metas de reducción de pobreza en el 2015 según departamento



Fuente: Elaboración propia con base en encuestas de hogares 1999-2001.

El análisis empírico sugiere que la reducción de la pobreza monetaria depende de dos variables principales: (i) el promedio del ingreso de la población, y (ii) la distribución del ingreso. Si aumenta el ingreso promedio a través de una mayor actividad económica, manteniendo constante la distribución del ingreso, se reduce la pobreza extrema; de la misma manera, las transferencias desde la población con altos ingresos hacia la población pobre también reducen la pobreza extrema. A escala departamental también podrían considerarse las transferencias entre residentes de distintos departamentos como fuentes adicionales para financiar el bienestar de la población de una región.

Para la evaluación de las perspectivas de reducción de pobreza en el departamento, se utilizaron dos aproximaciones: (i) combinación de tasas de crecimiento de ingresos y la reducción de la desigualdad que requiere el departamento para alcanzar las metas de reducción de la pobreza extrema¹⁸, y (ii) estimación de elasticidades ingreso-pobreza¹⁹.

Un informe regional elaborado en 2001²⁰ construyó una metodología para estimar el crecimiento y la redistribución que requieren los países de América Latina y El Caribe para alcanzar las metas del milenio. Dicho ejercicio utilizó datos de las encuestas de hogares de varios países y calculó el ingreso medio, la distribución del ingreso e indicadores de pobreza extrema para un año base, sobre el que realizó las simulaciones. El presente documento aplicó dicha metodología a los datos de las encuestas continuas de hogares desagregadas por departamento y obtuvo combinaciones de crecimiento y redistribución que se requieren para alcanzar valores de referencia sobre reducción de la pobreza en 2015²¹. Las estimaciones muestran que para alcanzar las metas para 2015, los departamentos de Chuquisaca y Potosí requieren una elevación sustancial del ingreso per cápita y, al mismo tiempo, necesitan una reducción significativa de la desigualdad. En cambio, departamentos como La Paz, Santa Cruz y Tarija necesitan comparativamente menos esfuerzo para reducir la pobreza extrema (gráfico 22).

Las proyecciones sugieren que para alcanzar la meta nacional del 24% en 2015, la economía boliviana debe lograr un crecimiento del ingreso (o consumo) per cápita cercana al 3% anual. Otra opción de política indica que debe reducir la desigualdad equivalente al 10%

18 Para el presente ejercicio, se considera como metas departamentales los valores de referencia que sugieren que el ritmo de reducción de pobreza departamental sería el mismo que el que necesita el nivel nacional para alcanzar la meta.

19 Se utiliza una base de datos de las encuestas de hogares, aproximadas a los resultados del trabajo de INE y UDAPE (2006).

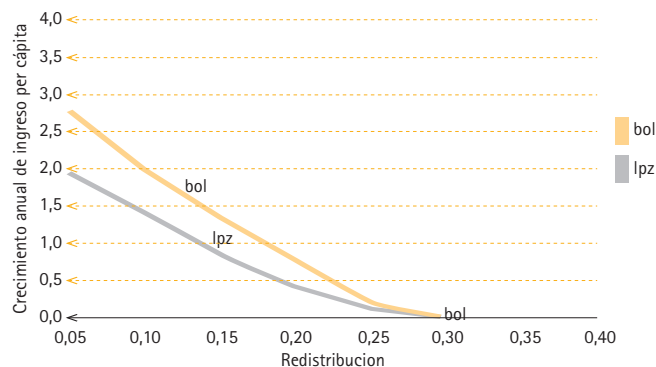
20 Véase el documento de IPEA, CEPAL y PNUD, 2003. Los detalles metodológicos están en el anexo 1.

21 Previamente se calibraron los datos de la encuesta de hogares a objeto de replicar los indicadores de consumo promedio, desigualdad y pobreza por departamento y área que fueron publicados en el documento sobre Pobreza y Desigualdad en los Municipios de Bolivia (INE y UDAPE, 2006).

del índice de Gini²² y obtener un crecimiento del 2% anual en el ingreso per cápita. Las combinaciones de crecimiento y redistribución que necesita el departamento de La Paz para alcanzar las metas de reducción de la pobreza parecen más viables: el consumo per cápita debería crecer a tasas cercanas al 2% anual, sin cambios distributivos hasta 2015. Otras opciones plantean la implementación de programas de transferencias hacia los más pobres. En tal caso, para alcanzar el valor de referencia de la pobreza extrema en 2015, el departamento requiere generar tasas de crecimiento económico cercanas al 2%.

gráfico
23

La Paz: crecimiento y redistribución necesarios para alcanzar las metas de reducción de pobreza en el 2015



Fuente: Elaboración propia con base en encuestas de hogares 1999-2001.

Las combinaciones de crecimiento y redistribución que requieren los departamentos para reducir la pobreza extrema sugieren la posibilidad de establecer opciones de política departamental. El factor de crecimiento económico en el departamento de La Paz podría reducir la pobreza en forma acelerada, en cambio, las acciones redistributivas *sin crecimiento* son menos viables para alcanzar las metas de reducción de pobreza.

Crecimiento pro-pobre y elasticidad crecimiento-reducción de pobreza

La evidencia empírica sugiere que las acciones redistributivas podrían generar pérdidas de eficiencia y derivar en menores tasas de crecimiento de la economía, de manera que las autoridades enfrentan un dilema entre políticas a favor del crecimiento y de reducción de pobreza. La evaluación de las estrategias de reducción de la pobreza en países en desarrollo destaca una intensa interacción entre crecimiento, desigualdad y pobreza. Recientemente se propuso analizar el concepto de crecimiento pro-pobre, el que revela que el impacto del crecimiento puede beneficiar en distinto grado a la población según la posición que ocupa en la distribución del ingreso²³ y, en algunos casos, los ciclos de crecimiento no necesariamente están acompañados de reducción de la pobreza. A pesar de que la definición del crecimiento pro-pobre aún no ha logrado consenso, se presentan dos corrientes: (i) existe crecimiento pro-pobre cuando un episodio de crecimiento está acompañada de reducción en la desigualdad (López, 2005; Kakwani y Pernia, 2003) y (ii) el crecimiento es pro-pobre cuando el crecimiento reduce la pobreza (Ravallion y Chen, 2003).

22 El índice de Gini es una medida de desigualdad que expresa el grado en que una distribución se aleja o aproxima a una distribución igualitaria. Un valor de 0 indica perfecta igualdad y el valor de 1 indica que el ingreso está concentrado en una sola persona. UDAPE estimó el índice de Gini para el ámbito nacional en 0,57 para el año 2002.

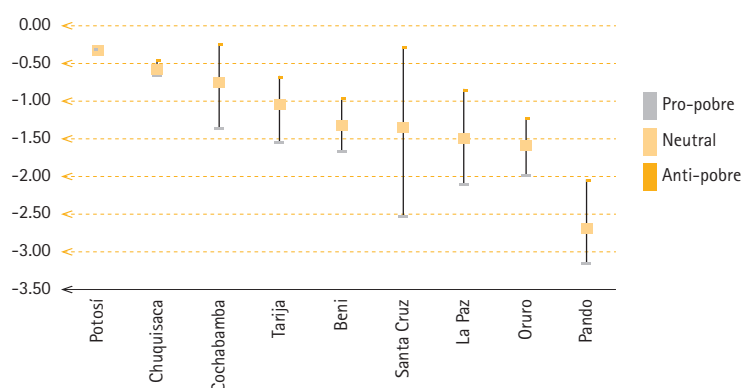
23 Un resumen de las definiciones de crecimiento pro-pobre se puede encontrar en los documentos de Landa y Jiménez, 2005 y López, 2003.

Para evaluar la sensibilidad de los cambios en la pobreza extrema respecto a las variaciones del ingreso y la desigualdad, se propone estimar elasticidades ingreso-pobreza que calculan la magnitud de reducción de pobreza asociada con el aumento de 1% en el ingreso per cápita. Sin embargo, toda vez que el impacto del crecimiento está afectado por la desigualdad, se estimaron elasticidades ingreso-pobreza para tres tipos de crecimiento: (i) pro-pobre, (ii) neutral a la distribución y (iii) anti-pobre. Las mismas elasticidades fueron calculadas para varios países de Asia (Kakwani y Son, 2006)²⁴.

La estimación de elasticidades ingreso-pobreza con las encuestas de hogares revelan diferencias significativas de la sensibilidad de la pobreza respecto a los cambios en el ingreso de los hogares entre los departamentos. Con el supuesto de crecimiento neutral, dichos coeficientes son más elevados en Pando, Oruro y La Paz y son más elásticos en los departamentos de Potosí, Chuquisaca y Cochabamba (gráfico 24).

gráfico
24

Elasticidad ingreso-pobreza según departamento, 2001



Fuente: Elaboración propia con base en encuestas de hogares 1999-2001.

La pobreza extrema en el departamento de La Paz en 2001 fue del 42,4%, y las proyecciones indican que el departamento podría alcanzar una incidencia de pobreza extrema del 25,2% en 2015. Si la elasticidad ingreso-pobreza es de -1,5, bajo el supuesto de crecimiento neutral, entonces la economía del departamento de La Paz requiere incrementar el consumo per cápita a una tasa del 2,5% anual. Sin embargo, si genera un crecimiento acompañado de mayor desigualdad, la reducción de la pobreza extrema podría ser menor.

Los resultados de ambos ejercicios mostraron la magnitud de la pobreza y las opciones de política de que disponen las autoridades nacionales y departamentales sobre los obstáculos a la reducción de pobreza en el departamento; La Paz tiene opciones para alcanzar las metas.

La estrategia de crecimiento de la economía departamental planteada por la prefectura en su PDDES se basa en tres pilares:

- (i) *Participación productiva*, que integra a pequeños y microproductores a cadenas de valor y exportación, mediante el fortalecimiento empresarial y de la capacidad asociativa, la generación de redes de producción y la articulación de las pequeñas unidades con medianas y grandes empresas.

24 La metodología figura en el anexo 2.

(ii) *Alianzas público-privadas*, que permitan establecer vínculos de complementariedad en la distribución de inversiones, riesgos, responsabilidades y ganancias.

(iii) *Desarrollo local*, que busca la colaboración activa entre la prefectura y los gobiernos locales en la ejecución de inversiones concurrentes, coordinación de planes y responsabilidades compartidas.

La visión estratégica de la Prefectura de La Paz prioriza el desarrollo productivo, la integración del departamento y el desarrollo humano. El PDES propone avanzar hacia los ODM como un compromiso estratégico y en acciones coordinadas con los actores regionales y locales del departamento. Sin embargo, los instrumentos y mecanismos necesarios para cumplir las tareas y operativizar los proyectos están en proceso de construcción.

La articulación de la economía paceña en actividades en torno a los servicios y aquellas que convergen hacia centros urbanos importantes, como los municipios de La Paz y El Alto, determinan mayores posibilidades de generar un crecimiento pro-pobre.

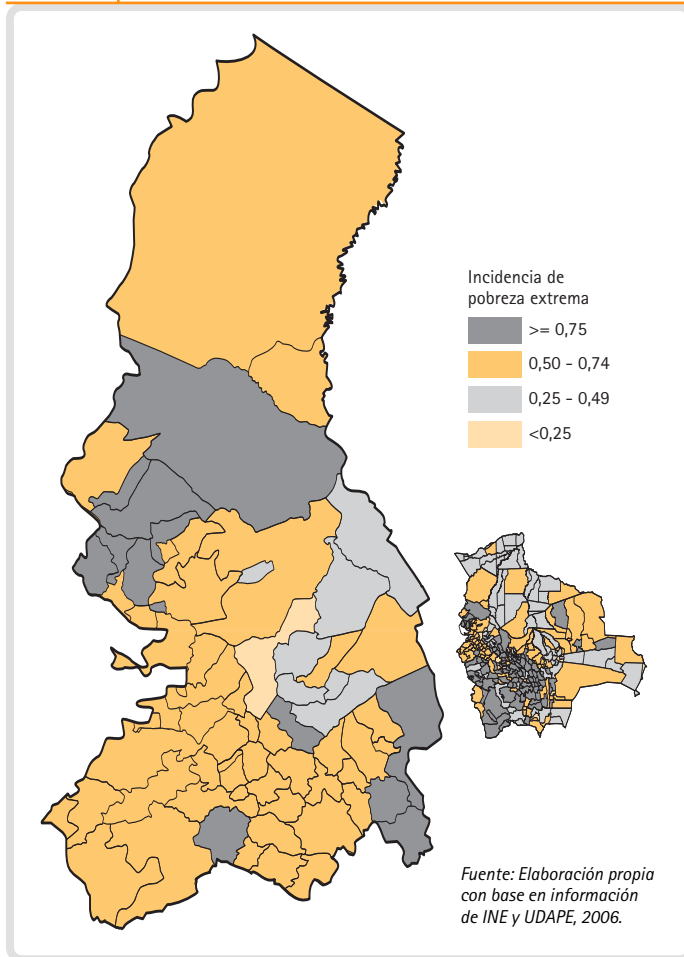
Las autoridades regionales enfrentan una alta heterogeneidad en la pobreza extrema dentro del propio departamento. Un total de 16 municipios presenta tasas de incidencia de pobreza extrema que se clasifican entre las más elevadas del país (por encima del 75%), en tanto que otros presentan niveles intermedios de extrema pobreza (Mapa 2).

Para encarar el objetivo de reducción de la pobreza en el departamento de La Paz, la prefectura debe plantear la ejecución de políticas dirigidas a mejorar el desarrollo productivo sostenible y la generación de empleo intensivo en mano de obra, en torno a:

- Mejorar el sector manufacturero para la exportación (textiles, madera, metalmecánica, joyería y artesanía), fomentar la inserción en el mercado internacional, incorporar masivamente a las PyME y las OECA, integrar la economía urbana con la rural, promover la innovación tecnológica y la ampliación del parque industrial en El Alto.
- Integrar el departamento a través de infraestructura vial (corredores Oeste-Norte: Desaguadero, La Paz, Quiquibey; Oeste-Este: Patacamaya Tambo Quemado; Oeste-Sur: La Paz, Oruro) y desarrollo de corredores bioceánicos y multimodales (carretero, ferroviario y fluvial).
- Incrementar el turismo regional, el turismo comunitario y la producción artesanal a través de la promoción de reservas naturales y culturales en los circuitos turísticos del lago Titicaca y Apolobamba y en los circuitos ecoturísticos del Norte de La Paz y los Yungas.

mapa
2

La Paz: incidencia de pobreza extrema según municipio, 2001



- Establecer mecanismos para los agronegocios y la agroindustria, a través de la producción agropecuaria-ecológica de castaña, café, cacao, quinua, frutas, leche y camélidos; y desarrollar el norte de La Paz mediante el aprovechamiento racional, la transformación y la comercialización de los recursos forestales, el desarrollo de la ganadería y la agricultura, el aprovechamiento de los recursos de la biodiversidad.
- Incrementar la exploración y explotación de los minerales estaño, zinc, wolfram y oro.

REDUCIR LA DESNUTRICIÓN

25 La desnutrición es una forma clínica de manifestación del hambre, es resultado de severas deficiencias de uno o más nutrientes (proteínas, calorías, vitaminas y minerales). Dichas deficiencias impiden a las personas mantener niveles adecuados de crecimiento, embarazo, lactancia trabajo físico, funciones cognitivas, resistencia y recuperación de enfermedades (WFP, 2006).

26 Si bien la desnutrición no es causa directa de la muerte infantil, al reducir la capacidad del organismo para enfrentar enfermedades, los niños están expuestos a mayor riesgo de muerte (CEPAL, 2005b).

27 A partir de la comparación de la desnutrición global (peso para la edad), Bolivia tiene un promedio del 10%, mientras que el Brasil reporta 6%, Chile 1%, Ecuador 15% y Guatemala 24%, entre algunos países (UN, 2006).

28 Otros indicadores de nutrición también son utilizados en la vigilancia nutricional, como la desnutrición global, que capta efectos coyunturales de la pérdida de peso de los niños ocasionada por episodios de diarrea y de enfermedades infecciosas (que pueda deberse a desastres naturales), y la desnutrición aguda, que mide la deficiencia del peso con relación a la edad, y refleja la adaptación corporal de los niños a un menor consumo de alimentos por periodos prolongados de tiempo.

El segundo indicador del Objetivo 1 establece que, entre 1990 y 2015, debe reducirse a la mitad la población que sufre hambre. En América Latina, se identificó la falta de acceso a los alimentos y las prácticas inadecuadas de alimentación como las causas inmediatas de la subnutrición, principalmente en los problemas de desnutrición infantil. Los indicadores que miden la desnutrición se observan particularmente a través del retraso en el crecimiento (desnutrición crónica) y en la falta de peso para la edad (desnutrición global); sin embargo, también se identifican otras formas de subnutrición infantil²⁵.

La nutrición constituye un derecho universal, la persistencia de la desnutrición limita las capacidades de los niños, afecta su desarrollo físico y psíquico de manera irreversible, especialmente cuando se presenta en los primeros dos años de vida, y existe evidencia de que es una de las principales causas de la muerte infantil²⁶. Asimismo, reduce el rendimiento escolar de los niños y, en el largo plazo, constituye una restricción al crecimiento económico (Banco Mundial, 2006).

Al estar relacionada con casi todos los ODM, la inversión en nutrición y alimentación infantil tiene retornos sociales elevados. Cuando disminuyen las tasas de desnutrición infantil aumenta la capacidad inmunológica, se reduce la carga de morbilidad y también disminuyen los costos sobre el sistema de salud, generando ahorro en el gasto público en salud y en el gasto de bolsillo de los hogares.

La comparación internacional de indicadores de nutrición, especialmente para países de América Latina, se realiza con base en la tasa de desnutrición global, que mide el peso para la edad de los niños menores de cinco años. Dicho indicador refleja la pérdida de peso de los niños por efecto de enfermedades infecciosas y deficiente alimentación. En Bolivia, las tasas de desnutrición aguda se hallan alrededor del 10%, por encima del promedio de la región²⁷.

Prevalencia de la desnutrición crónica

Para el seguimiento a la desnutrición infantil en el marco de los ODM, los informes oficiales en Bolivia definieron la tasa de desnutrición crónica total en los niños menores de tres años a partir de la información proveniente de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA).

La tasa de desnutrición crónica total (moderada más severa) se define como el porcentaje de niños entre cero y 35 meses de edad que presentan una estatura para la edad específica inferior a dos desviaciones estándar respecto a una población de referencia definida 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. La desnutrición crónica captura los resultados acumulados y persistentes de la alimentación inadecuada y la exposición de los niños a condiciones sanitarias deficientes y enfermedades habituales en ambientes insalubres²⁸.

En 1989, la ENDSA²⁹ proporcionó datos de desnutrición en niños menores de tres años a escala nacional y por área. Recién a partir de 1994 esta fuente amplió información desagregada por departamento³⁰ y extendió la medición a los menores de cinco años de edad. Con el objeto de evaluar este indicador desde el año base (1989), el CIMDM definió el seguimiento a la tasa de desnutrición crónica en menores de tres años de edad.

cuadro
3

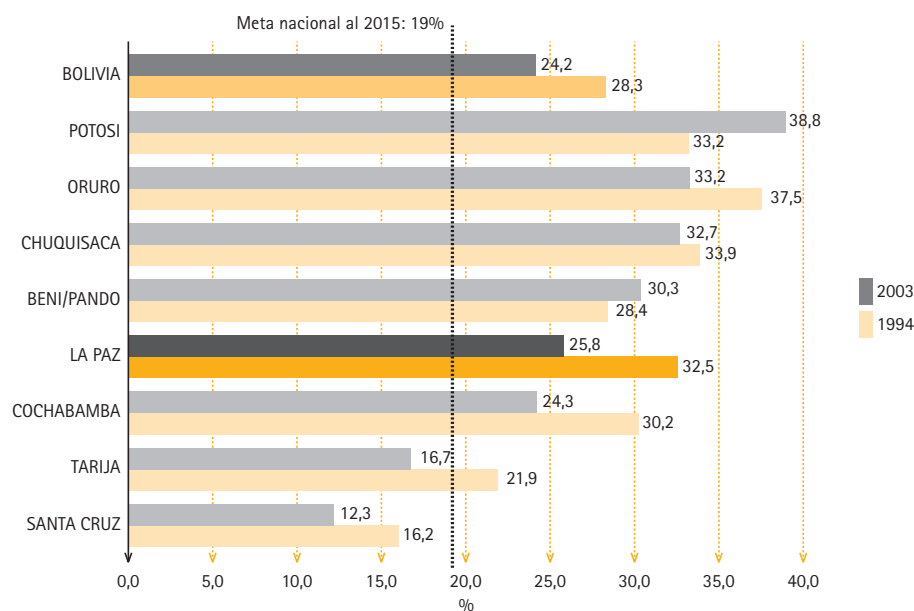
La Paz: tasa de desnutrición crónica en menores de tres años

Indicador	Observado nacional			Meta de desarrollo del milenio	Departamento de La Paz		
	1990 ⁽¹⁾	1994	Año más reciente 2003		Observ. 1994 ⁽²⁾	Año más reciente 2003	Proyección al 2015 ⁽³⁾
<i>Objetivo 1: Reducir a la mitad la pobreza extrema y el hambre entre 1990 y 2015.</i>							
<i>Meta 1.2: Reducir la tasa de desnutrición crónica total en niños menores de tres años de edad.</i>							
Tasa de desnutrición crónica en menores de tres años (%)	38,3 (1989)	28,3	24,2	19,0	32,5	25,8	20,3

Fuente: Datos de ENDSA 1989, 1994 y 2003.
Nota: (1) El CIMDM estableció 1989 como año base para el nivel nacional.
(2) La disponibilidad de información con desagregación departamental se obtiene a partir de la ENDSA de 1994.
(3) La proyección supone que el indicador departamental reduce a una tasa anual promedio de 2% entre 2002 y 2015, que es la tasa que requiere el indicador nacional para alcanzar la meta. Se calcula a partir de la expresión: $(20,3=25,8 \cdot \exp(-2\% \cdot 12))$

gráfico
25

Prevalencia de desnutrición crónica en menores de tres años (en porcentaje)



Fuente: ENDSA 1994 y 2003.

29 Los operativos de recolección de datos para la ENDSA tuvieron lugar en los años 1989, 1994, 1998 y 2003.

30 Con excepción del Beni y Pando, que tienen una estimación conjunta, como si fuese un solo departamento. Los elevados costos de accesibilidad a las comunidades, la baja densidad de población y la distancia a los centros poblados determinó que ambos departamentos no tengan representatividad propia.

En 1989, la desnutrición crónica afectaba al 38,3% de los niños menores de tres años en el ámbito nacional; en consecuencia, se fijó una meta nacional para el año 2015 equivalente a 19%, la mitad del indicador observado en 1989³¹. En el 2003, la desnutrición crónica se redujo al 24,2% en Bolivia y mostró una reducción lenta en los últimos años; entre 1994 y 2003 este indicador disminuyó sólo 4 puntos porcentuales (cuadro 3).

Para alcanzar la meta entre 2003 y 2015, la desnutrición crónica a escala nacional debe reducirse a una tasa de 2% anual. Si todos los departamentos reducen a la misma tasa de manera uniforme, el departamento de La Paz alcanzaría una tasa de desnutrición de 20,3% en 2015, valor que no difiere de la meta nacional pero que podría constituirse en un valor de referencia para fijar una meta departamental.

En 1994, la tasa de desnutrición crónica en el departamento de La Paz fue de 32,5%, ésta se redujo a 25,8% en el año 2003 (casi 5 puntos porcentuales). En el último año observado, el departamento ocupa el quinto lugar con mayor desnutrición crónica, aunque se halla cerca al promedio nacional (gráfico 25).

Entre 1994 y 2003 la desnutrición crónica se redujo en seis departamentos, mientras que se elevó en Potosí, el Beni y Pando³². En promedio, la desnutrición crónica tuvo una lenta reducción, del 28,3% hasta el 24,2%, comportamiento que se atribuye principalmente al estancamiento de los ingresos familiares observado en los primeros años de la presente década.

Si bien el departamento de La Paz presenta tasas de desnutrición crónica cercanas al promedio nacional, concentra a más de 50.000 niños y niñas con estas deficiencias, la cifra más elevada en el país.

Factores asociados a la desnutrición infantil

Las propuestas para la reducción de la desnutrición requieren evaluar la experiencia internacional y nacional, particularmente los determinantes y acciones que contribuyen a mejorar la nutrición de los niños. La evidencia sugiere que la desnutrición no sólo es un problema de falta de alimentos y que no es provocado únicamente por los bajos ingresos familiares, ya que incluso en hogares con ingresos relativamente altos se presenta desnutrición infantil. Este aspecto sugiere que intervienen varios factores, entre ellos los hábitos alimentarios, el inicio y la duración de la lactancia materna, el acceso a servicios de salud, la disponibilidad de agua y saneamiento, la calidad de la alimentación en micronutrientes y otros (Banco Mundial, 2006).

Estudios específicos para Bolivia, principalmente los realizados por entidades de gobierno, muestran que la desnutrición infantil tiende a asociarse con madres que presentan nutrición deficiente; esta situación se complica aún más por las bajas coberturas de control prenatal que determinan nacimientos con bajo peso (Narváez, 2002). Durante los primeros años de vida de los niños, la lactancia materna y la combinación de la leche materna con alimentos sólidos tienen enorme gravitación en las condiciones de salud y nutrición de los niños. Estudios recientes (Morales *et al.*, 2005) destacan, además, factores geográficos y culturales. En el ámbito nacional, existen tendencias importantes que se repiten de una investigación a otra y que podrían servir como apoyo para explicar la reducción de la desnutrición. Entre ellas se menciona que:

- Los niveles de ingreso familiar están correlacionados con las tasas de desnutrición. De acuerdo con la observación del año 2003 a nivel nacional, los niños que pertenecen al primer quintil de hogares (los más pobres) presentan tasas de desnutrición seis veces superiores a los niños que pertenecen al quintil de hogares más rico (Omán *et al.*, 2003),

31 Definido en el tercer informe de los ODM (UDAPE y CIMDM, 2005).

32 La ENDSA no presenta indicadores representativos para los departamentos del Beni y Pando; en el presente informe son referenciales.

datos que también se observan en los informes de la ENDSA. El departamento de La Paz presenta ingresos por debajo del promedio y en áreas rurales la capacidad económica de los hogares disminuye dramáticamente; este aspecto determina la relación de tasas de desnutrición más elevadas en zonas dispersas del departamento.

- La cobertura de agua potable y saneamiento básico es crucial para la salud y para mantener condiciones de higiene en los hogares. Pese a que la cobertura de agua potable y saneamiento en el área urbana del departamento de La Paz se halla entre las más elevadas, se advierten áreas rurales dispersas y periurbanas que no cuentan con dichos servicios.
- El acceso a centros de salud en relación con el control durante el embarazo, permite proporcionar suplementos de hierro a las gestantes, lo cual tiende a reducir las tasas de desnutrición. Sin embargo, el departamento de La Paz ocupa el penúltimo lugar en cobertura de parto institucional (53%) y presenta baja cobertura (65,8%) de control prenatal. Entre todas las mujeres con un nacido vivo, sólo la mitad recibió suplemento de hierro (ENDSA).

Los efectos geográficos inciden sobre las diferencias en desnutrición, pero no son gravitantes por sí mismos sino que interactúan con los factores económicos y las características sociodemográficas de los hogares. Los factores culturales, capturados en el idioma de la madre, tienen efectos en la baja calidad de la atención en salud y, probablemente, en el modelo de gestión para prevenir la desnutrición.

La desnutrición crónica en Bolivia sufrió un estancamiento en los últimos años; esta tendencia también se muestra en el departamento de La Paz.

Informes recientes revelan que la mayoría de los países de América Latina podrían cumplir la meta de reducción de la desnutrición y hambre hasta 2015. En la Cumbre Latinoamericana sobre Hambre Crónica, celebrada en Guatemala, se estableció la necesidad de impulsar acciones para lograr una "América Latina sin hambre 2025". Esta iniciativa sostiene que América Latina tiene la capacidad económica de erradicar el hambre, y por ello plantea un mayor desafío: conseguir erradicar el hambre en un plazo un poco más largo. La meta establece que toda la población de la región pueda comer tres veces al día todos los días del año. Esta iniciativa complementará la labor de los gobiernos en el desarrollo nacional y el combate al hambre y a la pobreza, poniendo en práctica políticas públicas que promuevan la erradicación del hambre en América Latina y el Caribe para el 2025 (Vivero *et al.*, 2006).

Pese a que los países de la región se proponen metas más ambiciosas con relación a los ODM y a que Bolivia se halla entre aquellos que podrían erradicar el hambre crónica, existen severas diferencias entre los departamentos del país.

El Programa Desnutrición Cero del gobierno de Bolivia se implementará como parte de una estrategia integral de protección social y desarrollo comunitario, con intervenciones intersectoriales que atenderán la nutrición infantil y mujeres embarazadas. Sin embargo, este programa estará vinculado a la producción y al desarrollo económico local para la provisión de alimentos, de acuerdo a la potencialidad de los productores locales. Al mismo tiempo, se generarán condiciones para que los hogares rurales puedan tener facilidades para formar empresas comunitarias productivas y empresas solidarias.

El objetivo estratégico del Programa de Desnutrición Cero se orienta a erradicar la desnutrición crónica y aguda hasta el 2010 en niños menores de cinco años, a través de acciones para mejorar las prácticas familiares de alimentación y cuidado de los niños, programas de fortificación de alimentos, aumentar la capacidad institucional para la atención

nutricional, incorporación de contenidos curriculares sobre alimentación y nutrición en las escuelas, innovación alimentaria y hábitos de alimentación, acceso al agua potable y saneamiento, incremento de las inversiones en sistemas de riego y microriego, normativa para impulsar actividades de los pequeños productores agrícolas y la implementación de la política de protección social

Desde el nivel central se realizan acciones desde hace más de una década, a través del Programa de Atención a Niños y Niñas Menores de Seis Años (PAN), orientadas a la atención de servicios integrados en educación, salud y nutrición en áreas rurales y periurbanas. En el departamento de La Paz, el PAN implementó 183 centros infantiles y atendió a cerca de 8.000 niños, sobre un total de 47.000 que atendió en el ámbito nacional. Actualmente el PAN está en proceso de cierre, debido al retiro de los financiadores del programa, cuyo apoyo estaba dirigido a fortalecimiento institucional e infraestructura (PMA, 2006). Si bien este programa atendió una importante proporción de niños en riesgo de desnutrición, no fue suficiente para enfrentar la totalidad del problema en el departamento.

El departamento de La Paz todavía no tiene un plan específico para enfrentar la desnutrición; sin embargo, desde principios del presente año se propuso impulsar la Propuesta de Salud - Plan Progreso que incorpora acciones para fortalecer al SEDES en el manejo de un sistema departamental de salud integrado y desconcentrado y avanzar hacia la universalidad del servicio de salud. Con el propósito de mejorar la gestión operativa prefectural respecto a la desnutrición, el SEDES y SEDEGES plantearon dar seguimiento a los siguientes indicadores: (i) segunda dosis de Vitamina A en niños de uno a cuatro años, (ii) niños de seis meses a dos años con dosis completa de micronutrientes (entrega de sobres de chispitas nutricionales) y (iii) niños de tres a cinco años con tercera dosis de jarabe de hierro.

Las redes departamentales de salud centrarán su estrategia en la atención primaria de salud, incluyendo acciones dirigidas a la atención materno-infantil, alimentación y nutrición, seguridad alimentaria, acciones intersectoriales para el acceso a agua potable, saneamiento básico y centros asistenciales, atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia y atención integral a la mujer, entre otros.

LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL

Alcanzar la educación primaria universal constituye uno de los objetivos más importantes en la Declaración del Milenio. La educación es la fuente principal de formación de capital humano que, además de ser un derecho pleno de las personas, desempeña un rol clave en el desarrollo y el crecimiento económico. Una distribución más equitativa del capital humano es la base de una sociedad más igualitaria, puesto que contribuye a la reducción de diferencias en productividad e ingresos individuales. La educación tiene efectos sobre la salud de las personas, los cambios en la estructura de la familia, la calidad de la participación social y la conformación de instituciones efectivas (Becker, 1993).

La meta definida para el ODM-2 indica que se debe asegurar para 2015 que todos los niños y niñas tengan la posibilidad de terminar el ciclo completo de educación primaria. El cumplimiento de esta meta implica movilizar recursos humanos, financieros y sociales, en mayor proporción que otros países, toda vez que significa completar ocho años de escolaridad (un año por cada grado), a diferencia de los seis años definidos para primaria en los demás países.

El CIMDM seleccionó la tasa de cobertura neta de primaria y la tasa de término bruta a 8° de primaria (TTB_{8p}) como los indicadores de resultado e impacto, respectivamente, para el seguimiento y monitoreo al cumplimiento del ODM en educación. Ambos indicadores comprenden la educación formal pública y privada, aunque en Bolivia la educación pú-

blica primaria atiende a más del 90% de los niños en edad de asistir a ese nivel educativo. Las metas nacionales señalan que ambos indicadores deben alcanzar el 100% de cobertura y término hasta 2015.

De acuerdo con las proyecciones demográficas, en 2005 la población entre cuatro y 17 años (en edad escolar) en La Paz era de 828.007, lo que significa alrededor del 26% de la población en edad escolar en Bolivia. El 58% de la población en dicho rango de edad en La Paz corresponde a niños y niñas que deben asistir a la primaria y, por tanto, constituyen la población objetivo en la que se debe materializar la meta trazada para 2015 en el marco de los ODM.

Cobertura neta de primaria

La tasa de cobertura neta de primaria es una medida de acceso y eficiencia del sistema educativo que permite calcular la población atendida por el sistema escolar en edad oportuna. Este indicador relaciona la matrícula de niños en el nivel de primaria que tiene la edad oficial de cursar ese nivel (entre seis y 13 años) con la población de dicha edad³³.

La cobertura neta de primaria no mide la calidad de la educación ni la probabilidad de la conclusión del nivel de primaria, sin embargo es un indicador de resultado a objeto de realizar seguimiento a las acciones de política en el corto y mediano plazo (UDAPE, 2005b).

Para la construcción de la tasa de cobertura neta se utilizan dos fuentes de información: (i) el Sistema de Información de Educación (SIE)³⁴, dependiente del Ministerio de Educación, que genera datos anuales –con rezago de un periodo– del registro de alumnos matriculados a escala nacional, departamental y municipal, área geográfica y género, y (ii) las proyecciones demográficas elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística, que proporciona los datos proyectados sobre población en edad escolar³⁵.

En el departamento de La Paz, la proporción de niños y niñas que asisten al nivel de educación primaria en la edad oficial va en aumento. En el periodo intercensal 1992-2001, la población en edad escolar de primaria del departamento creció a un promedio del 1,8% anual, mientras que la matrícula en el mismo nivel escolar creció de manera más acelerada, a una tasa del 2,8% anual (Ministerio de Educación, 2005a).

La mayor demanda de servicios de educación se tradujo en un incremento del número de alumnos atendidos por el sistema de educación formal privado y público.³⁶ Entre 2000 y 2005, la cobertura neta del nivel primario en el departamento de La Paz pasó del 95,6% al 97,0%, respectivamente (cuadro 4).

33 En este caso, se excluye a los estudiantes con extraedad, ya sea por ingreso tardío a primaria o por repitencia.

34 La información del SIE utilizada en esta sección se obtuvo directamente de su base de datos actualizada al 2005.

35 El indicador es sensible a variaciones en las proyecciones de población.

36 Es preciso tomar en cuenta que las proyecciones de población fueron ajustadas por el INE a partir del año 2005, por lo que la serie de la tasa de cobertura neta de primaria 2000-2005 puede verse afectada.

cuadro
4

La Paz: tasa de cobertura neta de primaria

Indicador	Nacional			Meta de desarrollo del milenio	Departamento de La Paz	
	1990 ⁽¹⁾	2000	Año más reciente 2005		2000 ⁽²⁾	Año más reciente 2005
<i>Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.</i>						
<i>Meta 2.1: Asegurar para el 2015 que niños y niñas puedan concluir el ciclo de educación primaria.</i>						
Tasa de cobertura neta de primaria (en %)	n.d.	96,4	94,0	100	95,6	97,0

Fuente: Elaboración propia con base en información del SIE.

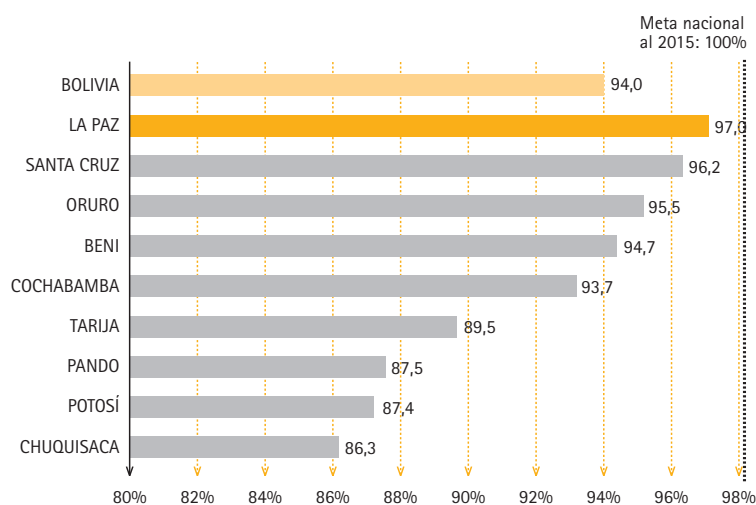
Nota: (1) La Declaración del Milenio estableció 1990 como año base para los ODM.

(2) Para este indicador a nivel departamental se dispone información desde el año 2000.

El aumento de la matrícula es resultado del incremento de la oferta de servicios en el marco de la Reforma Educativa, que dio prioridad al ciclo de la educación primaria. El ritmo del progreso departamental fue mayor al observado en el ámbito nacional, presentándose una brecha de aproximadamente 3 puntos porcentuales en 2005 entre La Paz y el promedio nacional, a favor del primero. Este comportamiento permite al departamento presentar la tasa de cobertura neta más alta entre los departamentos del país (gráfico 26), lo que determina que tenga una mayor probabilidad de cumplir con la meta establecida en el marco de los ODM.

gráfico
26

Tasa de cobertura neta de primaria según departamento, 2005



Fuente: SIE.

En el periodo 2000-2005, la tasa de crecimiento lineal por año de la cobertura neta en La Paz fue de 0,3%, mientras que la tasa promedio de Bolivia fue negativa (-0,5%). Para alcanzar la meta del milenio, el departamento debe mantener el ritmo de crecimiento registrado en estos últimos cinco años.

Tasa bruta de término a 8° de primaria

La TTB_{8P} es una medida de eficiencia interna del sistema educativo, permite evaluar la capacidad del sistema para graduar a los estudiantes que captó inicialmente. El indicador está definido como el número de alumnos de cualquier edad que se promueven del 8° grado de primaria durante la gestión, con relación al número de niños y niñas en edad teórica de graduación (13 años).

La TTB_{8P} se considera como el principal indicador del sector educativo para el objetivo de lograr la educación primaria universal. Además de la eficiencia interna del sistema, este indicador capta el acceso a la primaria, permitiendo evaluar el impacto parcial de las políticas sectoriales en el mediano y largo plazo.

Las fuentes de información requeridas para la construcción del indicador, la periodicidad de cálculo y la representatividad son idénticas a las que se definen para la tasa de cober-

tura neta. La TTB_{8p} no mide la calidad de la educación ofrecida, ni el rendimiento de la calificación, ni la edad de los estudiantes que concluyen el nivel primario³⁷.

Entre 1992 y 2005, el departamento de La Paz experimentó avances importantes³⁸ en la TTB_{8p} , aunque a un menor ritmo en comparación con el ámbito nacional, registrándose así un incremento de aproximadamente 23 puntos porcentuales en el periodo mencionado (cuadro 5).

La tasa del 88,3% alcanzada en 2005 es mayor al promedio nacional para ese mismo año (77,8%), lo que significa una brecha de aproximadamente 10 puntos porcentuales. Como en el caso de la tasa de cobertura neta, el departamento de La Paz figura entre los departamentos con mayores niveles en la TTB_{8p} respecto a las demás regiones, presentándose una brecha importante con los departamentos de Chuquisaca y Pando (gráfico 27).

cuadro
5

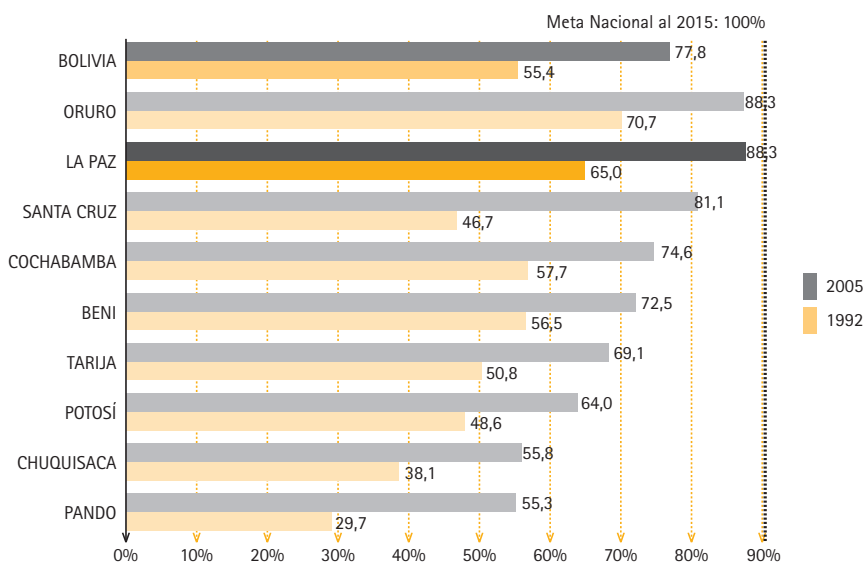
La Paz: Tasa de término bruta a 8° de primaria

Indicador	Nacional		Meta de desarrollo del milenio	Departamento de La Paz	
	1990 ⁽¹⁾	Año más reciente 2005		1992 ⁽²⁾	Año más reciente 2005
<i>Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.</i>					
<i>Meta 2.1: Asegurar para el 2015 que niños y niñas puedan concluir el ciclo de educación primaria.</i>					
TTB_{8p} (en %)	55,4	77,8	100	65,0	88,3

Fuente: Elaboración propia con base en información del SIE; CNPV 1992.
 Nota: (1) El CIMDM estableció 1990 como año base para el nivel nacional.
 (2) La disponibilidad de información con desagregación departamental permite obtener datos para 1992.

gráfico
27

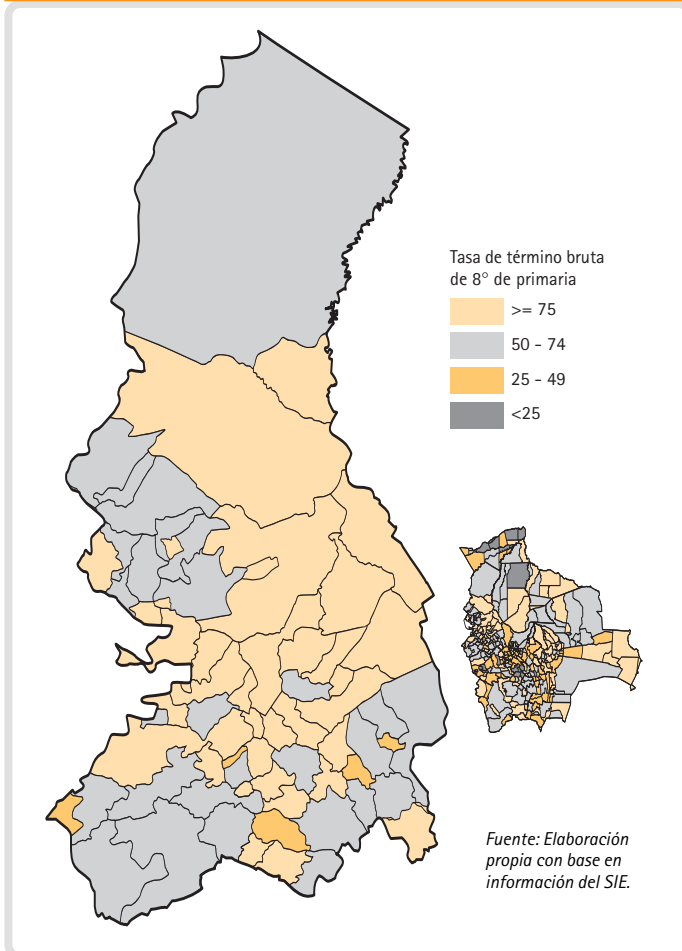
Tasa de término bruta a 8° de primaria según departamento, 2005



Fuente: SIE.

37 El indicador es sensible a variaciones en las proyecciones de población.
 38 Entre 1992 y 2005, el ritmo de crecimiento lineal por año de la TTB_{8p} en el departamento de La Paz (2,4%) fue menos acelerado que aquel registrado en el nivel nacional (2,6%),

La Paz: tasa de término bruta a 8° de primaria según municipio, 2005



A partir de una estimación lineal de la tasa de crecimiento anual de este indicador, se establece que para alcanzar la meta del 100% en el año 2015, la TTB_{8P} del departamento de La Paz debe mantener el ritmo del 2,4% por año.

La distribución geográfica de la TTB_{8P} en La Paz muestra una menor heterogeneidad entre los municipios de la región, a diferencia de los departamentos de Chuquisaca y Potosí. De un total de 80 municipios en La Paz, ninguno registra una tasa menor al 25%, y sólo siete localidades presentan las tasas más alejadas del promedio departamental (entre 25% y el 49%): cerca del 1% de la población entre seis y 13 años (mapa 3). En este conjunto de municipios, Catacora, de la provincia José Manuel Pando, registra la TTB_{8P} más baja (27,3%).

Son 35 los municipios con indicadores entre el 50% y el 74%: en ellos habitan cerca de 75 mil niños y niñas en edad de asistir a primaria (13% del total de la población paceña en ese rango de edad). Las localidades con estos niveles de TTB_{8P} están mayormente concentradas al norte, al extremo sur y parte del oeste del departamento de La Paz.

Los restantes 38 municipios presentan indicadores mayores o iguales al 75%, de los que destacan 32 localidades (entre ellas la capital de departamento, La Paz) con indicadores mayores a la media nacional, pero sólo 20 de éstos superan el promedio departamental.

Grupos vulnerables y determinantes de la “educación primaria universal”

¿Cuáles son los factores que explican las bajas tasas de término a 8° de primaria en el departamen-

to de La Paz? Algunos estudios realizados para América Latina y Bolivia indican que el éxito escolar no sólo es el resultado de los sistemas educativos formales, sino de una interacción de factores y agentes, por lo que es una responsabilidad colectiva (recuadro 5).

A continuación, se identifica los grados y grupos que tienen mayor riesgo de abandono en el departamento de La Paz a través de metodologías específicas que permiten obtener los flujos escolares. Posteriormente se estudia el comportamiento de la oferta y de la demanda educativa en la región de tal forma que se pueda definir lineamientos de política educativa departamental en aquellos grupos con mayores dificultades.

Sobrevivencia y flujos escolares en el departamento de La Paz

La determinación más precisa de la culminación del nivel primario por parte de los estudiantes, denominada también sobrevivencia escolar, se basa en metodologías de flujos escolares propuestas por Klein (1998) y UNESCO (1999). Éstas permiten la reconstrucción de la historia escolar de un grupo de alumnos utilizando el método de *cohorte reconstituida*.

Evidencia empírica de diversos países demuestra que el abandono escolar está determinado tanto por las características de niños y niñas (factores escolares), como por la situación socioeconómica (factores extraescolares) y otros factores asociados a deficiencias del propio sistema educativo (factores intraescolares). Por tanto, el retiro escolar pocas veces es un evento inesperado; se presenta como una cadena que eleva el riesgo de deserción a medida que se avanza en edad y se experimentan crecientes dificultades de rendimiento y adaptación.

En América Latina, el medio familiar condiciona económica y culturalmente el desarrollo personal y educativo en que nace y crece un niño o una niña (Espíndola y León, 2002). El número total de hijas o hijos en el hogar y el orden de nacimiento que ocupa cada uno de ellos están inversamente relacionado con la culminación exitosa de la escuela. El nivel educativo de los progenitores, la actitud orientadora en cuanto al trabajo escolar, el ambiente cultural (por ejemplo, el origen lingüístico) y el nivel socioeconómico del hogar, entre otros aspectos, presentan una relación positiva con el éxito escolar.

El abandono escolar depende también de la administración de las instituciones educativas y de las mismas escuelas. El número limitado de profesores y servicios de apoyo en los centros, el elevado número de alumnos por aula, la falta de formación de los maestros para atender a la diversidad de estudiantes, la ausencia de expectativas positivas hacia los alumnos o la presentación de contenidos de enseñanza poco atractivos y motivadores son factores que dificultan la conclusión del ciclo escolar con éxito.

En Bolivia, la mayor parte de los determinantes de la asistencia escolar se ubican del lado de la demanda y no de la oferta (Morales, 2003). Se destaca la participación laboral de los niños y los bajos niveles de ingreso y patrimonio de la familia como factores importantes que afectan negativamente la asistencia escolar. Asimismo, el número de horas que un estudiante dedica al trabajo, la cantidad de superficie cultivada por el hogar, el número de hijas o hijos y la baja escolaridad de los padres inciden negativamente en la demanda por educación (Fernández, 2005).

Varios de los aspectos mencionados se ratifican en estudios cualitativos realizados por el Ministerio de Educación (2004) en comunidades rurales de Bolivia. La mayor parte indica que las actividades productivas y familiares, la distancia entre las comunidades y la escuela, los bajos ingresos familiares y la alta migración son factores que determinan el abandono escolar de niños y niñas.

Desde el lado de la oferta, otros estudios indican a partir de un análisis estadístico que combina el CNPV 2001 y los datos del Sistema de Información de Educación, que los estudiantes abandonan la escuela por la falta de maestros y la oferta educativa incompleta. Urquiola (2001) demuestra también que el número de alumnos en un aula es un factor que afecta negativamente al rendimiento de los niños en el área rural. En comunidades del área rural, el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las escuelas es necesario para mejorar el ambiente pedagógico, pero no tiene efectos significativos sobre la cobertura escolar y el rendimiento educativo de los niños (Newman et al., 2000).

La aplicación de este método no necesita información detallada por alumno y es menos dependiente de la disponibilidad de datos para un periodo prolongado, de modo que responde a las características de la información recolectada por el SIE.

El método propuesto por la UNESCO plantea tres eventos para los alumnos matriculados en un año determinado: (i) una parte de ellos será promovida al grado inmediatamente superior el año escolar siguiente; (ii) otra parte repetirá el mismo grado en la siguiente gestión; y (iii) los alumnos restantes desertarán de la escuela en el transcurso del año. Con base en los datos mencionados se construye los flujos de transición entre grados, vale decir, la tasa de promoción al grado superior, la tasa de repetición y la tasa de deserción. A partir de estos flujos, se obtiene finalmente la tasa de sobrevivencia³⁹ de la cohorte en estudio.

39 La tasa de sobrevivencia escolar es el porcentaje de niños matriculados en 1° de primaria que logran concluir este nivel de educación ya sea en los 8 años requeridos (tasa de sobrevivencia sin repitencia) o en un periodo mayor al oficial (tasa de sobrevivencia con repitencia).

El método de Klein se basa en la misma idea del método de UNESCO; sin embargo, propone algunas correcciones para los que repiten un grado, puesto que considera que éstos están subestimados en los registros administrativos. Por lo general, se registra como repitentes a los estudiantes que reprobaron en el año anterior y se vuelven a inscribir al mismo grado en la presente gestión. Sin embargo, existen estudiantes que pueden ser considerados también como repitentes: (i) aquellos(as) que repiten el grado habiendo abandonado en el año anterior, y (ii) aquellos(as) que repiten el grado pese a haber aprobado el año anterior, porque no existe oferta escolar para el siguiente grado. Una vez realizada esta corrección, se procede de la misma manera que en la metodología de UNESCO para obtener las tasas de sobrevivencia⁴⁰. Con datos del SIE sobre la matrícula de dos años (2003-2004) y de los remitentes de la gestión 2003, se procedió a la aplicación de los flujos escolares para el departamento de La Paz⁴¹.

En este departamento, la tasa de sobrevivencia (incluyendo la repitencia)⁴² tiene un comportamiento descendente a medida que la cohorte avanza en grados escolares (gráfico 28). De cien niños y niñas que ingresan a 1° de primaria en un determinado año en el departamento de La Paz, 80,4 culminan los ocho grados de este nivel educativo, algunos de ellos en los ocho años reglamentarios y otros en un periodo más prolongado (en 13 años el más rezagado), debido a la repetición en uno o más cursos. El resto de la cohorte (19,6%) abandonó la escuela definitivamente.

Este comportamiento descendente es similar al observado para el promedio nacional. Sin embargo, la tasa de sobrevivencia departamental disminuye a un menor ritmo a lo largo de toda la primaria, lo que permite presentar tasas superiores a la media nacional, generándose una brecha de 13,6 puntos porcentuales entre estos dos ámbitos al final del ciclo de primaria.

Las tasas de sobrevivencia por sexo revelan diferencias en el departamento; la brecha en la culminación de primaria entre una cohorte de varones y una de mujeres es de 2,8 puntos porcentuales en detrimento de las niñas (81,8% y 79,0%, respectivamente), mientras que en el nivel nacional la diferencia no supera los 0,5 puntos porcentuales y es favorable para las niñas. Un comportamiento similar se presenta en los departamentos de Potosí y Oruro.

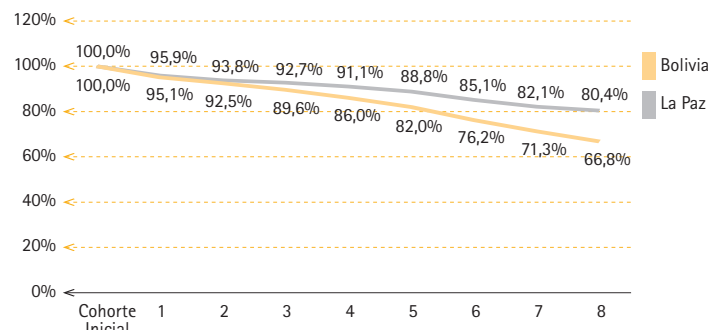
40 Los supuestos y la parte formal de las metodologías de Klein y UNESCO, así como la corrección del número de repetidores, se encuentran detallados en el anexo 3.

41 En el anexo 3 se encuentra el cálculo detallado de las tasas de sobrevivencia para el departamento de La Paz.

42 El análisis de esta sección se basa en este indicador, pues se ajusta mejor a los propósitos del ODM de Educación: asegurar que niños y niñas tengan la posibilidad de terminar el ciclo completo de la educación de primaria (Meta 2.1, ODM 2). Mientras que la tasa de sobrevivencia sin repitencia es un indicador más preciso de la eficiencia interna del sistema educativo.

gráfico
28

Dependencia pública y privada: tasa de sobrevivencia de primaria con repitencia según grado (cohorte 2003-2004)



Fuente: Elaboración propia con base en Información del SIE.

Aunque no es posible aplicar esta metodología para las áreas urbana y rural debido a las altas tasas de migración presentadas entre estos ámbitos geográficos, la TTB_{8P} del departamento pone en evidencia una menor eficiencia interna del sistema en el área rural. Las escuelas urbanas alcanzan tasas de sobrevivencia en primaria aproximadamente 21 puntos porcentuales más altas que las alcanzadas por escuelas rurales, aunque este nivel es menor comparado con el resto de los departamentos (Ministerio de Educación, 2005a). En el promedio nacional, dicha brecha es de 36 puntos porcentuales⁴³.

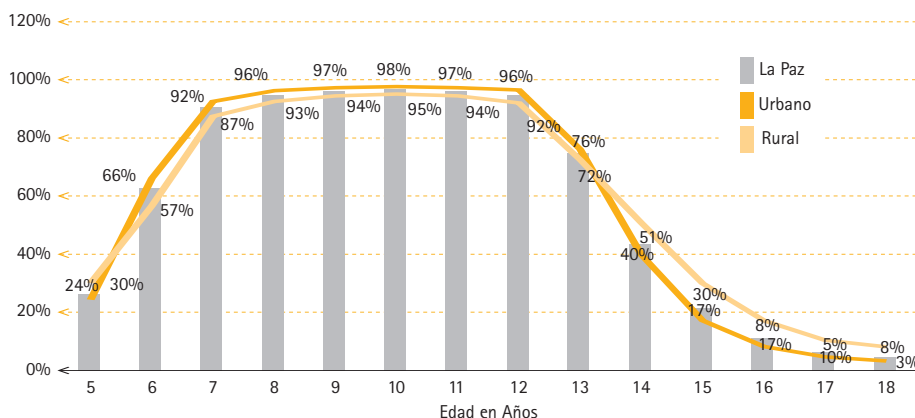
Los problemas que impiden una mayor sobrevivencia escolar en primaria en el departamento se presentan a lo largo de todo este nivel educativo. De acuerdo al CNPV 2001, la asistencia⁴⁴ escolar a primaria en La Paz tiene un comportamiento creciente conforme se avanza en edad, hasta alcanzar el máximo a los 10 años, tanto en el área rural (95%) como el área urbana (98%), lo que sugiere que existen alumnos que ingresan a la escuela de manera tardía (gráfico 29).

La asistencia a la escuela entre los cuatro y los 18 años de edad es sistemáticamente menor en el área rural, aunque la brecha entre ambas áreas no es tan amplia como en otros departamentos del país, como Tarija, Santa Cruz y Chuquisaca. A los 13 años, edad oficialmente fijada para la conclusión de primaria, el 85% de los adolescentes del área rural continúa asistiendo a la escuela; ello significa 8 puntos porcentuales menos que en el área urbana (93%). Esta brecha resulta ser menor que la registrada en el promedio nacional, que es de 14 puntos porcentuales.

La asistencia de niñas y de niños presenta un comportamiento similar entre los cuatro y los 11 años, tanto en el área urbana como en el área rural. La asistencia escolar en ambos sexos empieza a disminuir a la misma edad, aunque las niñas lo hacen más aceleradamente a partir de los 13 años en el área urbana, mientras que en el área rural este fenómeno se da a partir de los 11 años (Ministerio de Educación, 2005a). Las brechas de género en La Paz son similares a las registradas en el promedio nacional.

gráfico
29

La Paz-dependencia pública y privada: tasa de asistencia a primaria por edad simple y área geográfica (2001)



Fuente: Elaboración propia con base en información del CNPV 2001.

43 La tasa de término bruta a 8° de primaria por área geográfica fue calculada por el Ministerio de Educación con datos del CNPV 2001.

44 La tasa de asistencia por edad simple muestra el porcentaje de personas que asiste a la escuela con una determinada edad, respecto al total de la población que tiene esa misma edad.

45 El abandono durante la gestión se refiere a aquellos alumnos que se retiraron de la escuela y no regresaron durante esa gestión. La tasa de abandono es la proporción de alumnos que abandona la unidad educativa durante la gestión respecto al total de alumnos inscritos durante la misma gestión (Ministerio de Educación, 2005a).

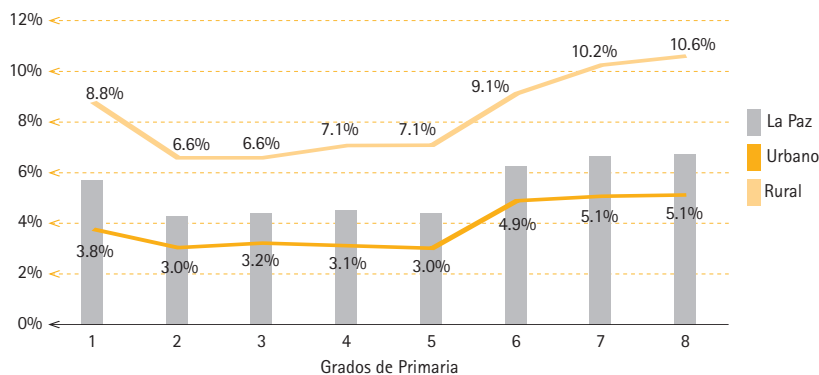
46 La educación primaria en Bolivia consta de tres ciclos: el primer ciclo de aprendizajes básicos, con tres años de duración, el segundo ciclo de aprendizajes esenciales, con tres años de duración, y el tercer ciclo de aprendizajes aplicados, con dos años de duración. En los dos primeros ciclos, la promoción es plenamente automática. Sin embargo, al finalizar cada ciclo el docente puede recomendar cierto tiempo de recuperación (no superior a un año) si considera que el niño no ha adquirido las competencias suficientes para pasar al siguiente ciclo.

47 En el Reglamento de Administración y Funcionamiento para Unidades Educativas de los Niveles Inicial, Primario y Secundario (RAFUE) se establece que la edad oficial para ingresar a primero de primaria son los seis años, y así sucesivamente. La tasa de rezago escolar es la proporción de niños y niñas con sobre-edad respecto al total de niños inscritos en ese curso. En este trabajo se considera con rezago a aquellos niños y niñas cuya edad es superior a por lo menos dos años respecto a la edad oficial para asistir a un determinado grado.

48 La promoción es plenamente automática hasta el 6° de primaria. A partir del 7°, el docente puede recomendar cierto tiempo de recuperación (no superior a

gráfico
30

La Paz-dependencia pública y privada: tasa de abandono escolar por grado, según área geográfica (2005)



Fuente: Elaboración propia con base en información del SIE.

¿Cuáles son las razones por las que la asistencia escolar en La Paz presente un comportamiento descendente a partir de los 10 años? ¿Qué factores explican las brechas entre el área urbana y el área rural?

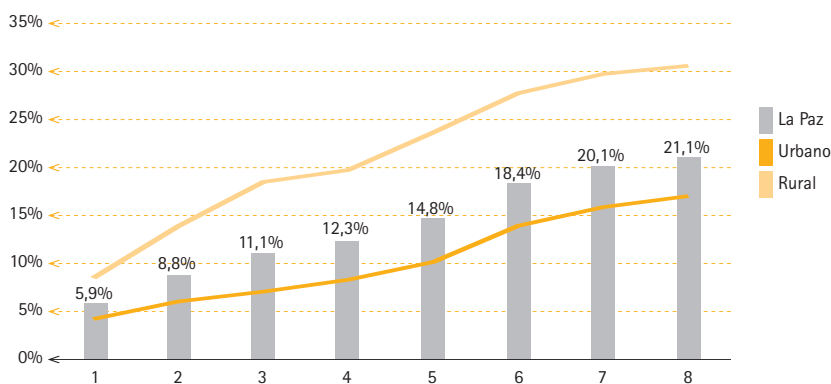
Una de las causas principales de las bajas tasas de sobrevivencia es el *abandono durante la gestión escolar*⁴⁵. Según estudios empíricos, el abandono escolar en el país se explica principalmente por la incidencia del trabajo infantil, los bajos recursos económicos de las familias, la falta de interés por la educación y problemas en la oferta escolar.

La escolarización de los niños en La Paz se interrumpe desde el 1° grado de primaria; sin embargo, se acelera a partir del 6° grado, al finalizar el segundo ciclo e iniciar el tercer ciclo de primaria⁴⁶ (gráfico 30). No deja de ser llamativo el abandono en el 1° de primaria, que es el más alto de los cinco primeros cursos, especialmente en el área rural; esto podría explicarse por migraciones geográficas o entre escuelas a temprana edad. Para el año 2005, la tasa de abandono en primaria es persistentemente más alta en el área rural y las brechas entre ambos ámbitos geográficos son mayores a las del promedio nacional.

Las bajas tasas de sobrevivencia en primaria son determinadas también por el *rezago escolar* o *extraedad*, dado que asisten al grado alumnos cuya edad es superior a la oficial⁴⁷. El rezago escolar se explica por tres factores: (i) ingreso tardío a la escuela, (ii) repetición de algún curso, y (iii) abandono temporal.

El rezago escolar en el 1° grado de primaria de La Paz (gráfico 31) se atribuye al ingreso tardío de los niños, ya sea por falta de recursos económicos o por largas distancias entre las escuelas y las viviendas, sobre todo en el área rural. Pese a que existe promoción automática hasta el 6° grado⁴⁸, el rezago escolar aumenta a partir del 2° de primaria –con mayor énfasis en zonas rurales– lo que es explicado básicamente por el abandono temporal de la escuela, ya sea por la necesidad de apoyar en las actividades agrícolas o de complementar ingresos del hogar. Esto sugiere la necesidad de implementar el calendario regionalizado, que se adecue no sólo al calendario laboral de los jóvenes trabajadores sino también al de los padres (Ministerio de Educación, 2005b). En comparación con el promedio nacional, se evidencia que a lo largo del ciclo de primaria las tasas de rezago departamental son menores.

La Paz-dependencia pública y privada: tasa de rezago escolar por grado, según área geográfica (2005)



Fuente: Elaboración propia con base en información del SIE.

El rezago escolar manifiesta la importancia que asignan los hogares y estudiantes a continuar estudiando en la escuela, incluso cuando la abandonan temporalmente, pues retornan y repiten el mismo curso al año siguiente. Sin embargo, este aspecto puede revertirse conforme los alumnos avanzan de un grado al otro; la demora en concluir un nivel de educación provoca desfases en el aprendizaje y dificultades de adaptación a las exigencias del siguiente ciclo o nivel educativo, provoca cansancio o cambio en las preferencias individuales y genera reprobación y/o abandono definitivo de la escuela (Urquiola, 2000).

Los flujos escolares presentados ponen en evidencia que el abandono escolar empieza a ser definitivo a partir de los 11 años, tanto en el área urbana como en el área rural. Este aspecto sugiere problemas de permanencia en la escuela, de manera que pocos niños concluyen la primaria y menos aun continúan hasta concluir la secundaria. En el área rural el problema es mayor porque los alumnos ingresan más tarde a primaria, empiezan a abandonar antes, de manera más acelerada, y tienen un mayor rezago escolar. Por tanto, el abandono y el rezago escolar son algunas de las causas de las bajas tasas de culminación del 8º de primaria, principalmente en el área rural, y determinan bajos niveles de educación en el departamento de La Paz.

Características de la infraestructura educativa pública en el departamento de La Paz⁴⁹

Para la evaluación de los insumos escolares del departamento se considera la infraestructura escolar, los materiales y los recursos humanos provistos por el sector público; el propósito es medir la provisión de servicios educativos e identificar probables diferencias respecto al promedio nacional en el costo de los servicios educativos.

Desde 1997, la infraestructura escolar pública aumentó progresivamente en el departamento de La Paz como resultado de las inversiones en la construcción, ampliación, refacción y equipamiento de las escuelas públicas que desplegó el Ministerio de Educación y la acción de los municipios a través de las diferentes modalidades de proyectos educativos (PROME, PEN, PER y PEI).

un año) si considera que el niño no ha adquirido las competencias suficientes para pasar a este curso (Ministerio de Educación, 2004).

⁴⁹ El presente capítulo fue elaborado con base en la información de Ministerio de Educación, 2005a.

cuadro
6

La Paz-dependencia pública: edificios escolares según área geográfica

Desagregación	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005*
La Paz	3.258	3.307	3.350	3.402	3.421	3.504	3.532	3.478	3.830
Rural	2.898	2.935	2.950	2.993	3.009	3.043	3.056	3.011	3.088
Urbana	360	372	400	409	412	461	476	467	742

Fuente: SIE.
* Incluye información de edificios escolares de la dependencia privada.

Entre 1997 y 2005 se construyeron 572 edificios escolares⁵⁰ nuevos en todo el departamento, con lo cual, para el año 2005 funcionaba un total de 3.830 locales educativos, de los cuales, el 80,6% se ubica en el área rural⁵¹ (Cuadro 6).

Pese al incremento registrado en los últimos años, la infraestructura escolar del departamento de La Paz es de baja calidad. De acuerdo al último inventario de infraestructura educativa de 2002, el 40% de las escuelas del departamento carece de servicios de agua, el 53% no cuenta con alcantarillado y 42% no tiene energía eléctrica. A pesar de ello, las cifras departamentales sobre la disponibilidad de servicios básicos en las escuelas presentan mejores estándares comparados con la media nacional.

En el periodo 1997-2005, el número de unidades educativas públicas (UE) en La Paz creció a un ritmo modesto. En el 2003 se presenta un descenso debido a cambios en la modalidad de la oferta y a la clausura de UE en el país⁵² (cuadro 7). En 2005 se registraron 4.035 UE en funcionamiento (3.129 en el área rural y 906 en el área urbana). En consecuencia, existen casi 3,5 UE en el área rural por cada una en el área urbana.

50 Según el Ministerio de Educación (2005a), el edificio escolar es "el espacio físico que alberga a una o más unidades educativas con su población escolar y personal docente y administrativo."

51 En el año 2004 se registra una disminución de los edificios escolares debido a la implementación del Registro de Unidades Educativas (RUE), que se inició en 2003, y que permite conocer de manera más estricta la situación legal del funcionamiento de las unidades educativas públicas y privadas.

52 El comportamiento dinámico de las unidades educativas en Bolivia se explica, básicamente, por un cambio en el nombre o en los niveles o modalidades que ofertan, así como por la incorporación de nuevas unidades educativas en el sistema educativo o por el cierre o clausura de otras. Estos aspectos pueden ser registrado por el RUE.

cuadro
7

La Paz-dependencia pública: unidades educativas según área geográfica

Desagregación	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005*
La Paz	3.637	3.614	3.672	3.739	3.877	3.909	3.790	3.838	4.035
Rural	2.985	2.967	2.985	3.032	3.083	3.096	3.072	3.067	3.129
Urbana	652	647	687	707	794	813	718	771	906

Fuente: SIE.
* Corresponde a información preliminar, sin el ajuste que realiza el Ministerio de Educación.

En los últimos años, la oferta educativa se concentró en el nivel primario. En 2005, el 91% de las UE brindó servicios en este nivel, mientras que el 49% atendió el nivel inicial y el 22%, el nivel secundario. En el área rural, el 96% de las UE brindaron educación primaria, mientras que el 50% lo hicieron en el nivel inicial y el 17%, en el nivel secundario. En el área urbana, el 72% de las UE ofrecieron atención en el nivel primario, el 38%, en el nivel secundario y el 46%, en el nivel inicial (SIE, 2005).

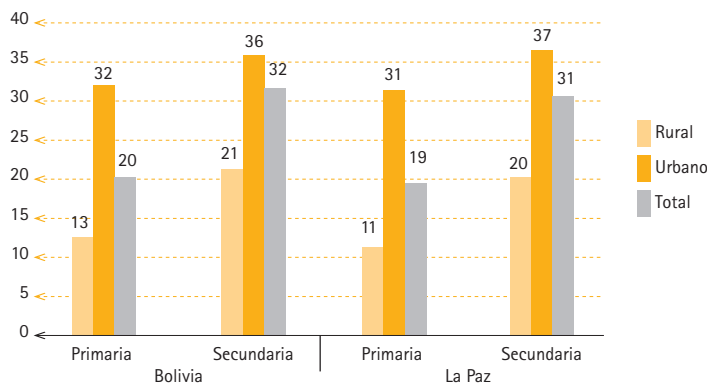
En el área rural, la mayoría de las UE que brindan educación primaria todavía no ofrecen todos los grados de este nivel educativo. En comunidades rurales de La Paz, una parte de las escuelas se organiza por docente multigrado o seccionales, las que no cuentan con oferta completa ni siquiera para el nivel primario, y sólo ofrecen servicios hasta 3° o 5°

grado (Ministerio de Educación, 2005a). Estas escuelas representan aproximadamente el 79% del total en las comunidades rurales.

El incremento de aulas (por construcción o por habilitación de salas en otro turno) fue proporcional al crecimiento de la matrícula en el departamento de La Paz, reflejado en una *relación de alumnos por aula*⁵³ que se mantuvo constante en el periodo 1999-2003, y a partir de 2005 disminuyó levemente. En el área rural la población está más dispersa, por tanto, la cantidad de alumnos en cada aula tendió a ser menor que en el área urbana, alcanzando una razón de 11 alumnos por aula en 2005. Los problemas de hacinamiento fueron mayores en el área urbana, que registró un promedio de 31 alumnos por aula en la misma gestión, poniendo en evidencia una mayor utilización de las aulas, puesto que, además, los edificios escolares tienen más de un turno para atender a la población escolar.

gráfico
32

Dependencia pública: relación alumno aula según nivel de educación y área geográfica (2005)



Fuente: SIE.

En secundaria, en el año 2003, se presentó mayor hacinamiento con relación a la primaria: en el área rural existen en promedio 22 alumnos por aula y en el área urbana, 41 (gráfico 32). Este comportamiento se presenta no necesariamente porque haya más alumnos, sino por la escasa infraestructura escolar en el nivel secundario, que es todavía más escasa en el área rural (*op cit.*).

En La Paz, además de la deficiente calidad de la infraestructura, la relación alumno-aula en secundaria es superior a la recomendada por el RAFUE, aunque en primaria se encuentra dentro de lo establecido⁵⁴. Sin embargo, estas razones son cercanas al promedio nacional y no se registran brechas significativas en comparación con otros departamentos, lo que muestra que las inversiones municipales lograron homogeneizar la infraestructura escolar entre las regiones.

La evaluación sobre la disponibilidad y la calidad de la infraestructura en el departamento permite señalar los siguientes aspectos:

- Si bien la mayoría de los edificios escolares se ubican en el área rural, existen comunidades que carecen de infraestructura debido a la mayor dispersión geográfica. Las comunidades rurales donde funciona una escuela, no necesariamente cuentan con servicios de primaria completos, interrumpiendo la asistencia escolar de niños y niñas.

53 La relación alumno-aula es el cociente entre el número total de alumnos y el número total de paralelos.

54 El Reglamento de Administración y Funcionamiento para Unidades Educativas (RAFUE) establece como número recomendado de alumnos por aula los siguientes niveles: (i) entre 20 y 35 alumnos en el nivel de educación inicial, (ii) entre 30 y 40 en los niveles primario y secundario en población concentrada y (iii) un mínimo de 10 alumnos por aula en el área rural.

- La disponibilidad de locales y unidades educativas para impartir la educación secundaria es menor respecto al nivel primario, principalmente en el área rural. Este hecho ocasiona que los estudiantes no prosigan con los niveles superiores de aprendizaje.
- Una proporción importante de los edificios escolares del departamento no dispone de servicios básicos. Este aspecto puede incrementar el riesgo de contraer enfermedades infecciosas y, por tanto, afectar el rendimiento y asistencia de los niños a la escuela.
- La continuidad de los niños en la escuela depende también del desplazamiento diario desde la unidad educativa hasta el domicilio, y a veces requiere un cambio de residencia a la localidad más próxima a la escuela. En ambos casos, se acrecienta el temor de los padres de familia respecto a la seguridad de los niños, y también aumentan los costos económicos que supone cambiar de residencia⁵⁵. Tales dificultades forman parte de los factores que ocasionan la deserción escolar en el corto o mediano plazo (*op. cit.*).

Los recursos humanos para educación en La Paz, ¿son suficientes y de calidad?

El número de docentes en el servicio escolar público de La Paz se incrementó gradualmente en el periodo 1997-2005: en primaria se incorporaron 3.731 nuevos docentes, y en secundaria, 2.066 maestros. En la gestión 2005, La Paz contó con 27.773 docentes en los dos niveles educativos, de los cuales, el 45% enseña en el nivel de educación primaria (cuadro 8).

cuadro
8

La Paz-dependencia pública: número de docentes según nivel educativo y área geográfica

Desagregación	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
La Paz	21.976	22.356	22.625	23.104	24.045	25.619	26.503	27.192	27.773
Primaria	17.231	17.468	17.656	17.901	18.574	20.565	21.157	21.202	20.962
Secundaria	4.745	4.888	4.969	5.203	5.471	5.054	5.346	5.990	6.811
Rural	9.610	9.779	10.502	10.859	11.494	12.235	12.600	12.401	12.512
Primaria	8.275	8.269	8.829	9.103	9.582	10.402	10.553	10.036	9.796
Secundaria	1.335	1.510	1.673	1.756	1.912	1.833	2.047	2.365	2.716
Urbano	12.366	12.577	12.123	12.245	12.551	13.384	13.903	14.791	15.261
Primaria	8.956	9.199	8.827	8.798	8.992	10.163	10.604	11.166	11.166
Secundaria	3.410	3.378	3.296	3.447	3.559	3.221	3.299	3.625	4.095

Fuente: SIE.

55 Los niños enfrentan ciertos riesgos al recorrer diariamente largas distancias para llegar a la escuela. Asimismo, muchas residencias ofrecidas a los estudiantes no generan suficiente confianza en los progenitores.

56 En Bolivia, en el año 2002 se asignaron 10.128 nuevos ítems financiados con recursos del HIPC II, a través del Fondo Solidario Municipal, creado por la Ley del Diálogo 2000, en aplicación de lo previsto en la EBRP.

57 Se refiere a la asignación anual de horas de trabajo docente para cubrir el crecimiento de la matrícula escolar. Esta asignación depende de la restricción presupuestaria del país, por lo que no necesariamente se cubre todo el requerimiento (MECyD, 2003).

La mayor parte del incremento de docentes de primaria se registró en el año 2002 (10,2% respecto a 2001), debido a la disponibilidad de recursos provenientes del HIPC II⁵⁶. En la gestión 2005 se presentó el mayor incremento de docentes de secundaria (13% respecto al 2004), gracias a los recursos provenientes del ahorro fiscal, en el marco de la política de austeridad del Poder Ejecutivo y a una reasignación de docentes del nivel primario hacia el secundario.

Para el periodo 1997-2005, el número de docentes tanto del área urbana como del área rural del departamento se incrementó en un 34%. En la gestión 2005, el 43,7% de los docentes corresponde al área rural, con una mayor concentración en el nivel primario.

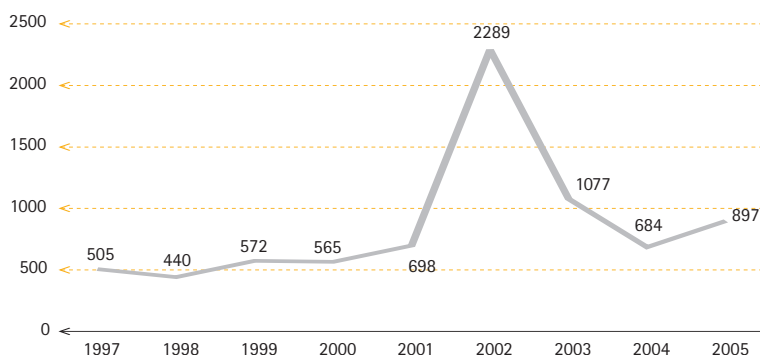
La asignación de horas adicionales por crecimiento vegetativo⁵⁷ para el departamento de La Paz, expresado en ítems de 72 horas, no presenta cambios importantes en el periodo 1997-

2001 (gráfico 33). En 2002, los recursos HIPC II permitieron aumentar dicha asignación hasta 2289 ítems; a partir de 2004, los niveles son similares a los registrados en 1997. En el año 2005, la mayor disponibilidad de recursos fiscales permitió un incremento en la asignación de ítems.

Pese al esfuerzo realizado en la asignación de horas pedagógicas en los últimos años, el déficit de carga horaria⁵⁸ persiste en las unidades educativas públicas del departamento. El déficit histórico acumulado hasta la gestión 2005 para docentes de educación primaria y secundaria alcanzó a 5.067 docentes, expresado en ítems de 72 horas. El 70% de este déficit se concentraba en el nivel de educación primaria.

gráfico
33

La Paz-dependencia pública: asignación anual de horas pedagógicas por crecimiento vegetativo expresado en ítems de 72 horas



Fuente: INE.

En lo que respecta a la formación de los maestros, a partir de 2000, el porcentaje de docentes interinos⁵⁹ de los niveles de primaria y secundaria en La Paz disminuyó (gráficos 34 y 35). En 2005, el 7,4% de los docentes de primaria en el departamento carecía de formación pedagógica, por debajo del promedio nacional (16,4%) en la misma gestión. En secundaria el 7,3% de los docentes no tenía formación, que equivale a 7,2 puntos porcentuales por debajo del promedio nacional.

Entre 2000 y 2005, la disminución lineal por año de la tasa de interinato en el nivel de primaria fue más acelerada en el área rural (23,7%) que en el área urbana (15,9%). Este comportamiento se atribuye a la implementación del Incentivo a la Permanencia en el Área Rural (IPR) a partir del año 2000, que tuvo el objetivo de motivar a los maestros con formación para trabajar en áreas rurales. Este hecho permitió la disminución de las brechas geográficas, y que se encuentren entre las menores respecto al resto de los departamentos a pesar de que la proporción de docentes interinos en áreas rurales es aún mayor respecto a las zonas urbanas.

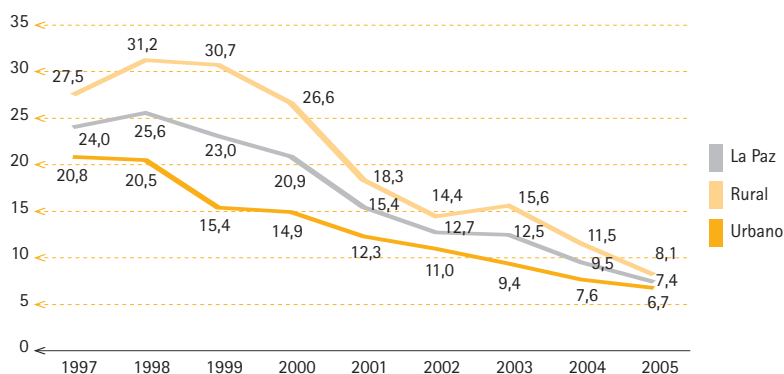
En la educación secundaria se presentó una conducta similar a la de primaria. Entre 1998 y 2005, la disminución lineal de las tasas de interinato rural (38%) fue superior a las tasas de interinato urbano (15,4%), por lo que las brechas geográficas al finalizar 2005 alcanzaron aproximadamente un punto porcentual, resultando superior la tasa de interinato del área urbana.

58 El déficit de carga horaria se define como la diferencia entre el número de horas pedagógicas que se paga actualmente y el número óptimo que debería tenerse. El número óptimo se obtiene al considerar el número de alumnos que se desearía tener por aula y el número de horas que se contempla en la aplicación del nuevo programa curricular.

59 Se refiere a aquellos docentes sin formación pedagógica formal.

gráfico
34

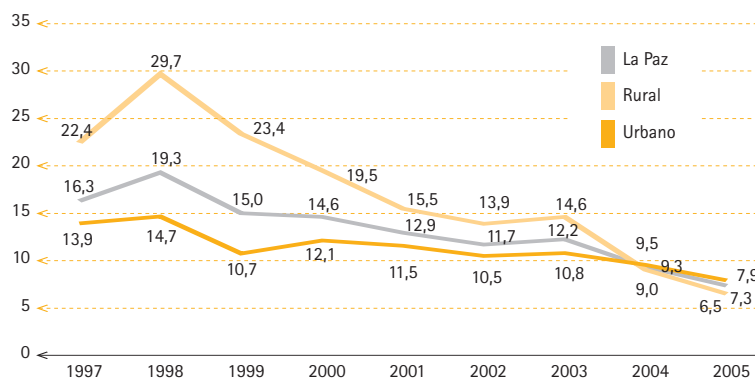
La Paz-dependencia pública: proporción de docentes interinos según área geográfica en el nivel primario



Fuente: INE.

gráfico
35

La Paz-dependencia pública: proporción de docentes interinos según área geográfica en el nivel secundario



Fuente: INE.

La evaluación de los recursos humanos educativos pone en evidencia que la calidad y la cantidad de docentes todavía son deficientes en el departamento, principalmente en áreas rurales, aunque comparada con el promedio nacional, presenta niveles aceptables.

Demanda de servicios educativos

La tasa de culminación de cada grado de primaria difiere según la condición étnica y entre áreas geográficas. En los primeros años de escuela (entre los siete y los 10 años) la mayoría de los niños, sin diferencia de origen étnico, asiste a la escuela. Conforme éstos crecen, se abre una brecha entre niños indígenas y no indígenas, y cuando los niños alcanzan los 14 años, la brecha alcanza su máximo valor. Esta misma conducta se presenta entre áreas geográficas: conforme los niños crecen, la brecha entre zonas urbanas y rurales empieza a au-

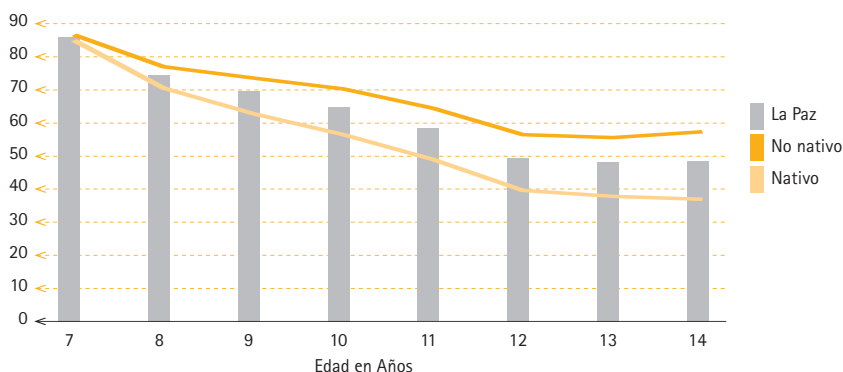
mentar, alcanzando su máximo también a los 14 años. Este comportamiento sugiere que el abandono escolar está relacionado con los niveles socioeconómicos, siendo mayor entre niños que habitan en el área rural y que son de origen nativo (gráficos 36 y 37).

Los estudios cualitativos en algunas comunidades rurales de La Paz (Ministerio de Educación, 2005c) indican que la asistencia escolar de niños y niñas en el área rural depende, en gran medida, de la importancia que los pobladores de la comunidad le den a la educación (mantenimiento de aulas, de ítems y del equipamiento), como símbolo de cohesión y pertenencia colectiva.

La economía familiar campesina, basada principalmente en la escasez de tierras y en los pocos ingresos que éstas generan, es otro aspecto que interrumpe o impide la continuidad de la escolaridad de los estudiantes rurales, ya que ocasiona que algunos miembros del hogar, entre ellos niños y niñas mayores de 12 años, migren definitivamente o temporalmente en busca de oportunidades.

gráfico
36

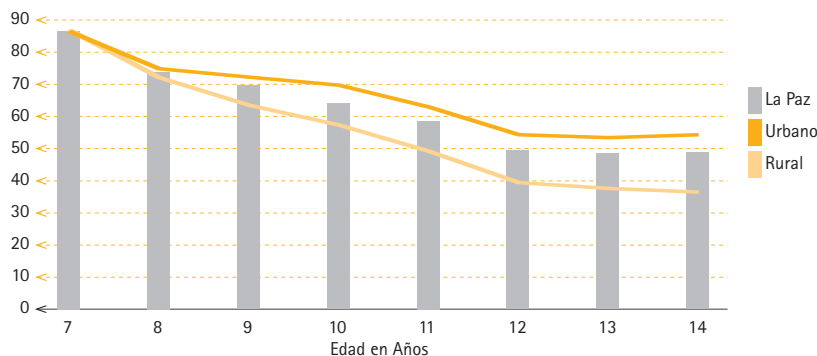
La Paz: niños y niñas que alcanzaron el nivel educativo esperado según grupo étnico



Fuente: Elaboración propia con base en información del CNPV 2001.

gráfico
37

La Paz: niños y niñas que alcanzaron el nivel educativo esperado según área geográfica



Fuente: Elaboración propia con base en información del CNPV 2001.

Este estudio cualitativo pone en evidencia también que el abandono escolar está relacionado con la distancia entre el domicilio de los niños y niñas y los establecimientos educativos. Muchas escuelas de comunidades rurales ofrecen solamente hasta 3° o 4° grado de primaria, y los núcleos escolares que cuentan con todos los grados se encuentran alejados de las poblaciones más dispersas. Esta dispersión de la población impide mantener escuelas con servicios educativos en todos los grados.

La imposibilidad de acceder a los medios de transporte debido a los bajos ingresos económicos familiares o a la inexistencia de alguna conexión vial obliga a los padres a interrumpir la escolarización de los niños. El riesgo de abandono crece en la medida en que aumentan los peligros de acudir diariamente a la escuela y a la incompatibilidad de la escuela con las actividades domésticas que realizan los niños en los hogares (trabajo agrícola, pastoreo y trabajo doméstico).

Las deficiencias en el aula desmotivan tanto a los padres como a los estudiantes y provoca la deserción escolar. Un diseño curricular que no refleje la realidad de los estudiantes provoca una menor valoración de la educación. Por otro lado, el Ministerio de Educación (2005c) ha observado que el principal determinante del abandono escolar tanto en el área rural como en el área urbana es la escasez de recursos económicos de los hogares.

La situación educativa en el departamento de La Paz está afectada por determinantes económicos, sociodemográficos y otros inherentes a la oferta educativa, que generan dificultades para el acceso y permanencia de los niños y niñas a las escuelas.

La oferta educativa en el área rural presenta un déficit de calidad debido a la menor dotación en recursos humanos, infraestructura, metodologías y contenidos curriculares. La existencia de recursos físicos, humanos, financieros y pedagógicos incide en las tasas de culminación de la primaria, pues puede estimular o desestimular la presencia de niños y niñas en la escuela, principalmente de aquellos que habitan en el campo.

El abandono escolar se acelera al final del segundo ciclo de primaria –entre los 10 y 11 años de edad– como consecuencia de una oferta escolar insuficiente, especialmente en el área rural, por la distancia entre la residencia y la escuela y el insuficiente número de docentes. En el área urbana, la situación económica de las familias obliga a los niños y niñas a trabajar desde temprana edad, impidiéndoles completar su escolarización.

Los programas sociales destinados a reducir el abandono escolar temprano deben ser prioritarios en la agenda pública. Debe promoverse esfuerzos para elevar los niveles educativos y reducir el abandono escolar, a objeto de universalizar la educación primaria. El compromiso debe involucrar la acción de los padres de familia, docentes y autoridades en educación de diferentes niveles de gobierno.

Gestión del sector de educación y políticas en curso

En los últimos años, los esfuerzos realizados en el sector de educación se enmarcaron en el Programa de Reforma Educativa (PRE), aprobado mediante la Ley 1565 de 1994, que concluyó su ciclo en mayo de 2006 (UDAPE, 2006). El objetivo principal de esta reforma era mejorar la calidad y la eficiencia de la educación, así como ampliar su cobertura, según las necesidades de la comunidad, garantizando la permanencia de los educandos en el sistema educativo, así como la igualdad de los derechos de hombres y mujeres. La política educativa planteada en ese entonces pretendía ser de carácter integral, abarcando desde la transformación en los aspectos pedagógico-curriculares, institucionales y administrativos del sistema educativo, hasta el reordenamiento del financiamiento del sector en todos los niveles de la educación.

La implementación del PRE se concentró en el nivel primario debido a la escasez de recursos humanos y financieros que enfrentó el sector. El nuevo currículo no logró ser implementado en aula en su totalidad, muchas veces por la resistencia de los maestros al mismo, y en otras, por la débil capacidad institucional para capacitar docentes y dar estricto seguimiento a su trabajo. Problemas similares se presentaron en la aplicación de la educación intercultural bilingüe, que hasta el año 2005 llegó aproximadamente al 30% de las unidades educativas del área rural.

A partir del PRE, y hasta el momento, la gestión en la educación escolarizada en el país tiende a desconcentrarse en los tres ámbitos del Estado: nacional, departamental y local⁶⁰. En el *nivel nacional*, el Ministerio de Educación (ME) tiene la responsabilidad de normar y definir las políticas nacionales del sector en todos los niveles curriculares (inicial, primaria, secundaria y alternativa).

En el *nivel departamental*, las prefecturas, a través de su Secretaría Departamental de Desarrollo Social, están a cargo de la administración, supervisión y control de los recursos humanos y de las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de los servicios personales y no personales de educación, que, sin embargo, continúan siendo insuficientes, por lo que cuentan con el apoyo del ME.

Para una mejor implementación del PRE, en 1998 se crearon los servicios departamentales de educación (SEDUCA) como órganos operativos y desconcentrados de las prefecturas de departamento. En el marco normativo y de las políticas del ME y las emitidas por la prefectura, la misión fundamental del SEDUCA es la administración de la educación pública (transferencia de currículo y distribución de material didáctico) y el control de la privada en el ámbito de su jurisdicción territorial. Dentro de su estructura orgánica, los SEDUCA cuentan con las direcciones distritales de educación como sus unidades desconcentradas, con la responsabilidad de operativizar las políticas nacionales y departamentales, designar al personal docente y de apoyo del director de cada unidad educativa y canalizar las demandas locales. Los SEDUCA tienen la responsabilidad de formular el Plan Departamental de Educación tomando como base los planes distritales de educación, y de actuar como articuladores del nivel central con el local, funciones que no se realizan a cabalidad (Czerniewicz, 2005).

En el *nivel local*, los gobiernos municipales (GM) están a cargo de la supervisión del desempeño de las autoridades educativas, directores y personal docente, y tienen la potestad de proponer a la autoridad educativa departamental y de pedir su remoción del cargo. Las leyes de Descentralización Administrativa y de Participación Popular otorgan a los GM responsabilidades para la administración de las unidades educativas, garantizando los recursos de inversión y funcionamiento en el ámbito de su jurisdicción, para la construcción, equipamiento y mantenimiento de la infraestructura educativa.

En el ámbito local funcionan también los núcleos educativos⁶¹ y las unidades educativas. Los primeros tienen la responsabilidad de optimizar el uso de los recursos humanos, materiales y financieros del servicio de educación pública, así como de mejorar el funcionamiento de las unidades que comprenden el núcleo. Los últimos se encargan de las funciones de aprendizaje y enseñanza en los ciclos educativos.

Con la finalidad de fortalecer la gestión educativa en los ámbitos departamental y municipal, así como de las organizaciones educativas, en febrero de 1999 se puso en marcha el Proyecto de Fortalecimiento de la Calidad y Equidad de la Educación (PFCEE), a través de los siguientes instrumentos que deberían permitir desarrollar una mejor la gestión educativa: (i) Plan de Desarrollo Educativo Departamental, (ii) Programa Municipal de Educación (PROME), y (iii) Proyectos Educativos en tres modalidades: proyectos educativos de

60 Esquematización presentada en Czerniewicz, 2005, pp. 34 y ss.

61 Un núcleo corresponde a una unidad socioeconómica o sociocultural local en el área rural y al barrio en el área urbana. El núcleo está compuesto por una unidad educativa central y por unidades educativas seccionales, cuyo número se establece en función de la densidad y la dispersión demográfica.

núcleo -PEN, proyectos educativos de red -PER y proyectos educativos indígenas -PEI. Sin embargo, estos proyectos fueron manejados centralmente y con insuficiente definición de responsabilidades a nivel departamental.

En el año 2005 se dio otro impulso a la desconcentración del sector educativo con la aprobación del D.S. 28421, referido a la redistribución del impuesto directo a los hidrocarburos y la asignación complementaria de competencias operativas a las prefecturas y a los gobiernos municipales.

Diferentes estudios (Lizárraga, 2006 y De Jong *et al.*, 2005) encuentran que, pese a los esfuerzos realizados, el funcionamiento de este sistema educativo desconcentrado no es muy fluido y que las funciones de los diferentes niveles no quedan muy claras. Se observan inconsistencias en objetivos e instrumentos que hacen a la gestión integral y calidad educativa, por lo que es necesario reajustar las lógicas funcional y territorial de este sistema.

En julio de 2004, se iniciaron los congresos sectoriales de educación (alternativa, secundaria, técnica y otras) y los congresos departamentales de educación en cada uno de los departamentos de Bolivia (excepto en La Paz, por la resistencia del Magisterio Urbano), para realizar una evaluación técnico-pedagógica y financiera de los 10 años del PRE. Después de varias postergaciones, estas reuniones y sus respectivos resultados desembocaron en julio de 2006 en el Congreso Nacional de Educación (CNE), con la participación de representantes de las instituciones civiles y gubernamentales y de organizaciones laborales y populares. En el CNE se puso en consideración un nuevo modelo educativo, plasmado en el anteproyecto de la nueva Ley de Educación “Avelino Siñani y Elizardo Pérez”.

El marco filosófico y político de este anteproyecto de ley, de 106 artículos, establece que la educación debe ser *universal* porque atenderá a todos los habitantes del Estado; *única* en su calidad y contenido curricular básico y *diversa* en su aplicación y pertinencia a cada contexto geográfico, social, cultural y lingüístico. Este nuevo modelo enfatiza el rescate de las sabidurías culturales nativas, la incorporación de las mismas en el proceso educativo a todo nivel y la participación comunitaria popular en la toma de decisiones “en el proceso educativo en todos sus niveles”.

Las políticas y estrategias en materia de educación escolarizada planteadas dentro de este nuevo marco normativo se centran en: (i) la transformación de todo el sistema educativo nacional a través de la reglamentación de la estructura curricular, la gestión educativa y la participación social, de tal manera que exista mayor compatibilidad con las características culturales y productivas locales; (ii) la mejora de calidad de la educación, a través del fortalecimiento de los diseños curriculares y las ofertas académicas de los institutos de formación docente, en los que se incluye la profesionalización de profesores interinos; (iii) la priorización de escuelas productivas y saludables, orientada a la dotación de infraestructura, equipamiento y mantenimiento de centros educativos de formación técnica, tecnológica y universitaria.

Actualmente, el proyecto de ley se encuentra en revisión en el Congreso. Mientras tanto, el Ministerio de Educación se basa en el Programa Operativo Multianual (POMA) 2004-2008, que consiste en un plan estratégico del sector que sirve como base preliminar para negociar nuevos recursos financieros con la cooperación internacional. Adicionalmente, el gobierno nacional ha implementado una política de transferencia condicionada denominada “Bono Juancito Pinto”, que consiste en el pago de Bs. 200 a escolares que cursan del 1º al 5º de primaria en las unidades educativas públicas rurales y urbanas. Se considera que esta política, además de complementar los ingresos de los hogares, podría tener un efecto positivo en la permanencia de los niños y niñas en la escuela.

En lo que respecta a las políticas educativas departamentales, la Prefectura de La Paz propone en el PDDES 2006-2010 la denominada *La Paz solidaria* es una línea de políticas, dirigida a mejorar en el departamento las condiciones sociales, la calidad de vida, la superación de los problemas de exclusión social, el avance hacia un desarrollo humano sustentable en un marco democrático y de respeto a los derechos humanos. Además, focaliza acciones públicas para el cumplimiento de los ODM en tres sectores sociales: educación, salud y saneamiento básico. *La Paz descentralizada* es otra política que plantea establecer un sistema de administración descentralizada que permita mejorar la cobertura y calidad de los servicios de educación, salud y saneamiento básico con responsabilidades compartidas entre el gobierno nacional, los departamentos y los municipios.

Los programas en educación están alineados con la política nacional y hacen hincapié en los siguientes componentes: (i) Alfabetización en informática, dirigido a estudiantes del sistema fiscal, dotando de equipos de computación a las unidades educativas del nivel primario y secundario; (ii) Bono Esperanza, con un valor estimado de Bs. 200, para los alumnos de los ciclos primarios y secundarios de la educación fiscal, priorizando los grados y la población donde se identifica mayor deserción escolar; (iii) Alimentación complementaria escolar, en las unidades educativas municipales, con recursos concurrentes; (iv) Escuelas participativas, dirigido a incentivar el trabajo docente en las escuelas, mediante la implementación de mobiliario y medios auxiliares para el aula y (v) el Seguro Escolar, para la atención de problemas de salud de los estudiantes, a través de los centros de salud pública y convenios con instituciones privadas y organizaciones no gubernamentales

Para el cumplimiento del ODM de educación universal, la prefectura deberá dirigir sus políticas a incrementar la cobertura educativa; mejorar la calidad de los servicios educativos, incluyendo infraestructura, equipamiento y currículo, en coordinación con los gobiernos municipales y nacional; incentivar la permanencia escolar no sólo de los alumnos sino también de los docentes del área rural; y promover programas de desarrollo socioeconómico especialmente dirigidos al área rural, para evitar la migración, que es uno de los problemas de deserción escolar.

PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE GÉNEROS Y EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER

El ODM-3 tiene como objetivo el logro de la igualdad de género y autonomía de la mujer. Las metas definidas para este objetivo en la Declaración del Milenio se orientan a la eliminación de la desigualdad entre géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para el año 2015. La orientación de las metas está concentrada en la igualdad de capacidades y en la acumulación de capital humano, dejando de lado otros temas relativos a oportunidades, mercado de trabajo, violencia doméstica, participación política y en los estratos de toma de decisiones en los niveles públicos de gobierno.

Además de mejorar las condiciones de vida de la población, el logro de este objetivo contribuye a igualar las oportunidades para ambos sexos, tanto en el acceso a servicios sociales y acumulación de capital humano, como a la equidad en el acceso a mercados de trabajo. Por otra parte, ha quedado claramente establecido que el logro de este objetivo genera condiciones favorables⁶² que contribuyen a alcanzar otros objetivos de desarrollo, tales como la reducción de pobreza, la educación universal, la reducción de la mortalidad infantil y la mejora en la salud materna, y condiciones favorables para el desarrollo de niños y niñas.

62 Estudios del Banco Mundial, el BID y el National Bureau of Economic Research (NBER) demostraron estadísticamente las externalidades positivas que genera la educación y capacitación de las mujeres en temas relacionados con salud, educación y reducción del trabajo infantil.

En Bolivia, el CIMDM definió dos indicadores para el seguimiento del ODM 3: (i) la brecha de género en la TTB8P y (ii) la brecha de género en la tasa de término bruta a 4° de secundaria. Al margen de que los indicadores pueden dar una idea sobre las desigualdades de género, es evidente que no se debe perder de vista la integralidad de los problemas de género en Bolivia, que por su naturaleza no se limitan al sistema educativo o la formación de capital humano (véase recuadro 6).

recuadro
6

Principales problemas de género en Bolivia

Entre los principales problemas que determinan de manera específica la pobreza de las mujeres bolivianas, la CEPAL identificó al menos cinco elementos que obstaculizan el avance hacia la igualdad de género y que limitan el empoderamiento de la mujer:

1. EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Para evaluar el grado en que las mujeres ejercen los derechos sexuales y reproductivos se utiliza el indicador de "fecundidad no deseada". Los resultados muestran que las mujeres bolivianas tienen más hijos de los que desearían tener. Si tuvieran sólo los hijos que desean, la tasa global de fecundidad sería 40% menor que la observada.

Las altas tasas de fecundidad determinan la alta prevalencia de desnutrición y mortalidad infantil. Los indicadores muestran que los niños que ocupan el cuarto lugar en el orden de nacimientos tienen una considerable mayor probabilidad de desnutrición y mayor riesgo de muerte antes de los cinco años. La elevada fecundidad tiene también relación con mayores tasas de mortalidad materna.

2. VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia contra la mujer ejercida por la pareja es una manifestación extrema de la desigualdad de género que obstaculiza el empoderamiento de la mujer. La violencia contra la mujer por razones de género es un problema generalizado en Bolivia y en la mayoría de los países de la región. No afecta únicamente a las mujeres bolivianas más pobres, pero éstas tienen menores posibilidades de reconocer y enfrentar el problema. Es indispensable hacer visibles los problemas de violencia para diseñar acciones que permitan erradicarla.

3. TRABAJO

Las mujeres bolivianas, en especial las más pobres, soportan cargas de trabajo más pesadas, debido a la res-

ponsabilidad que recae sobre ellas con las tareas domésticas, agravada por las condiciones socioeconómicas precarias —por ejemplo, cocinan con leña, lavan ropa propia y ajena a la intemperie, cuidan a sus hijos y a los enfermos de la familia—. Al trabajo no remunerado, se añade el trabajo en actividades productivas diferentes a las domésticas, muchas veces como trabajador familiar no remunerado o con remuneración en especie. La inserción de las mujeres en el mercado de trabajo es precaria, enfrentan segregación y se concentran en empleos del sector informal con remuneraciones inferiores a las que perciben los varones.

La contribución que realizan las mujeres pobres en el trabajo doméstico generalmente está subvalorada. No se puede perder de vista que el ahorro que conlleva el trabajo de la mujer permite a muchos hogares mantener niveles de consumo básicos.

4. ACCESO A RECURSOS PRODUCTIVOS

El menor acceso de las mujeres a la propiedad de la tierra, al crédito y la tecnología es un problema que afecta sus oportunidades para desempeñarse como pequeñas empresarias en actividades con rentabilidad suficiente para sobrevivir en condiciones humanas dignas.

5. DESIGUALDAD Y EDUCACIÓN, EJE FUNDAMENTAL PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DEL MILENIO

Las diferencias en niveles educativos reflejan la estratificación social y se consideran un resultado de la inserción social. En sociedades estratificadas, una mayor educación de la población no tiene una clara relación con el poder económico y político. El aumento en los niveles de instrucción de las mujeres bolivianas, especialmente las más jóvenes, no estuvo acompañado por un acceso igualitario a empleos de mayor jerarquía, prestigio e ingresos, ni en mayor representación política, ni en el acceso a los recursos productivos.

Fuente: CEPAL, 2005a.

Brecha de género en la tasa de término bruta a 8° de primaria

La brecha de género en la tasa de término bruta a 8° de primaria (TTB_{8P}) se define como la diferencia expresada en puntos porcentuales entre la tasa de término bruta de niños y niñas en primaria. Si la brecha resulta en una diferencia negativa, significa que existe un mayor porcentaje de mujeres que concluye la escuela en comparación con los hombres, mientras que una diferencia positiva significa lo contrario. La fuente de información para la construcción de este indicador, así como la periodicidad de cálculo y su representatividad, son las mismas que se definieron para la cobertura neta de primaria y la TTB_{8P}.

cuadro
9

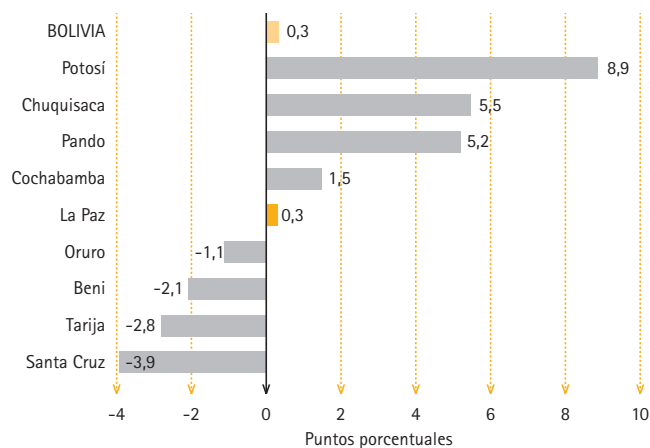
La Paz: brecha de género en la tasa de término bruta a 8° de primaria

Indicador	Nacional		Meta de desarrollo del milenio	Departamento de La Paz	
	1990 ⁽¹⁾	Año más reciente 2005		Observado 2001 ⁽²⁾	Año más reciente 2005
<i>Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer.</i>					
<i>Meta 3.1: Eliminar la disparidad de géneros en la educación primaria y secundaria, preferentemente para 2005 y en todos los niveles de educación no más tarde de 2015.</i>					
Brecha de género en la tasa de término bruta a 8° de primaria (puntos porcentuales)	6,6 (1992)	0,3	0,0	5,6	0,3

Fuente: Elaboración propia con base en información del SIE.
Nota: (1) La Declaración del Milenio estableció 1990 como año base para los ODM, sin embargo, para el caso de Bolivia se cuenta con información a partir de 1992.
(2) Para este indicador se dispone información desagregada por departamento desde el año 2001.

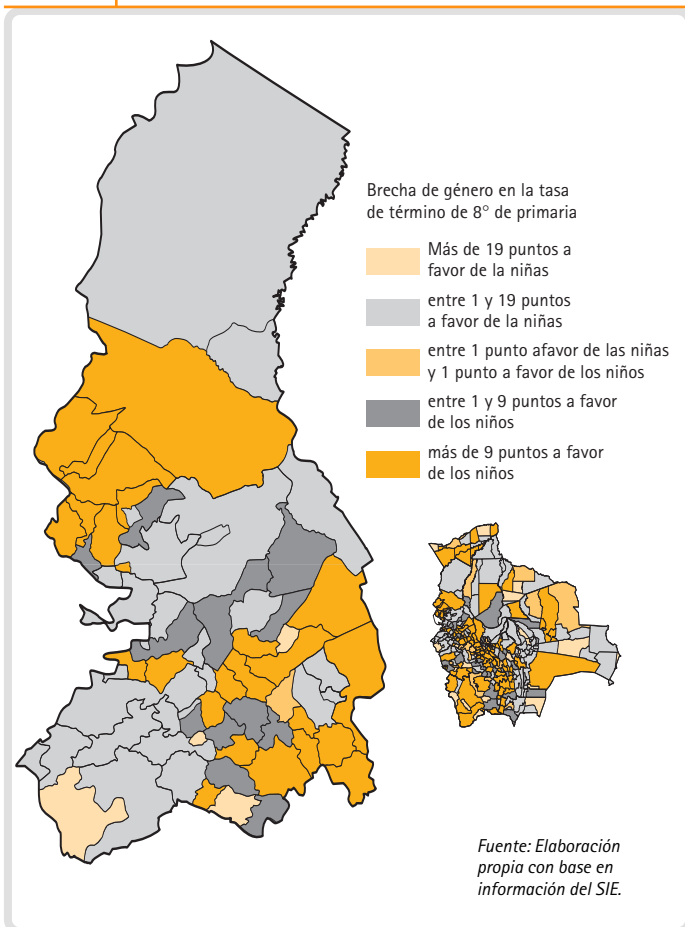
gráfico
38

Brecha de género en tasa de término bruta a 8° de primaria según departamento (2005)



Fuente: Elaboración propia con base en información del SIE.

La Paz: brecha de género en tasa de término bruta a 8° de primaria según municipio, 2005



En el departamento de La Paz, la brecha de género en la TTB_{gp} fue de 0,3 puntos porcentuales a favor de los varones en el año 2005, valor que coincide con el promedio nacional. Esta situación posiciona al departamento en el primer puesto en términos de este indicador, tanto en el valor absoluto como en la mejora que ha presentado a lo largo del tiempo. Por tanto, se observa un importante esfuerzo en el acceso y término de la educación primaria con relación a género.

Los resultados observados revelan que los aumentos de cobertura derivados de iniciativas como la Reforma Educativa lograron privilegiar no sólo el acceso y retención de los niños, sino también el de las niñas. El progreso hacia la universalización en el acceso a la educación primaria estuvo acompañado por una reducción en la brecha de género en primaria (ODM-3), de manera que la mayor oferta educativa primaria fue aprovechada de igual manera por los niños y por las niñas del departamento. En la actualidad, esta brecha se halla prácticamente cerrada en La Paz (cuadro 9).

En la comparación departamental, se observa que La Paz es el departamento con mayor equidad de género en término de primaria, seguido de cerca por Cochabamba y Oruro. Estos tres departamentos son los que presentan una brecha de género considerablemente más pequeña respecto de los otros departamentos, cuyas brechas son mayores a dos puntos (véase gráfico 38).

La desagregación geográfica del indicador muestra que para el año 2005 los municipios corres-

pondientes a las provincias de Franz Tamayo, (región amazonía), Saavedra, Muñecas y Camacho (región Altiplano Norte) y partes de Inquisivi, Loayza y Sur Yungas (regiones Amazonia, Valles Sur y Yungas, respectivamente), así como Ingavi (región Altiplano Sur), son las que presentaron las mayores brechas de género favorables a los niños, dado que la brecha es mayor a nueve puntos. En el otro extremo, se hallan los municipios de Charaña, Waldo Ballivián y Chulumani (regiones Altiplano Sur y Yungas), que presentaron brechas de género notablemente favorables a las mujeres (más de 19 puntos porcentuales). Sólo el municipio de Cairoma (región Valles Sur) tuvo una brecha casi cerrada. Si a esto se suma el hecho de que los municipios de la región metropolitana presentaron brechas favorables a los hombres pero de una magnitud relativamente pequeña (entre 1 y nueve puntos), es evidente que en el departamento se configura un escenario de significativa heterogeneidad en materia de equidad de género en la primaria (véase mapa 4).

Las diferencias intradepartamentales para este indicador no revelan el mismo patrón observado para indicadores como pobreza y educación, por lo que los estudios acerca de los determinantes de matriculación, retención y término en el ciclo primario de La Paz precisan ser profundizados para obtener un sustento pormenorizado para las intervenciones de política pública.

Brecha de género en la tasa de término bruta a 4° de secundaria

La brecha de género en la tasa de término bruta a 4° de secundaria se define como la diferencia de puntos porcentuales entre la tasa de término bruta de hombres y la de mujeres en secundaria. Es decir, mide la diferencia entre la proporción de hombres y mujeres que lograron aprobar el 4° de secundaria del total de personas que se hallan en la edad correspondiente al término de secundaria (17 años).

La fuente de información para la construcción de este indicador es el Sistema de Información Educativo (SIE), dependiente del Ministerio de Educación. Al igual que la brecha de género en el nivel primario, las estimaciones de la proyección poblacional por grupos de edad son la limitante más importante en la construcción de este indicador. La periodicidad del indicador es anual y la información nacional puede ser desagregada desde el ámbito nacional hasta los municipales.

A pesar de que la brecha de género en secundaria en el ámbito nacional es pequeña en relación con otros países, se debe tomar en cuenta que este promedio general oculta notables diferencias entre departamentos. Mientras que La Paz y Pando exhiben brechas favorables a los hombres, los otros siete departamentos indican que la situación es favorable a sus pares femeninos. Este comportamiento heterogéneo en los departamentos pone de manifiesto la necesidad de estudiar con mayor detalle la causalidad en cada región, de manera de obtener bases sólidas al momento de diseñar e implementar intervenciones diferenciadas de política pública educativa con enfoque de género.

En el caso de La Paz, en 1992 la brecha era de 11,1 puntos porcentuales a favor de los hombres y se redujo a 8,9 puntos porcentuales en 2001. La última observación indica que en 2005 la brecha en la tasa de término bruta a 4° de secundaria era de 5,1 puntos porcentuales, lo que estaría indicando que, pese a que la diferencial es una de las más altas del país, su comportamiento fue declinando consistentemente en el tiempo, aunque a un ritmo notoriamente lento en comparación con otros departamentos (véase cuadro 10). En todo caso, la enorme brecha observada en secundaria en comparación con los indicadores en primaria da cuenta de los problemas del sistema educativo paceño en su tarea de retener a los educandos en ese nivel.

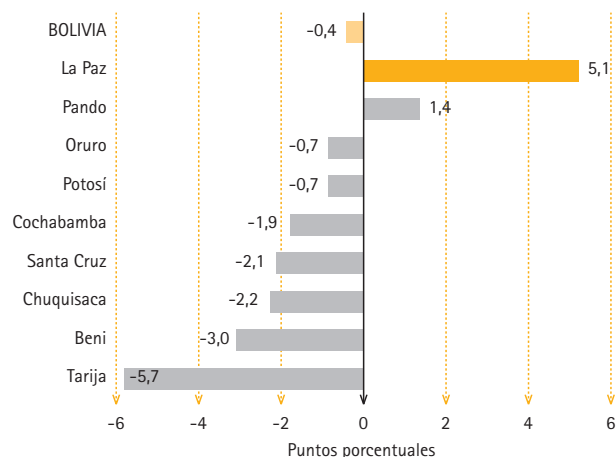
cuadro
10

La Paz: brecha de género en la tasa de término bruta a 4° de secundaria

Indicador	Nacional		Meta de desarrollo del milenio	Departamento de La Paz	
	1990 ⁽¹⁾	Año más reciente 2005		Observado 2001 ⁽²⁾	Año más reciente 2005
<i>Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer.</i>					
<i>Meta 3.1: Eliminar la disparidad de géneros en la educación primaria y secundaria, preferentemente para 2005 y en todos los niveles de educación no más tarde de 2015.</i>					
Brecha de género en la tasa de término bruta a 4° de secundaria (puntos porcentuales)	3,4 (1992)	-0,4	0,0	8,9	5,1

Fuente: Elaboración propia con base en información del SIE.
 Nota: (1) La Declaración del Milenio estableció 1990 como año base para los ODM, sin embargo, para el caso de Bolivia se cuenta con información a partir de 1992.
 (2) Para este indicador se dispone información desagregada por departamento desde el año 2001.

Brecha de género en la tasa de término bruta a 4° de secundaria, según departamento (2005)



Fuente: Elaboración propia con base en información del SIE

La Paz ocupa el octavo lugar en la cercanía a la brecha nula, sólo por debajo, en términos absolutos, de Tarija. Cabe destacar que el departamento muestra la brecha más alta favorable a los hombres y que sólo el departamento de Pando presenta este tipo de comportamiento (véase gráfico 39).

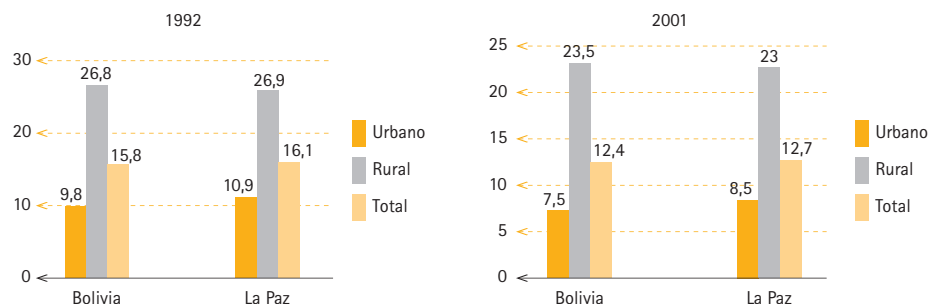
Indicadores complementarios

El análisis de las metas identificadas por el CIMDM puede ser complementado con otros indicadores, buscando analizar con mayor detalle la situación de género en el departamento de La Paz. Pese a que la información que se presenta a continuación no forma parte de los indicadores de la línea de base de ODM, es importante ampliar la evaluación, trascendiendo la información únicamente circunscrita a tasas de término. Para tal efecto, se seleccionaron indicadores relacionados con el alfabetismo, matriculación y abandono escolar y la situación laboral.

La brecha de género en la tasa de analfabetismo de adultos en el departamento es significativa, a pesar de que fue disminuyendo desde comienzos de la década pasada. En 1992 la brecha era de 16,1 puntos porcentuales, superior al promedio nacional de 15,8 puntos porcentuales (véase gráfico 40). En 2001, la brecha en el departamento de La Paz se redujo a 12,7 puntos porcentuales, aunque seguía manteniéndose ligeramente superior al promedio nacional. Pese a las mejoras, tanto en el ámbito nacional como en el departamental, es preocupante observar que estas brechas ocultan diferencias notables entre las áreas urbana y rural; en esta última las brechas no fueron inferiores a 20 puntos, ni en el departamento ni el ámbito nacional.

En cuanto a la cobertura, se observa que en La Paz la brecha de género en la tasa de matriculación en primaria fue reduciéndose desde 1997 hasta 2005, pasando de 5,86 puntos a favor de los varones a 1,2 puntos favorables a las mujeres. Cabe resaltar que el esfuerzo de reducción de esta brecha en el departamento fue notable, pues pasó de estar por encima del promedio en 1997, a niveles inferiores al promedio en 2005. En cuanto a secundaria, se observa que el departamento muestra brechas notablemente superiores al promedio nacional en todos los años analizados. En efecto, la matriculación de varones en el 2005

La Paz: brecha de género en tasa de analfabetismo (15 y más años), según área geográfica



Fuente: CNPV 1992; CNPV 2001.

fue 8.8 puntos más alta que la de mujeres, diferencia que, pese a haberse reducido desde 1997, aún es una de las más altas en el país (véase cuadro 11).

La baja permanencia de los educandos en el sistema educativo se observa también a partir de las tasas de abandono y las diferencias de género en este indicador. En promedio, el departamento tiene brechas de abandono en primaria que son inferiores al promedio nacional, además de presentar una tendencia decreciente en el tiempo (véase cuadro 12). En el nivel secundario, las brechas del departamento se amplían en comparación con el nivel primario, aunque son ligeramente inferiores al promedio nacional en el año 2005. El efecto combinado de las diferencias en analfabetismo, matriculación y abandono revelan las desventajas de las mujeres para acumular capital humano e ingresar a la vida laboral.

Dadas las diferencias de género en materia de educación y acumulación de capital humano, es evidente que al llegar al mercado de trabajo, hombres y mujeres no tienen las mismas oportunidades, lo que contribuye a la presencia de diferenciales de ingreso en contra de las mujeres.

Brecha de género en la tasa bruta de matriculación, según nivel educativo (en puntos porcentuales)

Nivel de Educación	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Primaria									
Bolivia	(4,93)	(3,89)	(3,18)	(2,92)	(2,04)	(1,92)	(1,61)	(1,64)	(1,16)
La Paz	(5,86)	(4,03)	(2,91)	(2,08)	(0,23)	(0,46)	0,01	0,68	1,2
Secundaria									
Bolivia	(5,87)	(5,27)	(5,08)	(5,03)	(5,81)	(6,03)	(5,66)	(4,67)	(4,19)
La Paz	(14,73)	(14,20)	(12,64)	(12,51)	(12,44)	(11,61)	(10,41)	(9,8)	(8,8)

Fuente: INE, 2005a; SIE.

Nota: Las cifras entre paréntesis indican que el valor es negativo, por tanto, la tasa de matriculación bruta de mujeres es menor que la de varones. En cambio, las cifras sin paréntesis señalan que la matriculación bruta de mujeres es más alta que la de varones.

Brecha de género en la tasa de abandono, según nivel educativo (en puntos porcentuales)

Nivel de Educación	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Primaria									
Bolivia	(0,87)	(0,83)	(0,56)	(0,54)	(0,52)	(0,43)	(0,34)	(0,43)	(0,45)
La Paz	(0,68)	(0,63)	(0,65)	(0,47)	(0,48)	(0,26)	(0,22)	(0,28)	(0,28)
Secundaria									
Bolivia	(3,54)	(3,13)	(2,70)	(2,32)	(1,91)	(1,76)	(1,69)	(2,08)	(1,97)
La Paz	(3,16)	(2,68)	(2,87)	(2,57)	(2,15)	(1,85)	(1,38)	(1,95)	(1,33)

Fuente: INE, 2005a; SIE.
Nota: Las cifras entre paréntesis indican que el valor es negativo, por tanto, la tasa de matriculación bruta de mujeres es menor que la de varones. En cambio, las cifras sin paréntesis señalan que la matriculación bruta de mujeres es más alta que la de varones.

Otra área complementaria en el análisis de género se circunscribe al ámbito laboral. Las brechas de género se evidencian con mayor nitidez al observar los ingresos laborales de trabajadores según el sexo. Los datos para Bolivia revelan que las mujeres obtienen como ingreso promedio mensual un 60% del ingreso percibido por los varones; en áreas rurales, las mujeres reciben retribuciones económicas que oscilan entre un tercio y el 40% del ingreso masculino (INE, 2005a). Las diferencias de ingreso no sólo se atribuyen a distintos niveles de educación, sino que también están determinadas por la discriminación salarial en contra de las mujeres. Este aspecto implica no sólo que las mujeres tienen una inserción laboral más precaria, sino que también perciben retribuciones menores para los mismos niveles de educación que los varones.

En el departamento de La Paz los ingresos laborales de las mujeres representan el 53,7% del ingreso de los varones en el año 2001, revelando una diferencia menor respecto al promedio nacional (49,4%). Las diferencias de ingresos están determinadas por los menores niveles de capital humano de las mujeres y por la discriminación salarial en su contra en el mercado de trabajo. Varios estudios sobre las diferencias salariales entre hombres y mujeres revelan que las diferencias de ingresos atribuidas a la educación y experiencia explican más de un tercio de la diferencia salarial total, mientras que el resto, que podría ser atribuido a la discriminación⁶³, representa dos tercios de la diferencial en ingresos⁶⁴.

La diferencia de ingresos oculta una brecha amplia entre áreas urbanas y rurales. Mientras que en el área urbana paceña la diferencia sigue siendo levemente menor que el promedio departamental, en áreas rurales la diferencia de ingresos es significativamente mayor (el ingreso femenino representa sólo el 47% del masculino) (véase cuadro 13). Aunque en todos los casos las diferencias son menores que los promedios nacionales, es evidente que cualquier política orientada a promover la equidad económica de género debe orientarse a diseños que prioricen las áreas rurales, con especial énfasis en la generación de ingresos no agrícolas.

Desde el punto de vista de la inserción laboral de las mujeres, se observa que éstas se concentran en ocupaciones con menores ingresos. Una proporción elevada de mujeres trabaja en empleos del sector familiar y el servicio doméstico, que constituyen segmentos con menores remuneraciones y condiciones laborales más precarias en términos de cantidad de horas trabajadas, eventualidad, acceso a la seguridad social y otros beneficios laborales.

63 Las diferencias atribuidas a discriminación son aquellas que no pueden ser explicadas por diferencias en las características de las personas (educación y experiencia, entre otros).

64 Estudios elaborados por Pérez de Rada, 1997; Escalante, 2002; Andersen, 2003; MEC, 2005 y Muriel, 2006.

cuadro
13

La Paz: ingreso promedio mensual según sexo, 2001 (en Bs.)

Ingreso promedio mensual	Total	Hombres	Mujeres	Diferencia de porcentaje (como proporción de salario masculino)
Bolivia	485,9	639,8	316,2	49,4
Urbano	698,5	912,2	466,9	51,2
Rural	182,7	258,8	96,7	37,4
La Paz	487,0	628,0	337,4	53,7
Urbano	670,2	856,7	471,2	55,0
Rural	173,8	234,0	110,5	47,2

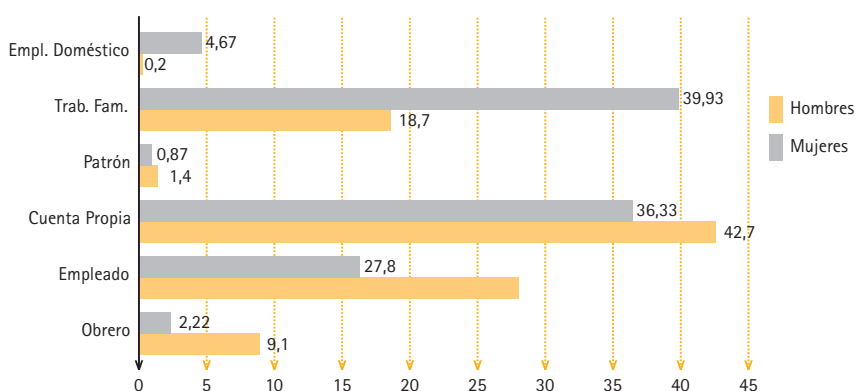
Fuente: Elaboración propia con base en encuestas de hogares 1999-2001.

En el departamento de La Paz, la mano de obra femenina se hallaba en las categorías de cuenta propia y trabajador familiar⁶⁵ (entre ambas categorías, abarcan a más del 76% de la población ocupada femenina). En contraposición, categorías tales como obrero, empleado o patrón presentaban una menor participación femenina. Adicionalmente, la categoría de empleado domestico estaba constituida casi en su totalidad por mujeres (gráfico 41).

Los empleos en los sectores extractivos, industriales y de servicios financieros tienen una concentración laboral masculina mayor al promedio, mientras que actividades como la agropecuaria, el comercio y los servicios presentan una participación femenina mayor que el promedio. Esto confirma la precaria inserción laboral femenina en actividades con mayor asociación con la economía familiar o informal y con peores condiciones laborales (véase gráfico 42).

gráfico
41

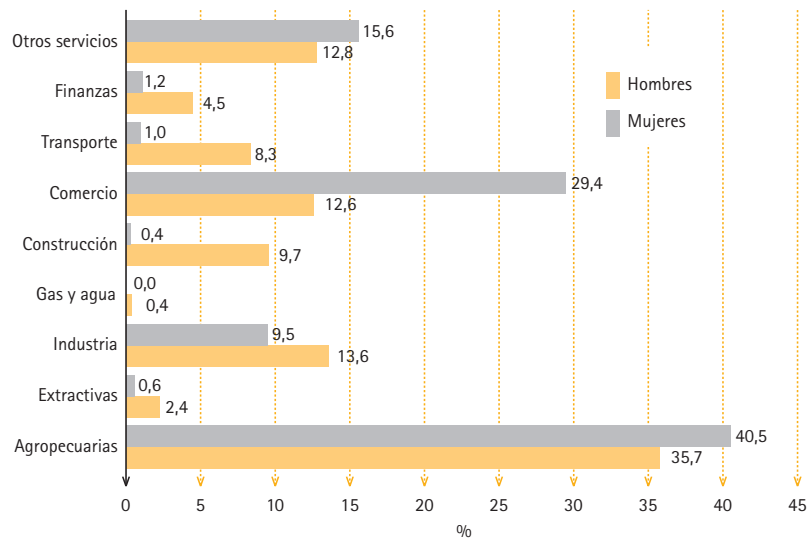
La Paz: población ocupada por sexo, según categoría ocupacional (1999-2001)



Fuente: Elaboración propia con base en encuestas de hogares 1999-2001.

65 Ambas categorías conforman el sector familiar del mercado de trabajo.

La Paz: población ocupada por sexo, según actividad (1999-2001)



Fuente: Elaboración propia con base en encuestas de hogares 1999-2001.

Determinantes de las brechas escolares

Los indicadores analizados y el grado de cumplimiento del ODM-3 revelan que la situación del departamento en materia educativa es paradójica, pues se halla en niveles expectables en la educación primaria, pero en una situación de desventaja relativa en la educación secundaria. A pesar de que se observa una mejora de la situación de las mujeres en cuanto a matriculación, abandono y término en los diferentes niveles educativos, éstas enfrentan una situación adversa en los hogares y respecto a la oferta educativa. El estudio más actualizado sobre los determinantes de permanencia y abandono escolar femenino en La Paz fue preparado por el Ministerio de Educación (2005c). Este estudio se realizó en 18 municipios, aplicando técnicas tanto cualitativas como cuantitativas, a objeto de lograr una idea precisa de las razones de la asistencia de las niñas a la escuela y las de su abandono (recuadro 7).

Los resultados del mencionado trabajo revelan que las causas de abandono escolar femenino guardan relación con al menos tres grandes factores: (i) factores económicos, que fuerzan a niños y niñas al abandono y la migración, (ii) falta de oferta educativa para promover la retención femenina y (iii) aspectos culturales y percepciones sociales que vulneran la asistencia y retención de las niñas en las escuelas.

Los factores económicos en los hogares de áreas rurales de La Paz configuran una situación social precaria; en ellas el trabajo asalariado de los niños y niñas aparece como parte indispensable de la subsistencia del hogar. A esto se suma el fenómeno de la migración, temporal o definitiva, que coloca a los niños en situaciones vulnerables con relación a su asistencia a la escuela. Por otra parte, el retorno económico de la educación de una mujer es muy bajo debido a: (i) la baja probabilidad de su inserción laboral, explicada en gran parte por las características del propio mercado de trabajo temporal, que no ofrece posibilidades para mujeres con hijos; (ii) cuando la mujer se casa, hace su vida fuera de su familia de origen. A esto se suma la rígida división sexual del trabajo, que no provee alterna-

tivas para las mujeres y niñas. Los papeles para las niñas se establecen dentro de la unidad económica doméstica, en tareas de servicio poco relacionadas con los contenidos curriculares de la escuela.

Desde el punto de vista de la oferta educativa sesgada hacia la asistencia de los varones, se constató que no existen mecanismos que incentiven la demanda de servicios educativos de las niñas, especialmente en ciclos superiores de primaria y en el nivel secundario. A esto se une la percepción de los alumnos de que lo que aprenden no resulta útil en su trabajo. Otro problema relacionado con la oferta educativa se deriva del hecho de que los migrantes jóvenes que se incorporan a las unidades educativas en los lugares de recepción enfrentan discriminación, particularmente en áreas urbanas, lo que provoca que muchos de ellos no culminen ni siquiera la primaria. Finalmente, se observa que el énfasis en las mejoras de la oferta educativa no toma en cuenta las percepciones de los padres de familia, quienes, por temor a enamoramientos y embarazos prematuros, muchas veces evitan el problema prohibiendo a las hijas continuar los estudios secundarios. Frente a esta situación, las intervenciones de política pública hicieron poco para incentivar la asistencia de mujeres a la escuela, incluso para las generaciones más adultas.

recuadro
7

Algunas voces sobre el tema de género y asistencia escolar en La Paz

La información del presente informe fue complementada con evidencia cualitativa desarrollada por el Ministerio de Educación (2005c), en el documento *Acceso y permanencia de las niñas rurales en la escuela. La Paz*. Dicho trabajo evalúa las características y procesos que determinan la inasistencia escolar. Para ello, recurrió a la información proporcionada por grupos focales realizados en los municipios seleccionados para el estudio, que recogen la percepción cultural sobre la educación de las niñas. La temática abordada incluye la actitud docente, el interrelacionamiento entre niños y niñas, la relación entre alumno y profesor, la opinión de los padres y el trabajo infantil. Alguna evidencia testimonial se presenta en este recuadro.

"Nosotras también les decimos: en este tiempo ya tienen que mandar las mujeres, de aquí a un tiempo ustedes van a tener que lavar y cocinar." (Taller con estudiantes, Batallas.)

"La diferencia entre hombres y mujer es que las mujeres se quedan nomás, ya no estudian, porque algunos padres les dicen: eres mujer nomás." (Taller con estudiantes, Quiabaya.)

"Algunos hombres tienen su profesión y humillan a las mujeres: no tienes profesión, dicen. Entonces por eso queremos estudiar las mujeres, para no quedar

atrás, para ir más adelante y por lo menos para salir algo, ¿o no?" (Taller con estudiantes, Batallas.)

"Como algunas no saben escribir, leerse, entonces sufren. Tienen sus esposos, les maltratan, entonces yo no quiero que sufran mis hijas... no quiero que estén como lo último en sus familias." (Resumen de entrevista con padre de familia, Laja.)

"Yo no la he sacado, pero ellos mismos se han dado cuenta de que nosotros ya no teníamos dinero para hacerla estudiar, porque razonaron diciendo: ¿de donde íbamos a sacar dinero para que prosigan con sus estudios?, en eso abandonaron el colegio. Hoy recuerdan porque muchos de sus ex compañeros están ahora saliendo bachilleres; claro, los que tienen dinero; los que no tenemos dinero no podemos hacer acabar." (Madre de familia, Capacasi.)

"...porque ella tenía que ver el ganado y tenía que quedarse en la casa, para eso era nomás, y sólo el varón tenía que adelantarse. Pero hoy ya es por igual, todos van a la escuela." (Entrevista a comunario, Carabuco.)

"La mujer no tiene mucho progreso del estudio porque al final llega a casarse, asume la responsabilidad, y después ya no puede." (Entrevista a madre de familia, Tumarapi.)

Fuente: Ministerio de Educación, 2005c.

En cuanto a los factores culturales y de percepción, se pudieron identificar posiciones contrarias a la asistencia femenina a la escuela, motivada por los bajos retornos esperados de las mujeres, así como por la persistente idea de que éstas están circunscritas a un ámbito laboral doméstico y poco relacionado con el mercado de trabajo asalariado. A esto se suma el fenómeno de la migración, que configura un escenario con altas probabilidades de migración de los niños y niñas para buscar trabajos temporales y aportar a la economía del hogar, lo que resulta incompatible con la asistencia periódica a las escuelas.

La situación institucional y de las políticas de género

Los marcos institucionales para el tema de género presentan una extrema debilidad que impide un desarrollo conceptual de la dimensión de género en los planes e intervenciones públicas. Durante más de una década las reparticiones encargadas de definir políticas de género tuvieron continuos cambios de orientación y poca estabilidad, tanto institucional como funcionaria. El Viceministerio de la Mujer (véase recuadro 8), luego de varios cambios en la organización del Poder Ejecutivo, se ubica dentro de la estructura orgánica del Ministerio de Justicia, con una orientación a reducir la violencia doméstica y promover la defensa de los derechos de las mujeres, dejando de lado aspectos como el desarrollo de oportunidades, capacidades e igualdad económica. En consecuencia, la orientación y aplicación de los planes elaborados para la equidad de género tuvo poca influencia sobre la situación de las mujeres en Bolivia y en sus departamentos.

Aun en este contexto institucional adverso, se destacan avances hacia una plataforma de promoción de derechos de las mujeres. Entre ellos se cuenta la promulgación de leyes de protección a las trabajadoras del hogar, la creación de defensorías de la mujer, leyes contra la violencia doméstica, cuotas de participación política en la representación parlamentaria y en la Asamblea Constituyente. Están pendientes los logros en materia de promoción del acceso a la educación o que eviten la discriminación en el mercado de trabajo.

La debilidad institucional de los entes responsables en el posicionamiento de las políticas orientadas a la equidad de género, determinó escasos avances en la construcción de instrumentos para efectivizar intervenciones y plasmar en normativas capaces de reglamentarse y aplicarse.

Las demandas de las mujeres formuladas en los planes de desarrollo municipal (PDM) no se materializan ni priorizan en los programas operativos anuales (POA), ni tampoco están plasmadas en el presupuesto de gestión municipal, debido a una deficiente y/o escasa participación de éstas en la formulación de políticas. Instituciones privadas de desarrollo, junto con organizaciones de mujeres de El Alto, La Paz, Cochabamba, Chuquisaca y Tarija, impulsaron la incorporación de las demandas en la planificación y presupuesto (Zabala, 2004).

El PDDES 2006-2010 de la Prefectura de La Paz establece como un área estratégica el desarrollo humano a través de la generación de una red departamental de solidaridad y protección social. Esta red está dirigida a eliminar la discriminación de género, promoviendo el cambio de mentalidad y actitudes individuales y colectivas favorables a la construcción de una sociedad en la que prevalezca el respeto y la valoración de la diversidad y de las diferencias étnicas, lingüísticas, culturales, religiosas y de género, fomentando la igualdad de oportunidades y derechos entre mujeres y hombres en todos los campos de la vida social. Es necesario generar oportunidades económicas, principalmente para las mujeres pobres del campo, ayudándolas a insertarse en el mercado laboral y facilitándoles el acceso a los servicios básicos, con el objeto de promover su integración social y el ejercicio pleno de sus derechos ciudadanos.

Las políticas de género no lograron traducirse en responsabilidades para los diferentes sectores gubernamentales. Los resultados del trabajo de Calderón y Larrea (2004) describen la base institucional que sustentaron las políticas de equidad e igualdad de género.

En 1993 se creó la Subsecretaría de Asuntos de Género (SAG) como parte del Ministerio de Desarrollo Humano y se impulsó el Plan Nacional de Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia, que estableció servicios legales integrales municipales (SLIM) para la atención socio-legal a víctimas de violencia intrafamiliar. En 1997, la Subsecretaría de Género presentó el Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres (PIOM 1997-2007), orientado a la sensibilización y a la difusión de las políticas de equidad de género al conjunto de la sociedad; además, abrió paso a la institucionalización de las políticas de género en el Estado al impulsar la firma del Decreto Supremo para la Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres. Aunque este plan no se implementó, sirvió de marco para programas futuros.

El cambio de autoridades en 1997 eliminó el Ministerio de Desarrollo Humano y la Subsecretaría de Género perdió jerarquía y capacidad institucional al convertirse en Dirección General de Asuntos de Género, como parte del Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia (VAGGF), dependiente del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación Estratégica. La inestabilidad en esta entidad estatal se convirtió en una de sus mayores debilidades. Entre 1997 y 2002 se posesionaron cuatro viceministras de Asuntos de Género, Generacionales y Familia. De acuerdo con el Decreto Supremo N° 24864 de octubre de 1997, se impulsó la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en las políticas públicas de salud, educación, desarrollo económico, participación popular, violencia, materia legal, comunicación y cultura.

En 1999 se elaboraron el Plan Nacional de Equidad de Género 2001-2003 (PNEG), el Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia (PNPEV) y el Programa Nacional de Reducción de la Pobreza Rela-

tiva a la Mujer (PNPRM), cuya aplicación y cumplimiento estaba a cargo de todos los ministros de Estado, como lo establece el Decreto Supremo N° 26350 del 11 de octubre de 2001. A partir de dichas disposiciones, las políticas de género fueron formalmente corresponsabilidad de todos los sectores. Estos planes y programas fueron plasmados luego por la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP). El PNPRM consideró las directrices del PNEG 2001-2003 y los lineamientos de la EBRP y priorizó una estrategia de intervención descentralizada a través de los municipios, en correspondencia con la Política Nacional de Compensación.

En el año 2002, con el cambio de gobierno, la Dirección General de Asuntos de Género fue elevada nuevamente al rango de Viceministerio de la Mujer (VMM) y se desvinculó metodológicamente de los asuntos generacionales. El VMM pasó a depender del Ministerio de Asuntos Campesinos, Indígenas, Género y Generacionales, volviendo un año más tarde al Ministerio de Desarrollo Sostenible. Entre agosto de 2002 y diciembre de 2005, el VMM tuvo tres viceministros, y en cada una de estas gestiones elaboró un nuevo plan. Primero se lanzó el Plan Quinquenal 2003-2007 Mujer Ciudadana, con base en el Plan Bolivia, que enfatizó el crecimiento económico frente a la crisis, el pacto democrático sin exclusiones y el compromiso ciudadano (Viceministerio de la Mujer, 2003). En segundo lugar, la nueva viceministra elaboró el plan Políticas Públicas de Género, con una visión más institucional en el marco de la reingeniería del Ministerio de Desarrollo Sostenible. Ambos planes tuvieron una vida corta y no llegaron a concretar financiamiento. La responsable del VMM hasta 2005 desarrolló el Plan Nacional de Políticas Públicas para el Ejercicio Pleno de los Derechos de las Mujeres (2004-2007), que está acompañado por un Plan Estratégico Institucional. Dicho plan se sustentó en una agenda presidencial e involucró a socios estratégicos (organizaciones de la sociedad civil) en la ejecución de las políticas de género.

Fuente: Calderón y Larrea, 2004.

Los programas de género están dirigidos al fortalecimiento de las defensorías, la atención de temas de violencia, derechos sexuales y reproductivos, la participación política de las mujeres, la promoción de casas departamentales de justicia y la creación de “centros autogestionarios de formación técnica” en cada una de las regiones del departamento.

La política de la prefectura debe estar dirigida principalmente a fortalecer el área institucional a cargo del tema de género e incorporar la temática transversalmente en todas las áreas de planificación, para poder generar una red de protección social y solidaridad.

REDUCIR LA MORTALIDAD DE LA NIÑEZ

El ODM-4 establece el compromiso de reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de menores de cinco años. El logro de este objetivo es fundamental para Bolivia, toda vez que el país presenta índices de mortalidad entre los más elevados de América Latina (UDAPE, 2006). El elevado riesgo de muerte de la niñez expresa la presencia de barreras económicas, sociales, culturales y resume las condiciones de vida de la población infantil.

La reducción de la mortalidad de la niñez es responsabilidad principal de las autoridades del sector de salud a través de los sistemas de salud pública; sin embargo, también intervienen factores relacionados con el acceso a servicios de agua, saneamiento básico, medicamentos, servicios de salud reproductiva y otros⁶⁶.

En Bolivia, la persistencia de altas tasas de mortalidad de la niñez es uno de los desafíos más importantes para el sistema de salud. El CIMDM definió el seguimiento a dos indicadores: (i) la tasa de mortalidad de menores de un año, denominada tasa de mortalidad infantil y (ii) la cobertura de inmunización de los niños menores de un año.

Tasa de mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil (TMI) de menores de un año es un indicador que resume la situación general de la salud y el conjunto de las condiciones socioeconómicas de la población. Los niveles de mortalidad señalan la disponibilidad, utilización y efectividad de la atención de la salud. Una proporción significativa de las defunciones infantiles puede evitarse si mejora la calidad de atención del sistema de salud pública.

En Bolivia, la mortalidad infantil está concentrada especialmente en niños menores de un año⁶⁷. La información para construir este indicador es proporcionada regularmente (cada cuatro o cinco años) por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), sobre la base de la historia de nacimientos de las mujeres entrevistadas, y permite una desagregación del indicador por área geográfica. A partir de 1994, esta fuente de datos presenta una desagregación por departamento⁶⁸. La TMI mide las defunciones de los niños menores de un año ocurridas entre los nacimientos de los últimos cinco años anteriores a la fecha de la encuesta. Generalmente se expresa por cada mil nacidos vivos (m.n.v.)

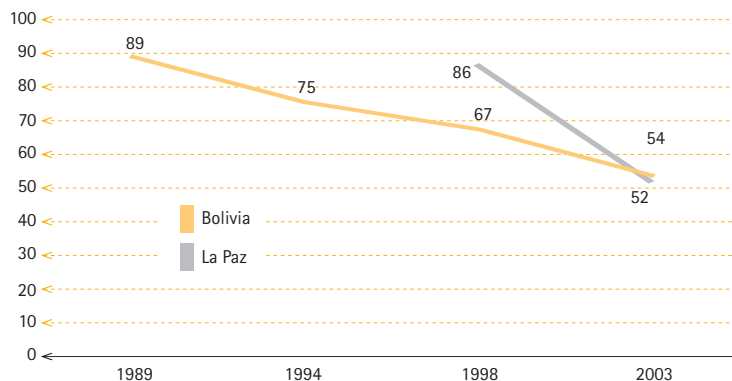
En Bolivia, la mortalidad infantil se redujo de 89 por m.n.v., en la observación de la ENSA de 1989 (año base de los ODM), a 75 por mil en la observación de 1994, a 67 por mil en la ENSA de 1998 y a 54 por mil en la encuesta de 2003. Especialmente entre 1998 y 2003, la mortalidad declinó a un ritmo de 4,3% anual, lo que en parte podría atribuirse a la expansión de las políticas de aseguramiento público gratuito de madres y niños implementadas desde mediados de los años noventa. Dichas políticas contribuyeron a elevar la cobertura de partos institucionales y el control prenatal y elevaron la demanda de consultas para el embarazo (gráfico 43).

66 Los objetivos de reducir la mortalidad de la niñez, mejorar la salud materna y controlar el VIH/sida y otras enfermedades son específicos del sector, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, el sector también está empeñado en mejorar el acceso a los medicamentos incluido en el Objetivo 8 y en la disponibilidad de agua potable como un insumo necesario para la salud. (Citado por Torres y Mujica, 2004.)

67 El tercer informe de los ODM justifica la definición de la mortalidad en menores de un año por la alta frecuencia de defunciones que presenta este grupo etáreo. En 2003, de acuerdo a la ENSA, la mortalidad neonatal es de 27 por mil, la mortalidad de menores de un año, de 54 por mil y de menores de cinco años, de 75 por mil, por tanto, dos tercios de las muertes de niños menores de cinco años corresponden a los ocurridos antes de cumplir el primer año.

68 Las estimaciones de la mortalidad infantil en la ENSA (al igual que otros indicadores) están publicadas por departamento, con excepción del Beni y Pando, que no tienen representatividad propia en la encuesta y presentan una estimación conjunta de ambos.

Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)



Fuente: ENDSA 1989-2003.

La evolución de la mortalidad infantil en el departamento de La Paz muestra una reducción acelerada en los últimos años —la ENDSA 1998 estimó 86 por m.n.v., en tanto que la ENDSA 2003 estimó una tasa de 52 por m.n.v.— por lo que en este último periodo está por debajo del promedio nacional.

La meta nacional establecida por el CIMDM es de 30 por m.n.v. para el año 2015, lo que significa que la mortalidad infantil debe reducirse anualmente a una tasa de 4,9% entre el último año observado (2003) y el periodo de la meta. Si la mortalidad en el departamento de La Paz se reduce a la tasa anual que requiere el nivel nacional para alcanzar la meta, en 2015 la mortalidad infantil se reduciría a 29 por m.n.v. Dicha tasa podría considerarse un valor de referencia para las proyecciones deseadas del departamento.

La Paz: tasa de mortalidad infantil

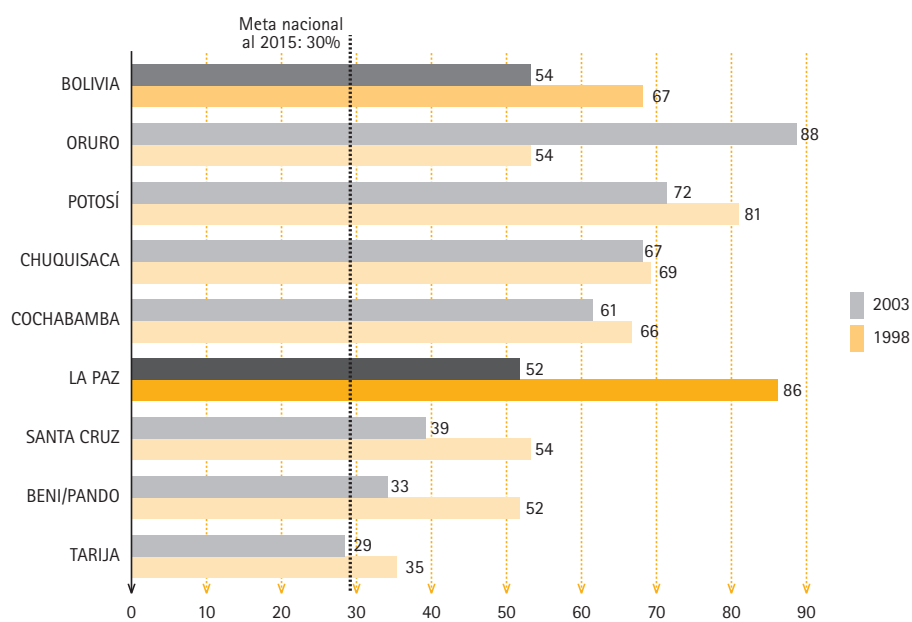
Indicador	Nacional			Meta de desarrollo del milenio	Departamento de La Paz		
	1990 ⁽¹⁾	1998	Año más reciente 2003		Observado 1998 ⁽²⁾	Año más reciente 2003	Proyección al 2015 ⁽³⁾
<i>Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.</i>							
<i>Meta 4.1: Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad infantil entre 1990 y 2015.</i>							
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	89 (1989)	67	54	30	86	52	29

Fuente: ENDSA 1989, 1994 y 2003.
 Nota: (1) La Declaración del Milenio establece 1990 como año base de los ODM.
 (2) La disponibilidad de información con desagregación departamental y para el quinquenio anterior a la encuesta, se obtiene a partir de la ENDSA de 1998.
 (3) La proyección departamental se calcula a partir de la expresión: $(29=52 \cdot \exp(-4,9\% \cdot 12))$, es una variación exponencial de la mortalidad durante los 12 años que comprende el periodo 2003 y 2015.

Las diferencias de la mortalidad infantil entre los departamentos⁶⁹ se relacionan con la desigualdad en el desarrollo relativo y las condiciones de vida de las regiones del país. La ENDSA 2003 muestra que el departamento de Oruro presenta los niveles más elevados de mortalidad, aproximadamente tres veces más alta que la observada en Tarija, departamento que muestra las tasas de mortalidad más bajas del país. Cuatro departamentos (Oruro, Potosí, Cochabamba y Chuquisaca) presentan tasas de mortalidad infantil por encima del promedio nacional.

gráfico
44

Tasa de mortalidad infantil según departamento (por mil nacidos vivos)



Fuente: ENDSA 1998 y 2003.

69 La presentación de la tasa de mortalidad infantil desagregada por departamentos (o cualquier otra desagregación) implica una menor confiabilidad estadística, dado que los errores estándar crecen a medida que la muestra se hace más pequeña. Los anexos de las distintas ENDSA muestran los errores estándar de las estimaciones. En 2003, se observa que la desagregación de la mortalidad infantil por departamento determina que al menos se duplique el error estándar estimado para el ámbito nacional.

70 Aun cuando las tasas de mortalidad urbanas son menores con relación al área rural, todavía se hallan por encima del promedio de algunos países, como Perú (32,9 por m.n.v.), Ecuador (24,5 por m.n.v.) y Paraguay (36,7 por m.n.v.) (citado por UDAPE y CIMDM, 2006).

La mortalidad infantil se concentra en las áreas rurales del país; según la ENDSA 2003, se estima que ocurren 67 defunciones por cada m.n.v. en áreas dispersas, en tanto que en áreas urbanas este indicador es de 44 por m.n.v.⁷⁰ La mayor concentración de la población en centros poblados generalmente está acompañada por un mayor acceso de la población a centros de salud y disponibilidad de servicios.

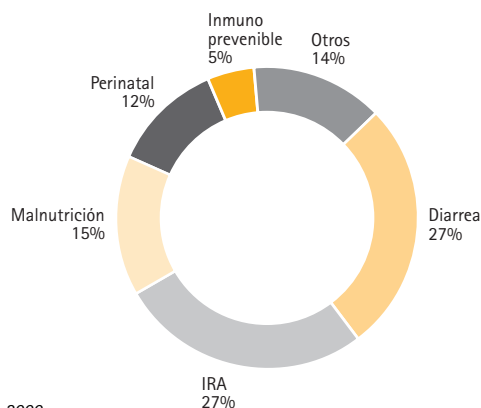
Las diferencias regionales y socioeconómicas de la mortalidad infantil son resultado de distintos grados de riesgo de los niños. Generalmente, el riesgo de muerte disminuye con un mayor acceso a la atención en salud o con mejores condiciones de vida. Las estadísticas sobre mortalidad infantil según la edad de los niños demuestra que el riesgo de muerte es más alto en las primeras semanas del recién nacido y antes de alcanzar el primer año. Los eventos de muerte infantil tienen causas diferentes, según se trate de defunciones de niños entre 0 y 29 días de edad (mortalidad neonatal) o entre niños que tienen desde un mes de vida hasta antes de cumplir un año (post-neonatal).

La *mortalidad neonatal* a escala nacional es de 27 por m.n.v., de acuerdo a la OMS y otros estudios⁷¹. La mortalidad neonatal tiene mayor relación con la presencia de enfermedades infecciosas, tétanos neonatal, complicaciones en el parto, neumonía, asfixia y nacimientos prematuros. El Ministerio de Salud identificó entre las causas de mortalidad hospitalaria de neonatos principalmente a las enfermedades infecciosas (septicemia, neumonía, diarrea y meningitis), a trastornos vinculados con la menor duración de la gestación (prematuridad), bajo peso al nacer, trastornos del periodo perinatal, malformaciones congénitas y otras enfermedades (Ministerio de Salud Pública, 2000). Los programas para la reducción de la mortalidad neonatal tienen mayores costos y requieren cuidado intensivo de la embarazada antes y después del parto, y generalmente esta atención se concentra en centros hospitalarios especializados.

La *mortalidad infantil post-neonatal*⁷² está relacionada en mayor medida con episodios de enfermedades diarreicas agudas (EDA), infecciones respiratorias agudas (IRA), particularmente neumonía y septicemia, que tienden a provocar pérdida de peso y morbilidad infantil. Según la ENDSA 2003, la mortalidad post-neonatal es de 27 por m.n.v., indicador similar a la tasa de mortalidad neonatal.

gráfico
45

Bolivia: principales causas de mortalidad infantil (en porcentajes)



Fuente: WHO, 2000.

Diversos estudios analizaron los determinantes de la mortalidad infantil, principalmente la relación entre el riesgo de muerte y las características individuales, variables que indican las intervenciones en salud y la prevalencia de enfermedades que amenazan a esta población⁷³.

Entre las principales causas de mortalidad infantil en Bolivia están las enfermedades diarreicas y las IRA; entre ambas son responsables del 54% de la mortalidad, seguidas por la malnutrición y las complicaciones perinatales. Estas últimas se relacionan con la salud y el cuidado de la mujer embarazada y la atención del parto.

La información de la ENDSA permite estimar el riesgo de muerte de los niños menores de un año, y se obtienen coeficientes que miden la contribución de distintas variables al riesgo de muerte. Un ejercicio elaborado con las dos últimas ENDSA ilustra algunas relaciones estadísticas destacables (véase anexo 4). Los resultados del ejercicio señalado se resumen las siguientes conclusiones:

71 Proyecto de Investigación sobre Salud Infantil, auspiciado por Johns Hopkins Family Health and Maternal Health, OMS, Centre For Health and Population Research, International Clinical Epidemiology Network y The Maternal and Neonatal Health Program. Informe 1999.

72 Las ENDSA han calculado este indicador como la diferencia entre la mortalidad infantil y la neonatal.

73 Ver resultados expuestos en Narváez y Saric, 2005 y Ministerio de Salud y Deportes y Programa de Reforma de Salud, 2004.

- Un mayor número de hijos tiende a incrementar el riesgo de muerte infantil. Madres que tienen más hijos son proclives a experimentar defunciones infantiles.
- Las muertes infantiles se presentan en mayor medida en grupos de madres que hablan quechua.
- Un mayor intervalo intergenésico (tiempo transcurrido entre nacimientos) tiende a disminuir significativamente el riesgo de muertes infantiles.
- La disponibilidad de agua potable y servicios básicos en el hogar reduce el riesgo de muerte.
- El promedio de riesgo de muerte infantil se redujo en los últimos años, si comparamos los eventos de muerte en la ENDSA 2003 respecto a la ENDSA 1998. Esta tendencia al descenso podría atribuirse tanto al acceso a los servicios de salud como a los cambios en las condiciones de vida de los hogares durante este periodo.

El seguimiento a los indicadores de mortalidad infantil desde fines de los años ochenta, contribuyó a la definición de políticas de atención orientadas a la madre y al niño, bajo la modalidad de sistemas de aseguramiento gratuito: Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), Seguro Básico de Salud (SBS) y el Seguro Universal de Salud Materno-Infantil (SUMI)⁷⁴.

Pese a la extensión de los seguros públicos, existen limitaciones para el acceso universal a las prestaciones por las mujeres embarazadas y los niños menores de cinco años. Aún se advierten centros de salud con infraestructura deficiente, existen barreras geográficas y baja calidad de los servicios de salud, especialmente en áreas rurales, lo que desfavorece especialmente a la población indígena (UDAPE, 2006).

Cobertura de vacuna pentavalente

Entre los programas más costo-efectivos para reducir la mortalidad figura el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que incluye en su esquema básico la vacuna pentavalente, que crea inmunidad en el menor de cinco años contra la difteria, tos ferina, tétanos, infecciones por influenza y hepatitis B. El CIMDM incluyó la cobertura de vacunación con pentavalente en menores de un año de edad como indicador de seguimiento al ODM-4.

La tasa de cobertura de la vacuna pentavalente se construye a partir de los registros administrativos publicados por el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) y el módulo demográfico proporcionado por el INE. En 1996 –cuando se comienza a disponer de información desagregada por departamento– la cobertura de inmunización de menores de un año a escala nacional se estimó en un 70,5%. En 2005 dicho indicador se incrementó hasta el 84%.

El departamento de La Paz presentó en 2005 una cobertura de inmunización del 83,5%, indicador similar al promedio nacional (cuadro 15).

Si bien la introducción de la vacunación pentavalente tuvo aceptación en la población, registrándose entre 1996 y 2005 un incremento de la cobertura en la mayoría de los departamentos, en algunas regiones ésta registró descensos, especialmente en Oruro, Chuquisaca y Tarija. Probablemente las campañas de vacunación fueron afectadas por las fluctuaciones de los recursos financieros asignados al PAI⁷⁵.

La evaluación de los datos de la cobertura de la vacuna pentavalente para el año 2005 muestra que las acciones del sector se concentraron sobre todo en regiones con altas tasas de mortalidad; de hecho, la cobertura es superior al 85% en Potosí y Oruro (gráfico 46).

74 Un resumen comparativo de los tres sistemas de aseguramiento se explica en el documento de UDAPE y UNICEF, 2006

75 El financiamiento del PAI estuvo vinculado a recursos externos (véase Esquivel, 2005).

La Paz: cobertura de inmunización en menores de un año

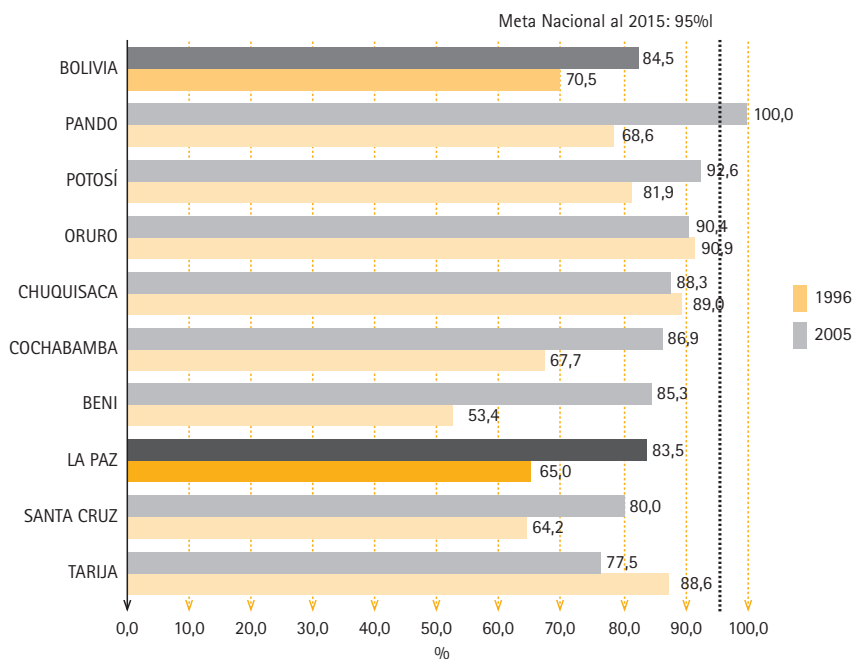
Indicador	Nacional			Meta de desarrollo del milenio	Departamento de La Paz	
	1990 ⁽¹⁾	1996	Año más reciente 2005		1996 ⁽²⁾	Año más reciente 2005
<i>Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.</i>						
<i>Meta 4.2: Alcanzar a 95% de cobertura de vacuna pentavalente en menores de un año.</i>						
Cobertura de vacuna pentavalente en menores de un año (%)	68,0 (1994)	70,5	84,5	95,0	65,0	83,5

Fuente: SNIS (MSP).
Nota: (1) La Declaración del Milenio establece como año base de los ODM 1990
(2) Para este indicador se dispone información desde el año 1996.

La cobertura de inmunización en el departamento de La Paz presenta un incremento significativo desde 1996, año en que alcanzó al 65% de la población objetivo y hasta el 85% en 2005. Este resultado expresa los esfuerzos realizados por las políticas del sector de salud para incidir, en mayor medida, sobre departamentos con elevadas tasas de mortalidad infantil. Por tanto, la mayor cobertura de inmunización tiende a reducir el riesgo de mortalidad causada por episodios de IRA.

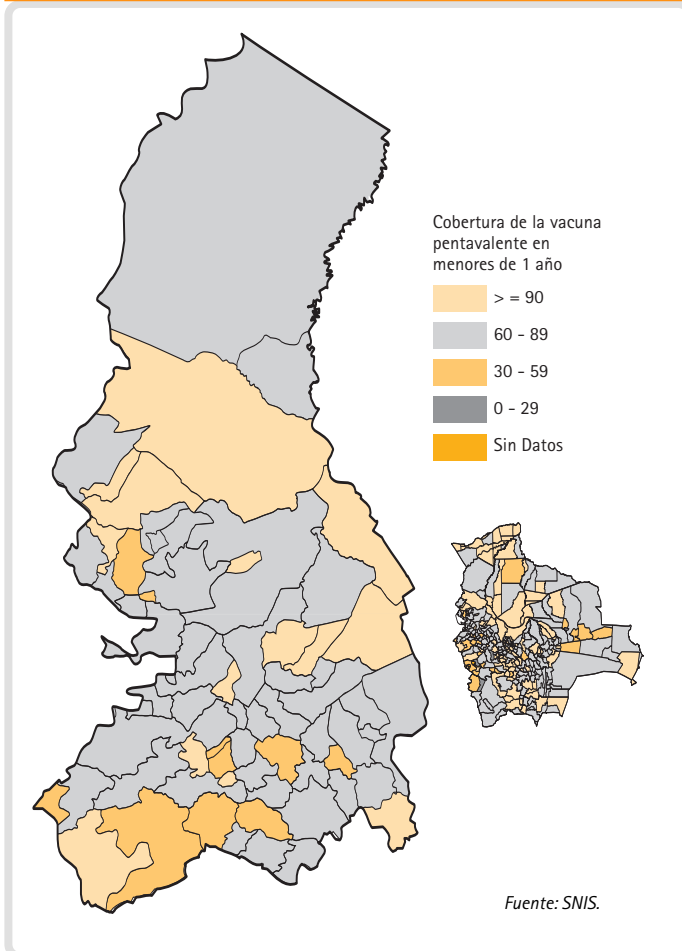
Pese al aumento en la cobertura de la inmunización de niños menores de un año, aún persisten diferencias entre los municipios del departamento (mapa 5).

Tasa de cobertura de la vacuna pentavalente según departamento



Fuente: SNIS, UDAPE.

La Paz: cobertura de la vacuna pentavalente según municipio, 2005



La mayoría de los municipios del departamento de La Paz presentan coberturas de inmunización con la vacuna pentavalente por encima de 60%. Sin embargo, casi una decena de municipios, la mayoría con población dispersa, ubicados en las regiones del Altiplano Norte y Sur, tiene tasas de cobertura de vacunación de menores de un año inferiores al 30%.

Aseguramiento público para la atención de la salud infantil y materna

Pese a que el SUMI extendió las prestaciones y los servicios a prácticamente todo el territorio nacional, se advierten diferencias en la calidad de atención que generan inequidad en las condiciones de salud de la población (Narváez y Saric, 2005).

La calidad de los servicios de salud depende principalmente de la distribución de recursos humanos y de la infraestructura disponible. Dado que ambas variables son comunes para la atención de la salud infantil y para el tratamiento de la salud materna, el análisis y la caracterización para el ámbito departamental se desarrollan en el capítulo sobre mortalidad materna.

La gestión de las redes del servicio de salud no es eficiente, el acceso a los servicios de salud no es equitativo, se presentan problemas de carencia o deficiente distribución de recursos humanos, deficiencia en la infraestructura en zonas dispersas e incentivos inadecuados. Estos aspectos podrían explicar las diferencias regionales en las tasas de mortalidad infantil en el país. Si la provisión y las condiciones de acceso fuesen las mismas, las diferencias regionales en la mortalidad podrían origi-

narse en la deficiente calidad de los servicios, de atención de salud principalmente en las comunidades indígenas y pueblos originarios.

La mortalidad infantil depende de varios factores que, directa o indirectamente, inciden sobre el riesgo de muerte de los niños, entre ellos la presencia de enfermedades, la deficiente calidad de atención y la accesibilidad al servicio de salud, así como las condiciones socioeconómicas y culturales de las madres.

Desde el año 2002 el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) estableció un nuevo modelo de gestión de atención de salud que mejora la distribución de competencias entre el nivel central, prefectural y municipal⁷⁶.

La implementación del SUMI está monitoreada por el MSD a través de la Unidad Nacional de Gestión del SUMI (UNG-SUMI). El último informe elaborado por esta unidad confirma que las prestaciones demandadas por este seguro se incrementaron entre 2003 y 2004 en todos los niveles de atención. Dicho resultado es consecuencia de la ampliación en el nú-

76 En el siguiente capítulo se exponen de manera más detallada los cambios introducidos con los esquemas de aseguramiento y el modelo de gestión del sector.

mero de prestaciones ofertadas. El SNMN ofertaba 32 prestaciones protocolizadas, el SBS, 92 y el SUMI, 547, y otras de la lista de prestaciones oficiales no excluidas.

La evaluación del gasto en salud da cuenta de amplias dispersiones regionales y municipales en la provisión del servicio. Por ejemplo, el SUMI presenta congestión en municipios del departamento de Santa Cruz y falta de demanda en municipios del occidente del país, aspecto que provoca desequilibrios en el financiamiento a través de los recursos del fondo solidario. De acuerdo al mismo informe, los desequilibrios provocan al mismo tiempo que la incidencia del gasto en salud beneficie más a la clase media, restando efectividad a las políticas de salud, puesto que no logra llegar de manera masiva a la población más pobre y, por tanto, la más vulnerable (UDAPE, 2006).

Cualquier propuesta para mejorar el gasto en salud tiene necesariamente que abordar el análisis de componentes de cobertura, eficiencia, eficacia y equidad. La ampliación del seguro de salud hacia otros grupos de población podría elevar la cobertura de atención hacia la población menos vulnerable. La decisión de impulsar tales acciones no debería afectar la calidad de las políticas para la atención materna e infantil.

Los seguros gratuitos de maternidad y niñez tienen impactos significativos sobre la reducción de la morbi-mortalidad infantil; sin embargo, se destaca la necesidad de mejorar la calidad de los servicios y la accesibilidad hacia áreas dispersas y superar barreras sociales y culturales.

La Prefectura de La Paz establece en el PDDDES 2006-2010, como línea de política, *La Paz solidaria*, dirigida a mejorar la calidad de vida y las condiciones sociales de los habitantes del departamento, la superación de los problemas de exclusión social y el avance hacia el desarrollo humano sustentable en un marco democrático y de respeto a los derechos humanos y la focalización de acciones públicas para el cumplimiento de los ODM en tres sectores sociales: salud, educación y saneamiento básico.

El SEDES, tiene la visión de construir un sistema departamental de salud integrado y descentrado que abarque la atención primaria de salud, fortaleciendo además las 23 redes de servicios de salud existentes.

Los programas de salud están dirigidos a mejorar el sistema de seguro universal materno-infantil, incidiendo en la investigación de los casos de morbilidad y mortalidad materna neonatal y en mejorar la atención primaria de salud a través de la atención materno-infantil que incluya la planificación familiar y la construcción de redes sobre la base de centros materno-infantiles establecidos en mancomunidades.

La prefectura debe dirigir sus políticas principalmente a mejorar la gestión sanitaria a través de la cobertura y la calidad del servicio, a mejorar el funcionamiento del seguro médico para madres y niños, la sostenibilidad de las acciones de atención primaria y preventivas con enfoque intercultural –como las campañas de vacunación, educación y capacitación– la promoción de los servicios de salud para la aproximación a la población en todo el territorio departamental, la modernización tecnológica de los centros de atención y la coordinación estrecha con los gobiernos municipales.

MEJORAR LA SALUD MATERNA

El ODM-5 “Mejorar la Salud Materna” constituye una inversión socioeconómica vital para los países, pues contribuye a reducir los costos sociales y económicos que las discapacidades y muertes de las madres pueden ocasionar a la economía de los países en general.

La meta definida para este ODM consiste en reducir en tres cuartos la mortalidad materna. Para el seguimiento y monitoreo al cumplimiento de esta meta, el CIMDM ha selecciona-

do dos indicadores: (i) la tasa de mortalidad materna como indicador de impacto que refleja directamente la meta que se desea alcanzar, y (ii) la tasa de cobertura de partos institucionales como indicador intermedio que refleja una de las medidas preventivas más importantes para reducir la mortalidad materna y, por tanto, está estrechamente relacionado con el riesgo de muerte.

Tasa de mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna (TMM) es una de las medidas de riesgo de muerte por complicación obstétrica de uso más generalizado. Técnicamente, el indicador se define como el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Una defunción materna ocurre cuando fallece una mujer durante el embarazo, el parto o durante el periodo que abarca de los dos a los 12 meses siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de su duración y el lugar donde éste haya tenido lugar, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales⁷⁷ (Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades - CIE 10).

Las muertes maternas o las discapacidades por embarazo son debidas a causas directas e indirectas. El 80% de las muertes maternas se debe a causas directas, entre las que se encuentran las complicaciones obstétricas, como hemorragias graves, infecciones, abortos en condiciones arriesgadas, hipertensión, obstrucciones en el parto, o por intervenciones, omisiones y tratamiento inadecuado. Las mujeres también mueren por causas indirectas, como malaria, diabetes, hepatitis y anemia, cuya gravedad aumenta con el embarazo. La interacción de estas enfermedades y sus complicaciones pueden también contribuir a generar discapacidad, ocasionando que este problema sea particularmente difícil de cuantificar. En lugares con alta tasa de fecundidad (como en Bolivia), las mujeres se ven enfrentadas a estos riesgos varias veces, y la probabilidad de morir durante el embarazo o el parto a lo largo de su vida puede ser de hasta 1 entre 16, en comparación con 1 entre 2.800 en los países desarrollados (OMS, 2005).

La complejidad en la medición de la mortalidad materna, además de la dificultad en establecer claramente las causas, se acrecienta debido a que es un hecho de rara ocurrencia, y en algunas circunstancias puede pasar desapercibido. La experiencia internacional en medición de la mortalidad materna señala que ni siquiera la revisión de los certificados de defunción —especialmente en países en vías de desarrollo— garantiza la identificación de todos los casos de defunción por causas relacionadas a la maternidad.

El subregistro —que puede llegar a ser significativo— se debe a que el sistema no siempre capta los datos de mujeres fallecidas en sus hogares, que mueren sin ningún contacto con el sistema de salud y son enterradas en sus comunidades. Por otro lado, pueden existir errores en la identificación de la causa real de muerte “materna”, por ejemplo, cuando se desconoce que la mujer estaba embarazada al momento del fallecimiento, o por la falta de tecnología médica, sobre todo en los establecimientos del primer nivel de atención.

En Bolivia, los registros del Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS) enfrentan el problema del subregistro mencionado anteriormente. El indicador de mortalidad materna puede ser obtenido de manera más precisa a través de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), que recopila datos de una muestra de la población con una periodicidad aproximada de cinco años⁷⁸. La ENSA proporciona información sobre los niveles de fecundidad, salud en general, salud reproductiva, nutrición de los niños, mortalidad y morbilidad en los primeros años de vida con representatividad a escala departamental y urbano-rural. Sin embargo, para la tasa de mortalidad materna sólo se presentan datos nacionales, dado que una mayor desagregación del indicador requeriría una

77 Entre las muertes accidentales o incidentales se pueden mencionar las muertes por accidentes de tránsito o muertes por otras condiciones, como la mayoría de los cánceres que no están afectados por el embarazo.

78 En Bolivia existen cuatro versiones de la ENSA —1989, 1994, 1998 y 2003—; el tamaño de la muestra se fue incrementando desde 8.500 hogares y casi 8.000 mujeres en 1989 a 19.000 hogares y más de 17.000 mujeres en 2003.

muestra significativamente más grande y, por tanto, más costosa debido a la escasa ocurrencia del evento.

El indicador por departamento se obtiene a través de los resultados de la Encuesta Post-Censal de Mortalidad Materna (EPMM), realizada por primera vez entre julio y agosto de 2002⁷⁹. A partir de la EPMM es posible identificar tres aspectos importantes: (i) las muertes maternas ocurridas en el año 2000, (ii) las regiones de mayor o menor riesgo de muerte maternas, y (iii) las principales causas asociadas con la mortalidad materna.

Debido a que utilizan diferentes metodologías, los indicadores de la ENDSA no son comparables con aquellos de la EPMM. Para el año 2000, la tasa promedio nacional fue de 234 muertes maternas por cada 100.000 n.v, mientras que la ENDSA registró una razón de 229 para el año 2003 (cuadro 16). Pese a la reducción registrada en los últimos años⁸⁰, estas cifras sitúan a Bolivia como el país con la tasa de mortalidad materna más alta de América Latina y el Caribe, después de Haití.

cuadro
16

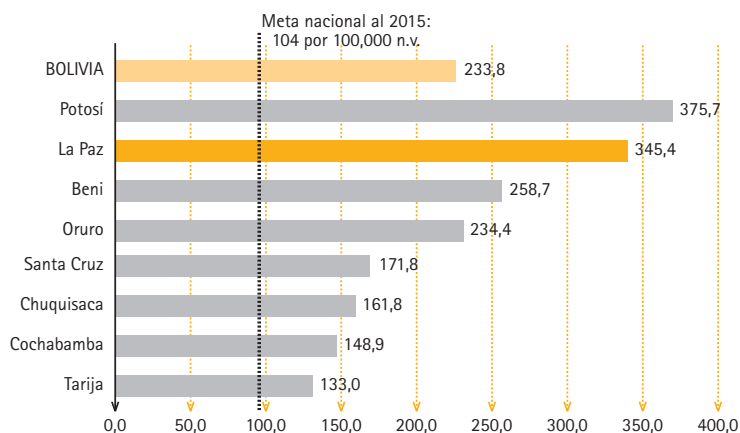
La Paz: tasa de la mortalidad materna

Indicador	Nacional		Meta de desarrollo del milenio	Departamento de La Paz	
	1990 ⁽¹⁾	Año más reciente 2003		1990 ⁽²⁾	Año más reciente 2000
<i>Objetivo 5: Mejorar la salud materna.</i>					
<i>Meta 6: Reducir en ? la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015.</i>					
Tasa de mortalidad materna por 100.000 n.v	416 (1989)	229	104	n.d.	345,4

Fuente: ENDSA, EPMM.
Nota: (1) La declaración del milenio estableció como año base de los ODM el año 1990. Para el nivel nacional, el indicador se obtiene de la ENDSA (2) La fuente de información desagregada a nivel departamental proviene de la EPMM 2000

gráfico
47

Tasa de mortalidad materna por mil nacidos vivos, según departamento, 2000



Fuente: INE, 2005b.

79 El proceso de la EPMM se realizó en dos etapas. En la primera se identificaron los casos de muerte materna obtenidas durante el CNPV 2001, que corresponden a muertes maternas ocurridas en el año 2000. Posteriormente, en el año 2002 se realizó la EPMM para ratificar si los casos de muertes maternas reportadas en el censo eran tales y para descubrir en una muestra de mujeres muertas de 15 años para arriba y de aquellos que no reportaron edad (identificados con el código 99), otras causas de muerte.

80 Entre 1989 y 2003, la tasa de mortalidad materna se redujo de 416 por 100.000 n.v. a 229 por 100.000 n.v.

En el año 2000, la tasa de mortalidad materna en el departamento de La Paz ascendía a 354,4 por 100.000 n.v. Esta cifra es superior al promedio nacional (234 por 100.000 n.v), ocupando la penúltima posición en la comparación departamental (Potosí es el departamento que registra mayores tasas de mortalidad materna) (véase gráfico 47).

El departamento de La Paz deberá realizar un esfuerzo adicional con relación al resto de los departamentos para alcanzar la meta nacional de 104 por 100.000 n.v. para el año 2015.

Tasa de cobertura de parto institucional

El ambiente en el que viven las mujeres afecta a la salud materna. Las muertes maternas están estrechamente ligadas a la falta de servicios de salud adecuados y a la falta de suministros médicos, tanto durante el parto como inmediatamente después del mismo. También es posible que las mujeres tarden en solicitar tratamiento o no lleguen a hacerlo, debido a obstáculos de orden logístico, social o cultural.

La mayoría de los nacimientos en los países en desarrollo tienen lugar fuera de las instalaciones de salud. Los partos en casa no tienen por qué implicar un riesgo, siempre que la familia de la mujer y la persona que la atienda sepan reconocer las señales que indican la presencia de complicaciones y, cuando éstas ocurran, lleven a la mujer a instalaciones con personal capacitado que pueda proporcionarle el cuidado necesario⁸¹.

Pese a que es posible que aun los partos que tienen lugar en las instalaciones de salud conlleven riesgos innecesarios, debido a un bajo nivel de calidad en la atención, el parto institucional es una de las formas principales para prevenir una muerte causada por razones obstétricas. Se denomina parto institucional al alumbramiento que se produce dentro de los servicios de salud o fuera de éstos (en domicilio), si es atendido por personal de salud capacitado, vale decir, médico, enfermera y/o auxiliar de enfermería. Para el cálculo del indicador, no se incluye el parto domiciliario atendido por partera, aunque ésta haya sido capacitada por el personal de salud (MSD, 2006).

La tasa de cobertura de parto institucional se define como la relación entre el total de partos institucionales registrados sobre el número de partos esperados. El SNIS proporciona datos sobre el nominador del indicador para centros de salud de primer, segundo y tercer nivel, mientras que el INE es el encargado de realizar las proyecciones de los partos esperados sobre la base del crecimiento demográfico de la población. A partir de estas dos fuentes de información, es posible obtener desagregaciones del indicador por área geográfica, departamentos y municipios.

En todo el territorio boliviano, la cobertura institucional del parto alcanzó el 61,9% del total de alumbramientos en 2005, siendo que la meta definida para el año 2015 es del 70%, de acuerdo a estimaciones del MSD⁸² (cuadro 17). Entre 1995 y 2005, se registra una tendencia al aumento de la atención institucional del parto con un incremento de aproximadamente 35 puntos porcentuales en el periodo indicado. Este comportamiento se debe, básicamente, a la implementación de seguros públicos de salud materno-infantiles desde 1994.⁸³ Sin embargo, el nivel registrado para 2005 se encuentra por debajo de la meta trazada por el sector para ese mismo año (65%) por lo que existe el riesgo de no alcanzar la meta establecida para 2015.

Entre 1996 y 2005, el número de partos institucionales se incrementó en todos los departamentos del país, alcanzando coberturas superiores al 50% en el último año de observación (gráfico 48). No obstante, el ritmo de crecimiento registrado en las diferentes regiones no ha sido suficiente para disminuir las disparidades existentes entre ellas. Por otro lado, la evaluación para 2005 pone en evidencia que las acciones del sector no necesaria-

81 Population Reference Bureau, 1998.

82 Esta meta fue establecida por el sector en el *Tercer Informe de Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (UDAPE y CIMDM, 2005)*.

83 Los seguros implementados en Bolivia para proteger la salud materna e infantil son: (i) el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (1994), (ii) el Seguro Básico de Salud (1998) y (iii) el Seguro Universal Materno-Infantil (2003).

mente fueron efectuadas en los departamentos donde se registra una mayor tasa de mortalidad materna. Éste es el caso de los departamentos de Potosí y La Paz, donde se registra las tasas de muerte materna más altas del país (superior a 340 por 100.000 n.v.); sin embargo, la cobertura institucional del parto de estas regiones se encuentra entre las más bajas respecto al resto de los departamentos.

En el año 2005, el departamento de La Paz presenta una cobertura de parto institucional del 53,1%, inferior al promedio nacional. En el periodo de estudio, el indicador regional experimentó un salto importante al incrementarse en aproximadamente 25 puntos porcentuales. Pese a esta evolución positiva del indicador, el departamento se ubica octavo entre aquellos con mayor cobertura institucional de parto.

cuadro
17

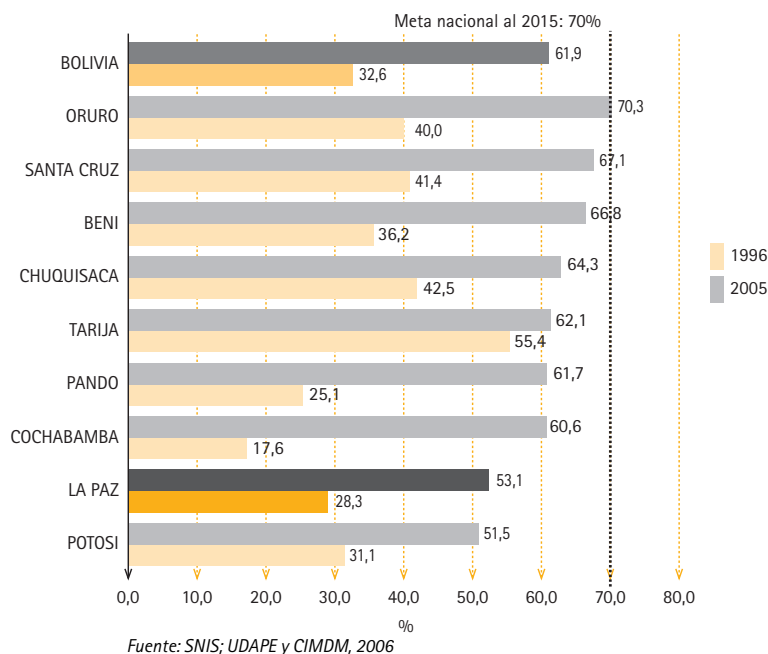
La Paz: cobertura de parto institucional

Indicador	Nacional		Meta de desarrollo del milenio	Departamento de La Paz	
	1990 ⁽¹⁾	Año más reciente 2005		1996 ⁽²⁾	Año más reciente 2005
<i>Objetivo 5: Mejorar la salud materna.</i>					
<i>Meta 6: Lograr una cobertura de parto institucional del 70% hasta el 2015.</i>					
Tasa de cobertura de parto institucional (%)	27 (1995)	61.9	70.0	28,3	53,1

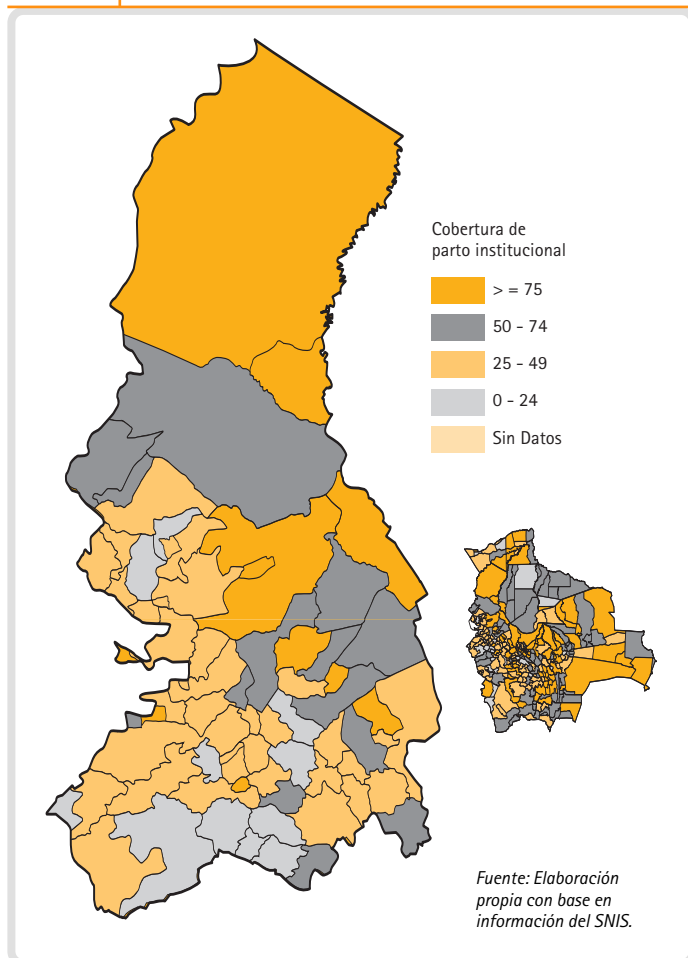
Fuente: ENDSA; EPMM.
 Nota: (1) La declaración del milenio estableció como año base de los ODM el año 1990. Para Bolivia se dispone información desde 1995
 (2) La información disponible a nivel departamental es desde el año 1996

gráfico
48

Tasa de cobertura de parto institucional según departamento



La Paz: cobertura de parto institucional según municipio, 2005



Los datos de la cobertura de parto institucional en el departamento de La Paz están aún lejos de la meta nacional (70%). El ritmo de crecimiento anual observado en la región (7,2%) está por encima del óptimo esperado para el departamento respecto a la meta (4,9%). El desafío es mantener estos niveles registrados para garantizar las mejores condiciones de salud materna.

De acuerdo con el análisis municipal para 2005, de un total de 80 municipios que tiene el departamento de La Paz, 15 presentan tasas de cobertura de parto institucional por debajo del 25%, 40 por debajo del 50%, 14 por debajo del 75% y solamente 11 superan el 75%.

El número de municipios con cobertura de parto institucional menor al 25% asciende a 15, los cuales se concentran en las regiones de Altiplano Sur y Altiplano Norte, son rurales en su totalidad y presentan indicadores de pobreza superiores al 60%.

Factores determinantes de la salud materna en el departamento de La Paz

Las principales consecuencias del deterioro de la salud materna para las familias y la sociedad se relacionan con que⁸⁴: (i) el costo del tratamiento médico de la madre puede cambiar los patrones de consumo del hogar y reducir los ahorros e inversiones, (ii) la menor productividad de la madre puede reducir los ingresos y la productividad de la familia y obligar a los niños a ingresar al mercado laboral, (iii) la higiene, nutrición y salud de los niños que tienen una madre enferma es a veces inferior a la de los niños que viven en las mismas condiciones, con madres sanas, (iv) los niños

mayores tienden a abandonar la escuela para asumir algunas de las responsabilidades maternas, y (v) los familiares pueden sufrir problemas psicológicos, entre los que se incluyen la depresión y la sensación de aislamiento. Estas discapacidades son descritas en el cuadro 18.

Adicionalmente, el cuidado y la atención adecuados a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio —además de ser un derecho pleno— ayudan a disminuir el riesgo de mortalidad infantil, aumentan la probabilidad de que los niños y niñas nazcan con el peso adecuado, evitan que los hijos e hijas pequeños del hogar queden en la orfandad y mejoran las condiciones para los embarazos posteriores de la madre.

De acuerdo con la revisión bibliográfica sobre este tema, se destaca el modelo conceptual desarrollado por McCarthy y Maine (1992), que permite analizar los determinantes de la mortalidad materna clasificándolos en tres grupos principales:

84 National Research Council, 2002.

- Determinantes lejanos, que no tienen una asociación directa o automática con la muerte materna, pero generan un impacto a través de cadenas causales complejas, concierne al estado socioeconómico y cultural de la mujer.
- *Determinantes intermedios o indirectos*, referidos a muertes maternas causadas por enfermedad existente, agravada por los efectos fisiológicos del embarazo (estado previo de salud, historia reproductiva, acceso a los servicios de salud, comportamiento respecto al cuidado de la salud, incluyendo los factores desconocidos o imprevisibles).
- *Determinantes cercanos o directos*, relacionados con complicaciones del embarazo, parto y puerperio, o por intervenciones, omisiones y tratamiento inadecuado que contribuyen directamente a la muerte materna.

cuadro
18

Complicaciones en el parto y principales discapacidades provocadas por la maternidad

Complicación	Posibles discapacidades maternas resultantes
Sangrado profundo (hemorragia)	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia grave - Insuficiencia pituitaria y otros desequilibrios hormonales - Infertilidad
Infección durante o después del parto (septicemia)	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad inflamatoria pélvica - Dolor pélvico crónico - Lesiones en los órganos reproductivos - Infertilidad
Parto prolongado u obstruido	<ul style="list-style-type: none"> - Incontinencia - Fístula - Prolapso genital - Ruptura uterina, desgarros vaginales - Lesiones nerviosas
Hipertensión provocada por el embarazo (preeclampsia y eclampsia)	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión crónica - Insuficiencia renal - Trastornos del sistema nervioso
Aborto riesgoso	<ul style="list-style-type: none"> - Infección del canal reproductivo - Lesiones del útero - Infertilidad - Enfermedad inflamatoria pélvica - Dolor pélvico crónico

Fuente: Measure, 2002.

A partir de este modelo se han formulado otras estructuras para la evaluación y el análisis de la salud materna (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF, 1999; WHO, 1999) que resultan útiles para la formulación de programas estratégicos de protección materno-infantil. El punto común entre las diferentes metodologías planteadas es una combinación de elementos biológicos y sociales que está comprometida en casi la totalidad de las muertes maternas. Algunos estudios empíricos encuentran que las urgencias médicas (complicaciones médicas que amenazan la vida) son las principales causantes de la mortalidad materna. No obstante, otras investigaciones han permitido determinar la existencia de un conjunto de factores originados en la estruc-

cuadro
19

La Paz: factores lejanos que determinan la muerte materna (en %)

Características	La Paz	Bolivia
Edad		
15-19	13,0	11,9
20-34	50,8	53,5
35-49	36,1	34,3
50 y más	0,0	0,2
Sin especificar	0,0	0,2
Años de Escolaridad		
Ninguno	8,0	16,1
1 a 6 años	55,0	54,9
7 a 9 años	12,6	8,3
10 a 12 años	17,2	13,0
Educ. Adultos y Superior	7,1	7,7
Estado Civil		
Casada/Conviv./Concubina	88,2	85,6
Viuda/Separada	0,0	1,9
Soltera	11,8	12,5
Tipo de Relación con la Pareja		
Buena	32,8	30,0
Normal	39,9	41,4
Mala	17,2	16,7
NS/NR	7,1	9,1
No tiene Pareja	2,9	2,7
Vivienda		
Propia	81,5	82,7
Servicios Básicos		
Servicio Sanitario	46,2	44,4
Energía Eléctrica	48,9	43,2
Agua Potable	59,2	52,8

Fuente: EPMM, 2003.

tura socioeconómica y demográfica que explica — muchas veces de manera más directa— la ocurrencia de muertes maternas (Fathalla, 1988).

A través de la EPMM es posible conocer algunas características sociodemográficas de las mujeres fallecidas en el año 2000, así como las causales de su muerte. Los datos han sido recolectados mediante autopsia verbal realizada entre informantes muy allegados a la difunta. Esta información puede ser organizada en los tres grupos propuestos por McCarthy y Maine para obtener un perfil de las mujeres con mayor propensión a enfrentar la muerte por causas maternas.

Entre los *determinantes lejanos de la mortalidad materna* (cuadro 19), los resultados de investigaciones para América Latina y el Caribe⁸⁵ indican que ésta afecta a las mujeres más pobres, con bajo nivel de instrucción formal y las residentes en zonas rurales. Consistente con estas conclusiones, el cuadro 19 muestra que en el departamento de La Paz existe una conexión entre la clase socioeconómica baja de la mujer y el riesgo de muerte materna.

La evidencia empírica señala la importancia del factor edad en relación con las causales de muerte prematuras. En La Paz, en forma similar al comportamiento general observado a nivel nacional, la concentración de defunciones maternas ocurre entre los 20 y 34 años (50,8%). Es importante resaltar el elevado índice de mortalidad materna en el rango de 15 a 19 años (13%), lo que pone en evidencia las complicaciones en el embarazo en jóvenes que probablemente no acudieron a tiempo a la atención especializada. Este aspecto será confirmado más adelante.

El riesgo de morir por una causa materna se asocia de manera negativa con la escolaridad. Es im-

portante resaltar que en el departamento de La Paz el 8% de las defunciones correspondió a mujeres sin ninguna escolaridad, mientras que la mayor concentración se da entre mujeres que apenas logran concluir el primer ciclo de primaria (55%), índice similar al promedio nacional. Quienes concluyeron la primaria y la secundaria presentan un riesgo de mortalidad relativamente elevado (12,6% y 17,2%, respectivamente).

Como parte de los factores lejanos relacionados con la muerte materna, se observa el estado civil de la mujer con la finalidad de establecer si esta variable afecta la salud materna. La evidencia en países de desarrollo muestra que las mujeres sin pareja, principalmente las solteras, afrontan un mayor riesgo de muerte. Sin embargo, para el caso de Bolivia existe mayor riesgo de defunción por causas maternas en mujeres que tienen parejas. Este aspecto puede estar asociado otros factores aún no detectados. En La Paz, del 100% de defunciones por causas maternas, el 88% contaba con una relación de pareja (casada, conviviente o concubina).

85 Graham *et al.*, 2004, pp. 23-27.

Todavía se desconoce la proporción de la mortalidad materna respecto a la violencia intrafamiliar. No obstante, información proveniente de diversos estudios sugiere que existe una asociación positiva entre ambas⁸⁶. Este aspecto no se incluye en la EPMM.

Según los encuestados, el porcentaje de malas relaciones en la convivencia es de 17,2%, dato superior al promedio nacional (16,7%). Es preciso considerar que puede existir un subregistro, pues las familias no reportan problemas relativos a violencia psicológica, física o sexual.

En el departamento de La Paz, si bien el 81,5% de los hogares en los que hubo una muerte materna en el año 2000 contaba con vivienda propia, el acceso a los servicios básicos era muy limitado. El 46% de los hogares con mortalidad materna recibía agua por cañería de red, el 59% contaba con servicio sanitario y el 49% tenía acceso a energía eléctrica. Estos indicadores son cercanos a los promedios nacionales. El acceso limitado a los servicios básicos —ya sea por falta de infraestructura o porque no pueden ser costeados— es una de las manifestaciones del nivel de pobreza del grupo de las mujeres fallecidas.

Los *determinantes intermedios* (cuadro 20) identifican condiciones de salud preexistentes de las mujeres, que pueden ser agravadas por el embarazo y derivar finalmente en muerte. Entre éstas se puede citar el nivel nutricional (como la anemia), las enfermedades infecciosas y parasitarias (como malaria, hepatitis, tuberculosis), complicaciones en embarazos previos y condiciones de salud crónicas (como diabetes, hipertensión).

Dentro de este grupo de determinantes, el comportamiento respecto al cuidado y atención a la salud por parte de la mujer constituye otro aspecto que puede afectar negativamente la salud materna, principalmente cuando existen prácticas tales como mala planificación familiar, ausencia de controles prenatales, número muy alto de hijos y aborto ilícito, entre otros. El acceso y la calidad de los servicios de salud constituyen uno de los aspectos más importantes que pueden coadyuvar a la prevención de muertes maternas.

Algunos de los elementos mencionados han sido capturados por la EPMM y permiten señalar ciertas tendencias. En el departamento de La Paz se registra mortalidad materna en todos los niveles de paridad, pero la mayor cantidad de muertes registradas corresponde a mujeres con el menor rango de fecundidad (uno a tres hijos nacidos vivos) alcanzando el 41,6%.

De las mujeres que murieron por una causa relacionada con la maternidad, sólo el 52,9% realizó algún control prenatal en su último embarazo, y esto tiene relación directa con el

cuadro
20

La Paz: factores intermedios que determinan la muerte materna (en %)

Características	La Paz	Bolivia
Hijos nacidos vivos		
0	14,7	12,4
1-3	41,6	41,4
4-6	23,9	23,8
7-9	13,9	16,2
10 y más	5,9	6,3
Controles prenatales		
Sí	52,9	56,3
No	40,8	35,0
NS/NR	6,3	8,7
Lugar del parto		
No hubo parto	21,8	23,3
Establecimiento de salud	29,4	31,1
Domicilio	47,5	43,7
Otro lugar	1,3	1,9
Lugar de fallecimiento		
Establecimiento de salud	36,6	37,1
Domicilio	55,5	53,3
Otro lugar	8,0	9,6
Momento de fallecimiento		
Durante embarazo - primeros 5 meses	13,0	15,1
Durante embarazo - después 5 meses	8,4	9,3
Durante el parto o cesárea	37,4	31,5
Después del parto o cesárea (hasta 2 meses después)	37,4	35,6
Después del parto o cesárea (hasta 12 meses después)	3,8	8,5

Fuente: EPMM, 2003.

86 Para mayor detalle, consultar Khurram *et al.*, 2003.

cuadro
21

La Paz: tipo y causa de muerte materna (en %)

Características	La Paz	Bolivia
Tipo de muerte		
Directa	66,8	64,7
Indirecta	9,7	10,8
Tardía	13,4	14,6
Relacionada	10,1	10,0
Causa de muerte		
Hemorragia	37,8	32,7
Eclampsia	3,8	4,7
Sepsis puerperal	7,6	8,0
Aborto	5,5	9,1
Parto obstruido	1,3	1,8
Otra infección	6,7	8,8
Otra	16,4	19,4
Externa	9,7	7,9
No especificada	11,3	7,5

Fuente: EPMM, 2003.

lugar de fallecimiento: en su mayor parte domicilios (55,5%), en tanto que las muertes ocurridas en establecimientos de salud alcanzan el 37%. Los datos mencionados son similares a los promedios registrados en el ámbito nacional. Las defunciones maternas en el departamento ocurren principalmente durante el embarazo y hasta después de dos meses del parto o cesárea (aproximadamente el 37% en cada caso). Estos datos sugieren que la falta de controles prenatales y de atención especializada, así como la desconfianza respecto a los servicios de salud inciden directamente en la tasa de mortalidad materna.

En La Paz, el porcentaje de embarazadas que asistieron a un establecimiento de salud para dar a luz fue sólo de 29,4%, por debajo del promedio nacional. Esta cifra es significativamente inferior a la registrada para la atención del parto en domicilios, lo que confirma la preferencia de las mujeres paceñas por los métodos tradicionales y que quizás sea el resultado de deficiencias en cuanto a la accesibilidad y calidez de atención de los centros de salud de la red pública.

En el conjunto de *determinantes directos* (cuadro 21) de la mortalidad materna, se observa en el cuadro 21 que predominan las causas obstétricas directas, las mismas que superan el 66%. Las causas médicas primarias explican más del 60% de las muertes, siendo la hemorragia la principal (37,8%), cifra similar a los datos promedio registrados en todo el país.

Esta causa de muerte tiende a presentarse con mayor frecuencia entre mujeres que habitan en municipios de muy alta marginación y en localidades rurales.

Las causas clasificadas como “otras”, que constituyen el 16,4% de los casos, se refieren a enfermedades que agravan la salud de la mujer durante el embarazo. La causa “indirecta”, en combinación con la “relacionada”, representan el 19,8% del total de muertes maternas, siendo los trastornos relacionados a la hipertensión los principales causantes de la morbilidad y la mortalidad materna, y están directamente relacionados con la falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad, que a menudo no pueden responder a las situaciones de urgencia, o debido a que la calidad de su atención es deficiente. Este hecho es corroborado por los resultados de ocurrencia de muertes maternas tardías, las cuales representan el 13%, cifra muy cercana al promedio del nivel nacional (14,6%). Finalmente, las causas “no especificadas” representan el 11,3%.

Características de la infraestructura de los servicios de salud

Los registros del SEDES de la Prefectura del departamento de La Paz para el año 2006 establecen que existen 23 redes de atención de salud, que incorporan 265 puestos de salud, 308 centros de salud, 29 hospitales básicos (segundo nivel), seis hospitales generales (tercer nivel) y 11 institutos especializados.

En los últimos años se ha priorizado la construcción de puestos y centros de salud, dejando de lado los hospitales de segundo nivel de atención de la Red de Servicios de Salud, que incluyen cuatro especialidades básicas: medicina interna, pediatría, ginecología-obstetricia y cirugía. La región metropolitana presenta una concentración de infraestructura de servicios de salud, la cual incide en el acceso y cobertura de estos servicios en el resto de las regiones.

Disponibilidad y calidad de recursos humanos en salud

La probabilidad de evitar las causas directas de mortalidad materna es mayor si se cuenta con la atención pronta y adecuada por parte de personal calificado. Por tal motivo, es importante analizar las características de la distribución de los trabajadores en salud.

Los recursos humanos y los establecimientos en el sistema público son asignados de acuerdo a la cantidad de población y al perfil epidemiológico resuelto de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento de salud (UDAPE, 2006).

En el año 2005, el subsector público de salud contaba con 17.779 ítems, de los cuales el 87% era financiado con recursos del TGN y el 13%, con recursos del programa ampliado de alivio a la deuda, HIPC II. En cuanto a las áreas de trabajo, a escala nacional, el 43% eran técnicos, el 35% profesionales y el 22% personal del área de apoyo administrativo.

En el departamento de La Paz, según datos del SEDES, para el año 2006 la distribución de recursos humanos en salud correspondía a: 1.912 profesionales⁸⁷ (29%); 2.968 técnicos (45%) y 1.712 administrativos (26%), para un total de 6.592.

Tomando en cuenta el indicador que permite medir el déficit en profesionales de salud en una región o país, vale decir el número de médicos por cada 3.000 habitantes⁸⁸, La Paz presenta un índice de 1,0 médicos/3.000 habitantes, lo que lo sitúa por debajo del promedio nacional (1,1). Esta situación no significa que el departamento esté cerca de resolver sus requerimientos de recursos humanos en salud. Para una correcta evaluación de la asignación de recursos humanos, se debe considerar: (i) la distribución del personal médico según el nivel de atención⁸⁹ realizada en cada departamento⁹⁰, (ii) su localización en la red de salud, (iii) la relación entre los ítems de tiempo completo y los de medio tiempo, (iv) la dispersión poblacional, (v) la accesibilidad geográfica, así como otros aspectos que serán identificados una vez que el MSD concluya el inventario de recursos humanos que viene realizando en los establecimientos del subsector público.

Estrategias y políticas implementadas para mejorar la salud materna

Los resultados de la investigación y la experiencia práctica indican que la muerte materna se puede prevenir. La clave para su disminución no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general, sino también en la oferta de un tratamiento eficaz y accesible. Determinadas intervenciones de salud pueden reducir la incidencia y la gravedad de las principales complicaciones asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio, tanto para las madres como para sus bebés. Una parte de estas intervenciones está relacionada directamente con el sector salud, mientras que otra tiene que ver con acciones externas o complementarias (véase recuadro 9)

Las diferentes gestiones de gobierno en Bolivia implementaron programas dirigidas a mejorar la salud de la mujer y reducir la razón de mortalidad materna. Entre las principales estrategias se encuentran el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) de 1996, el Seguro Básico de Salud (SBS) de 1999, el Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI) de 2002. Actualmente, la política de salud enfatiza la universalización de los servicios que presta el SUMI, con acciones focalizadas en áreas rurales a través de EXTENSA (Programa de Extensión de Coberturas), que pretende resolver los factores que impiden el acceso a los servicios.

En noviembre de 2002, con la aprobación de la Ley N 2426 se crea el SUMI, que entró en vigencia en 2003, con carácter universal, integral y gratuito, para brindar prestaciones de salud al menor de cinco años y a la mujer embarazada, hasta seis meses después del parto inclusive. El SUMI tiene como principal objetivo reducir de manera sostenible la

87 Los profesionales en salud son: médicos generales, médicos especialistas, odontólogos, bioquímicos-farmacéuticos, licenciados en enfermería, licenciados en nutrición y licenciados en trabajo social. Los técnicos en salud son: enfermeras, auxiliares de enfermería, radiólogos, auxiliares de laboratorio, etc. En el área de apoyo administrativo se encuentra el personal administrativo que coadyuva al funcionamiento de los servicios de salud, desde directores departamentales de salud hasta trabajadores manuales.

88 En países desarrollados la relación es de aproximadamente un médico por cada mil habitantes.

89 El primer nivel de atención se refiere a los puestos y centros de salud. El segundo nivel de atención son los hospitales básicos de apoyo, que cuentan con las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia. El tercer nivel de atención está constituido por los hospitales generales e institutos y hospitales de especialidades.

90 Actualmente correspondería a los servicios departamentales de salud la función de distribuir los ítems de profesionales en salud en su territorio, sin embargo, no existen criterios uniformes o preestablecidos para dicha distribución, resultando un modelo de asignación que muchas veces no es independiente del nivel nacional y/o no responde a un análisis específico de necesidades técnicas.

Intervenciones para mejorar la salud materna

La experiencia internacional (Lule *et al.*, 2005) señala que entre las estrategias e intervenciones directamente relacionadas a las funciones del sector salud, se encuentran: i) mejorar la cobertura y calidad del cuidado prenatal, ii) incrementar el acceso a información sobre planificación familiar y servicios de salud, iii) mejorar la provisión de servicios de posparto y complicaciones neonatales, iv) mejorar la provisión de servicios de parto domiciliario atendido por personal no profesional pero entrenado, v) promover la atención especializada en domicilios y en servicios de salud, vi) mejorar la disponibilidad de servicios de salud para la provisión de cuidado obstétrico en emergencias, vii) mejorar los servicios de referencia, y viii) coordinar los programas reproductivos con los de prevención de enfermedades transmitidas por vectores y el VIH/sida.

En el trabajo realizado en Bolivia sobre este tema, Bradby y Murphy-Lawness (2005) señalan que el éxito de las políticas de reducción de la mortalidad materna está directamente relacionado con el diseño de estrategias culturalmente apropiadas, señalando que toma en consideración el hecho de que la diversidad cultural de Bolivia también se refleja en usos y costumbres en materia de salud. Muchas veces las tradiciones ancestrales no son tomadas en cuenta, particularmente en materia de salud materna, lo que determina que siga creciendo la brecha entre la atención institucional del parto y la domiciliaria, por parte de

personas no entrenadas para actuar en casos de emergencia, con los riesgos que esto implica.

Entre las estrategias destinadas a tratar las consideraciones culturales en la atención del parto se encuentran: (i) articulación en la atención de partos hospitalarios, mediante la interpretación o abogacía en idiomas nativos, la explicación de procedimientos, etc., (ii) articulación sistémica en la atención hospitalaria de rutina, a través de la participación de parteras en la atención y supervisión de las mujeres embarazadas, a fin de integrar ambos sistemas de salud (biométrico y tradicional), (iii) inclusión de prácticas tradicionales en el parto hospitalario: posiciones, elementos o instrumental médico, participación de las familias, adecuación de la infraestructura, etc., y (iv) reconocimiento, entrenamiento y acreditación de parteras en áreas urbanas y rurales, a través del intercambio de conocimientos y prácticas y el entrenamiento específico para el reconocimiento de casos de emergencia, así como la coordinación necesaria para que su tratamiento se realice en centros especializados.

Las intervenciones externas al sector salud se relacionan con: (i) promover la participación de las comunidades en actividades de prevención y (ii) promover acuerdos intersectoriales para fortalecer las intervenciones en salud, con educación, caminos e infraestructura, agua y alcantarillado, y mejoras en la situación nutricional de las mujeres.

morbi-mortalidad materna e infantil, otorgando prestaciones en los tres niveles de atención del sistema público de salud y de la seguridad social de corto plazo, en los establecimientos privados adscritos bajo convenio, todos ellos organizados en las redes de salud municipales.

Las características más importantes del seguro son⁹¹: (i) facilita el acceso a los servicios de salud al eliminar la barrera económica y el gasto de bolsillo; (ii) es un subsidio a la demanda que paga la prestación de servicios de acuerdo a la atención demandada; (iii) provee todos los servicios no personales (bienes públicos y meritorios, como la atención al parto), medicamentos, insumos y suministros; (iv) garantiza el acceso de la población cubierta a un determinado conjunto de prestaciones de prevención, curación y rehabilitación, tanto en consulta ambulatoria como en internación, en los tres niveles de atención de todo el sistema nacional de salud, y (v) articula e integra proveedores de salud dentro de una red (sector público, seguridad social, iglesia y otros) estableciendo un sistema unificado y regulado.

91 Narváez y Sáric, 2005.

La creación del SUMI vino acompañada de un cambio en la visión y diseño de la política nacional de salud. Con la Ley N° 2425⁹² se aprueba la creación del Modelo de Gestión en Salud, que organiza al sector, definiendo las funciones de las tres siguientes instancias: (i) El Servicio Departamental de Salud (SEDES), que actúa en cada departamento en representación del Ministerio, articula el sector salud con los otros sectores y responde a las necesidades del departamento en materia de salud. (ii) El DILOS (Directorio Local de Salud) constituye la máxima autoridad de salud en el área municipal correspondiente o en municipios mancomunados. Está integrado por una representación tripartita formada por: el alcalde o su representante, el representante del SEDES correspondiente y el presidente del comité de vigilancia. Entre sus funciones figuran: mejorar los servicios de atención médica curativa y el fomento a la promoción y prevención de la salud en todos los establecimientos de salud. (iii) Las redes de atención médica: en cada DILOS se constituye una red de establecimientos de salud compuesta por todos los puestos, centros de salud y hospitales de segundo y tercer nivel que existan en cada municipio. En las zonas rurales esta red se complementa con brigadas móviles para la atención de la población dispersa.

Las últimas evaluaciones de las tres estrategias de aseguramiento y el impacto específico del SUMI⁹³ presentan evidencias de que la probabilidad de contar con una atención prenatal adecuada se ha incrementado a partir de la implementación del seguro gratuito. También dan cuenta de un mayor impacto en el área rural en cuanto a la reducción del riesgo de muerte en la niñez y en lo que respecta a la probabilidad de contar con una atención prenatal adecuada; en cambio, el área urbana obtuvo mejor resultado en la reducción del riesgo de muerte infantil⁹⁴.

Para analizar las mejoras en la salud materna, UDAPE (2006) consideró dos indicadores: i) el cuarto control prenatal y ii) el parto institucional, como indicador aproximado de la calidad del parto. La evolución positiva de este último fue explicada anteriormente. La atención del cuarto control prenatal se duplicó prácticamente durante el periodo 1996-2004, pasando de un 23% a un 50%. Este indicador para el departamento de La Paz se calcula en 34%, cifra que es menor al promedio nacional (50%).

La información que registra la Unidad Nacional de Gestión del SUMI (UNG-SUMI) acerca del número de prestaciones otorgadas por este seguro durante los años 2003 y 2004, muestra que se ha incrementado el uso de las prestaciones ofrecidas. Durante 2003 se brindaron 8.376.268 prestaciones, con un incremento del 77% para 2004. Al respecto, UDAPE (2006) resalta que al no contarse con un indicador de cobertura, es difícil identificar si el aumento en las prestaciones benefició a un mayor número de personas o si las mismas personas recibieron un número mayor de prestaciones. Pese a ello, el elevado incremento del número de prestaciones muestra indicios de que el SUMI ha logrado incrementar el acceso a los servicios de salud. En La Paz la participación en la demanda de prestaciones cubiertas por el SUMI decreció del 23,0%, en 2003, al 21,4% para 2004.

Como se mencionó en el ODM-4, el PDDDES 2006-2010 de la Prefectura de La Paz establece como lineamientos de política la mejora de la calidad de vida y de las condiciones sociales en el departamento, la superación de los problemas de exclusión social y el avance hacia un desarrollo humano sustentable en un marco democrático y de respeto a los derechos humanos y la focalización de acciones públicas para el cumplimiento de los ODM en tres sectores sociales: salud, educación y saneamiento básico, en una estrategia denominada La Paz solidaria. Asimismo, la línea de políticas de la Prefectura de La Paz plantea establecer un sistema de administración descentralizada que permita mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, educación y saneamiento básico, con responsabilidades compartidas entre el gobierno nacional, los departamentos y los municipios.

92 Ley N° 2425, promulgada el 21 de noviembre de 2002.

93 Ver más detalles en: i) Ministerio de Salud y Deporte, Unidad Nacional de Gestión del SUMI, 2005, ii) UDAPE y UNICEF, 2006 iii) Narváez y Saric (2005) presenta la evaluación del SUMI desde la perspectiva de los actores (entrevistas y grupos focales en los departamentos de Tarija, Santa Cruz y La Paz).

94 Resultados preliminares presentados en UDAPE y UNICEF, 2006.

El SEDES se propone construir un sistema departamental de salud integrado y desconcentrado que abarque la atención primaria de salud, así como la gestión compartida con la comunidad, con enfoque intercultural, de género e intergeneracional, y con participación de los gobiernos municipales, fortaleciendo además las 23 redes de servicios de salud existentes.

Los programas de salud están dirigidos a mejorar el sistema de seguro universal materno-infantil, incidiendo en la organización de redes obstétricas de emergencia, en la investigación de casos de morbilidad y mortalidad materna neonatal, en la mejora de la atención del parto con enfoque intercultural y de la atención primaria de salud a través de la atención materno-infantil. Esta última debe incluir la planificación familiar y la construcción de redes sobre la base de centros materno-infantiles, establecidos en mancomunidades.

La política de la prefectura debe apuntar principalmente a mejorar la gestión sanitaria con un sistema que establezca niveles de cobertura y calidad del servicio. Es necesaria la incorporación del tema de interculturalidad en la atención y el servicio (usos y costumbres), como también la ampliación de la capacitación para la prevención y la promoción de los servicios de salud y la modernización tecnológica de los centros de atención.

COMBATIR EL VIH/SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES

La reducción de la incidencia del VIH/sida, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades constituye un desafío para los sistemas de salud pública en la mayoría de los países en desarrollo. En el caso boliviano, la enfermedad de Chagas se suma a este desafío, debido a su prevalencia en gran parte del territorio nacional.

La acción para detener y reducir las enfermedades definidas en este objetivo no sólo es responsabilidad del sector de salud, sino de otros actores, ya que su prevalencia afecta los niveles de vida e impide lograr avances en la reducción de la pobreza, constituyéndose en una restricción para el rendimiento escolar y la productividad. La Cumbre Mundial del Milenio propuso la “detención e inicio de la reducción de la propagación de VIH/sida, malaria, Chagas y tuberculosis” como la meta a ser alcanzada en el año 2015.

VIH/sida

El sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es una enfermedad causada por un virus denominado VIH (virus de inmunodeficiencia humana) que ocasiona la destrucción del sistema inmunitario de las personas infectadas. La forma más frecuente de transmisión es por la vía sexual, pero también por las vías congénita y sanguínea.

El número de casos de sida reportados en Bolivia es bajo en relación a otros países, sin embargo, a partir de 1996 se observa una rápida progresión, lo que evidencia una creciente vulnerabilidad a la enfermedad (UDAPE y CIMDM, 2005).

El CIMDM estableció que el indicador relacionado a la meta del milenio es la prevalencia de casos de sida. Este indicador se define como el número de casos nuevos y antiguos, menos los decesos a causa de esta enfermedad, expresado con respecto a un millón de habitantes en riesgo. Dicho indicador combina los cambios en la propagación de la enfermedad con las variaciones en las notificaciones y reportes de los exámenes de detección de casos de sida.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica tienen la responsabilidad de informar nuevos casos de sida, aunque no necesariamente garantizan la posibilidad de comparar los registros con la incidencia de la enfermedad en otros países. Desde 1990, los datos permiten

distinguir casos nuevos y antiguos a escala nacional, mientras que la desagregación es factible para el ámbito departamental recién desde 2004, reportándose hasta ese año la acumulación total de casos. Debido a los problemas en la medición, la prevalencia de la enfermedad es tan sólo una aproximación a la evolución de la enfermedad, más aun si se considera que las notificaciones institucionales son las únicas válidas para detectar la presencia del sida en la población.

Es preciso considerar que existe un subregistro importante en la notificación de casos. Se considera que por cada caso de sida existen 10 casos de VIH/sida que no están siendo captados por el sistema de registro; niveles similares se replican internacionalmente. Otro factor que contribuye a la subestimación del indicador es la detección tardía de la infección en las personas, prácticamente cuando éstas fallecen (OPS, 2006).

En el departamento de La Paz la prevalencia de casos de sida aumentó de 4,2 a 12,2 por millón de habitantes entre 2004 y 2005 (cuadro 22). Estas cifras fueron inferiores al promedio nacional, que presentó tasas de 13,6 y 17,1 p.m.h en las gestiones 2004 y 2005, respectivamente. Sin embargo, no deja de ser alarmante el incremento registrado entre las dos gestiones. En 2005 se registraron 32 casos nuevos de infección de sida en La Paz, que significaron cerca del 20% del total de casos nuevos en el país (161).

cuadro
22

La Paz: prevalencia de casos de sida

Indicador	Nacional			Meta de desarrollo del milenio	Departamento de La Paz		
	1990	Observado 2004	Año más reciente 2005		Observado 1990 ⁽¹⁾	Observado 2004	Año más reciente 2005
<i>Objetivo 6: Detención e inicio de la reducción de la prevalencia de VIH/SIDA hasta el 2015.</i>							
<i>Meta 6.1: Haber detenido en 2015 e iniciado la reversión de la expansión del sida.</i>							
Prevalencia de casos de sida (por millón de habitantes)	1,8	13,6	17,1	13.0	n.d.	4,3	12,2
<i>Fuente: Programa de ITS-VIH/sida.</i>							
<i>Nota: (1) Para este indicador no se dispone información desagregada por departamento para el año base.</i>							

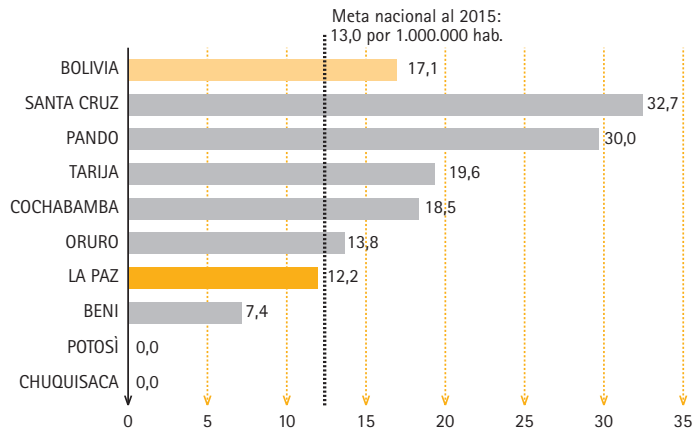
En 2005 la tasa de prevalencia de casos de sida situaba a La Paz entre los cinco departamentos con indicadores menores al promedio nacional. En el extremo inferior se encontraban los departamentos de Potosí y Chuquisaca, con una propagación nula de la enfermedad, y en el extremo superior, los departamentos de Santa Cruz y Pando, con indicadores superiores al 30% como proporción de la población en riesgo (gráfico 49).

La progresión de la enfermedad en el departamento no es un hecho reciente, dado que en 1990 se notificaron los primeros diez casos de VIH/sida, y a partir de esa fecha los casos notificados presentan una tendencia creciente⁹⁵. Entre 1990 y 2005, los casos acumulados de VIH/sida en Bolivia alcanzaron los 1.765, de los cuales 354 corresponden a La Paz (20,1%), que en términos absolutos es superior a casi todos los departamentos del país, excepto Santa Cruz. La incidencia acumulada de casos de VIH/sida entre 1997 y 2004 en La Paz es de 10,3 por millón de habitantes, inferior a la tasa promedio nacional, de 13,9 por millón de habitantes. La Paz se halla, pues, entre los departamentos con tasas intermedias de incidencia acumulada, muy cercanas a las cifras registradas en Cochabamba y el Beni (gráfico 50).

⁹⁵ En 1990 se notificaron cuatro casos de VIH/sida, mientras que en 2005 se notificaron 52 casos.

gráfico
49

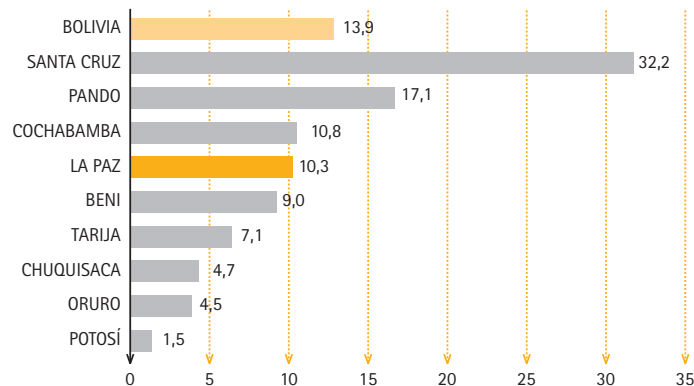
Prevalencia de casos de sida según departamento, 2005 (por millón de habitantes)



Fuente: Programa de ITS-VIH/sida.

gráfico
50

Incidencia acumulada de VIH/sida según departamentos



Fuente: MSD, 2006.

96 La tasa nacional de prevalencia de casos de sida sufrió un incremento de aproximadamente 15 puntos entre 1999 y 2005 (de 1,8 a 17,1 por millón de habitantes). Incluso en los dos últimos años de observación (2004-2005), en los cuales se estimaba que la prevalencia se estancaría o reduciría, se registra un aumento de 3,5 puntos (de 13, a 17, por millón de habitantes).

Las proyecciones del sector para la tasa de prevalencia de casos de sida a escala nacional indican que la meta a lograrse para 2015 es de 13 por millón de habitantes. Para disminuir la prevalencia de esta enfermedad en el departamento de La Paz, es necesario profundizar políticas de prevención y tratamiento del VIH/sida y revertir la creciente prevalencia nacional desde principios de la presente década⁹⁶.

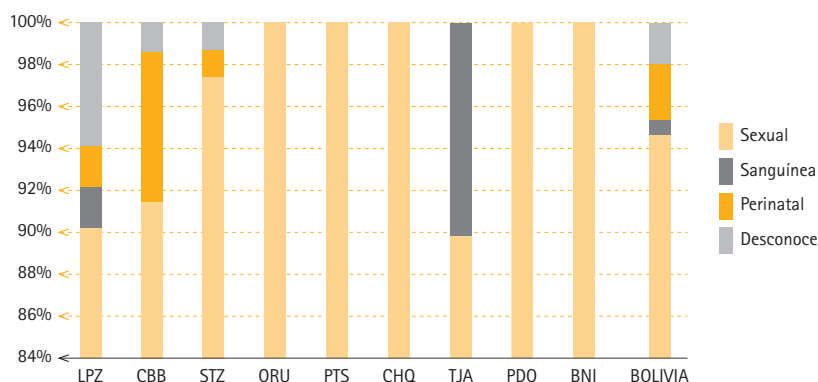
En cuanto a la forma de contagio, los datos para la gestión 2005 revelan que en La Paz la principal vía de transmisión del VIH/sida es la sexual, pues cerca del 90% de las personas registradas indicaron esa vía como probable forma de contagio, un 2% fue infectado por la vía sanguínea y otro 2% por vía perinatal (gráfico 51). Se registra un 6% de casos que

desconocían o no podían asegurar cual fue la vía probable de transmisión del VIH. Esta última cifra no deja de ser preocupante, pues resulta ser la más alta en relación con el resto de los departamentos.

Aunque en un inicio la transmisión del VIH afectaba sobre todo a los homosexuales y bisexuales, en los últimos años los casos correspondieron mayormente a la transmisión heterosexual, lo que muestra que la infección del VIH/sida no es un problema particular de determinados grupos, sino que puede ocurrir en todas las orientaciones sexuales (MSD, 2006).

gráfico
51

Notificación de VIH/sida según forma de contagio por departamento, 2005



Fuente: Programa ITS-VIH/sida.

La principal intervención nacional en materia de lucha contra el VIH/sida está a cargo del Programa Nacional de ITS-VIH/sida (PNIVS), que funciona desde 1986 en la oficina de Epidemiología del MSD. En 1998, pasó a la Unidad de Atención a las Personas, dependencia del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, y desde junio de 2003 pasó a depender de la Dirección General de Control y Prevención de Enfermedades. En el marco de las políticas de salud, el PNIVS tiene por objetivo reducir la ocurrencia de nuevas infecciones por transmisión sexual (ITS) y VIH, así como la morbilidad y mortalidad de las personas que viven con VIH/sida.

En este sentido, el sistema de vigilancia epidemiológica del PNIVS se ha fortalecido con la implementación de un sistema de base de datos que le permite actualizar las historias clínicas de ITS y las fichas de notificación de VIH y sida. Asimismo, se han establecido acciones para mejorar: (i) la prevención y disminución de la transmisión de ITS y VIH en la población general y en grupos vulnerables, (ii) la calidad de la atención integral que se brinda a los portadores de alguna de estas enfermedades, (iii) la vigilancia epidemiológica de ITS y del VIH/sida, (iv) la calidad de los laboratorios destinados a su diagnóstico, con la finalidad de detectar oportunamente, controlar y otorgar el tratamiento adecuado de ITS, así como reducir la transmisión del VIH de madre a hijo.

El PNIVS desarrolló los instrumentos normativos y procedimientos del programa, realizó estudios de investigación con el fin de conocer los determinantes de la transmisión y prevención de la enfermedad, y planteó lineamientos de política de lucha contra las ITS, el VIH y el sida. Adicionalmente, el programa realizó estudios de comportamientos, actitu-

des y prácticas (CAP) entre grupos de adolescentes, transportistas, adultos y población migrante, que constituyen grupos vulnerables.

No obstante, Bolivia no protege aún a las personas portadoras del VIH contra acciones discriminatorias. Solamente existe la Resolución del Ministerio de Salud N° 0711, del 1 de diciembre de 2001, que establece que ningún empleador del país debe despedir a una persona que adquirió el sida. Está en curso un proyecto de ley de prevención del sida, que todavía no fue aprobado.

La Prefectura de La Paz ha firmado un convenio de cooperación técnica con la Misión Alianza Noruega, para promover la difusión de información sobre el VIH/sida a través de la elaboración y distribución de diferentes materiales como ser trípticos, cuadernillos, etc.

El PNVIS forma parte de la estructura técnica y administrativa del MSD. En el nivel nacional, este programa cuenta con una oficina responsable de la planificación, programación, evaluación y supervisión de las actividades. Asimismo, entre sus principales funciones figuran procesar las propuestas para la definición de las políticas de salud, liderar la coordinación interinstitucional y canalizar los recursos.

En el nivel departamental, el PNVIS cuenta con los programas departamentales de ITS-VIH/sida situados en los servicios departamentales de salud (SEDES) de las prefecturas. Asimismo, cuenta con personal técnico profesional e instancias operativas ubicadas en diez centros departamentales de vigilancia y referencia de ITS-VIH/sida (CDVR) en las nueve capitales departamentales y en El Alto. Los CDVR prestan servicios de atención a los afectados por ITS, VIH y sida. A partir de 2003, funcionan centros de vigilancia en tres ciudades fronterizas, Yacuiba, Puerto Quijarro y Guayaramerín. Dichas reparticiones requieren aún el fortalecimiento de los Programas Departamentales a través de sistemas de gestión de calidad y auditoría de salud, monitoreo y evaluación. Para la vigilancia de las ITS-VIH/sida, los CDVR desarrollan acciones de seguimiento clínico-epidemiológico a las personas que demandan servicios.

Los programas departamentales cuentan con tres áreas de atención: (i) *área médica*, que incluye consulta, diagnóstico, tratamiento, seguimiento entre consultas, referencias e investigación, (ii) *área de laboratorio*, que cuenta con diez laboratorios en cada CDVR departamental, donde se realizan las pruebas de diagnóstico de ITS y VIH, y (iii) *área de consejería*, que realiza actividades de pre y post prueba para la detección de VIH/sida, principalmente en lenocinios; acciones de apoyo psicológico a los enfermos y sus familiares, y orientación psicológica y actividades de información, educación y capacitación (IEC) a la población en general y a grupos vulnerables.

Desde 1992, USAID Bolivia asigna fondos al PNVIS. A partir de 1999 dichos recursos fueron administrados por el Proyecto de Salud Integral (PROSIN), cuya ejecución concluye a fines de 2006. Entre 1990 y 1996 la OPS/OMS otorgó recursos de cooperación a través del Plan a Mediano Plazo para la Vigilancia y Control del Sida. El programa cuenta desde el año 2000 con fondos de la cooperación británica (DFID). A partir de 2005, el Fondo Global apoya financieramente al programa. Complementariamente, el PNVIS recibe asistencia técnica de la OPS y USAID, a través de PROSIN y expertos del CDC de Atlanta, y del Programa Nacional ITS/sida del Brasil. Se destaca el apoyo técnico y financiero que proporciona UNICEF, principalmente en la logística de los antiretrovirales, donados por el Brasil.

La mayor parte del personal del PNVIS está financiado por recursos del Tesoro General de la Nación (TGN), USAID Bolivia y el Fondo Global. El MSD provee la infraestructura física para el funcionamiento de la mayoría de los programas departamentales de ITS-VIH/sida.

Chagas

La enfermedad de Chagas es una infección ocasionada por el parásito *Tripanosoma cruzi*, que se transmite al ser humano por las heces infectivas de insectos hemófagos, principalmente del *Triatoma infestans*, conocida comúnmente como vinchuca. Estos insectos constituyen el principal vector de la enfermedad y habitan en zonas de temperatura media, comprendidas entre los 300 y 3.500 msnm, y podrían adaptarse a altitudes de hasta 4.000 msnm.

El parásito se transmite de cuatro formas: (i) mediante la picadura del insecto cuyas heces contienen los parásitos que son introducidos en el torrente sanguíneo, (ii) mediante heces infectivas que entran en contacto con ojos, boca o cortes abiertos, (iii) congénitamente y (iv) mediante transfusión de sangre o trasplante de órganos.

El 60% del territorio boliviano se considera endémico de Chagas por la presencia del vector *Triatoma infestans* en aproximadamente 13.776 comunidades ubicadas en 168 municipios de seis departamentos del país (excepto Oruro, el Beni y Pando), con una población estimada de 4,5 millones de habitantes en riesgo de enfermar⁹⁷.

El indicador intermedio seleccionado por el CIMDM para el control y seguimiento de esta enfermedad es el porcentaje de municipios con una tasa de infestación de Chagas mayor al 3%. Se trata de una aproximación espacial de la extensión de territorio infestado con Chagas, aunque no es una medida exacta de la población infectada (UDAPE, 2005b). El indicador acumula el número de los municipios con infestaciones⁹⁸ mayores al 3%, relativo al total de municipios en el país o en un departamento.

Desde 2003, el Programa Nacional de Chagas (PNC)⁹⁹ calcula el indicador a través del sistema de información que forma parte del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y del SNIS. La recolección de información sobre la enfermedad de Chagas contempla la vigilancia vectorial o entomológica¹⁰⁰ y la vigilancia no vectorial o epidemiológica¹⁰¹.

El monitoreo comunitario a través de puestos de información de vectores y de la vigilancia y recolección de datos a cargo de líderes de la comunidad, constituye el principal mecanismo de información de la vigilancia entomológica. Para validar la acción comunitaria, el PNC realiza una vigilancia entomológica institucional con la participación de brigadas de técnicos del programa, que anualmente realizan evaluaciones por muestreo en zonas endémicas, después del rociado. En el caso de la vigilancia epidemiológica, la principal fuente de información son los registros administrativos de los bancos de sangre y de los servicios de salud donde se reportan casos de Chagas.

97 Área con riesgo es aquella donde hay presencia del vector y evidencia de transmisión de la enfermedad (UDAPE, 2005b).

98 La tasa de infestación domiciliar se define como el número de viviendas contaminadas con triatominos respecto al número total de viviendas en áreas endémicas de la enfermedad de Chagas.

99 Toda la información de esta sección que se origina en el PNC se obtuvo directamente de su base de datos, actualizada al 2005.

100 La vigilancia entomológica es un conjunto de acciones que permiten suministrar información sobre la existencia del vector en la vivienda en aquellas áreas ya identificadas como de riesgo.

101 La vigilancia epidemiológica es el conjunto de actividades regulares, sistemáticas y estandarizadas, basadas en el sistema de salud, para la obtención de información específica sobre el número y tipo de casos con infección de Chagas y la forma en que se transmitió dicha enfermedad (vectorial, transfusional, congénita o accidental).

cuadro
23

La Paz: porcentaje de municipios con una tasa de infestación de Chagas mayor al 3%

Indicador	Nacional		Meta de desarrollo del milenio	Departamento de La Paz	
	1990 ⁽¹⁾	Año más reciente 2005		1990 ⁽²⁾	Año más reciente 2005
<i>Objetivo 6: Haber detenido e iniciado la reducción de la incidencia de la malaria y otra enfermedades graves.</i>					
<i>Meta 6.2: Haber detenido en 2015 e iniciado la reversión de la incidencia de Chagas.</i>					
Porcentaje de municipios con infestación de Chagas mayor al 3%	n.d.	36,9	0,0	n.d.	4,2

Fuente: Elaboración propia con base en datos municipales del PNC.

Nota: (1) La Declaración del Milenio estableció como año base de los ODM el año 1990.

(2) Para este indicador no se dispone información desagregada por departamento para el año base.

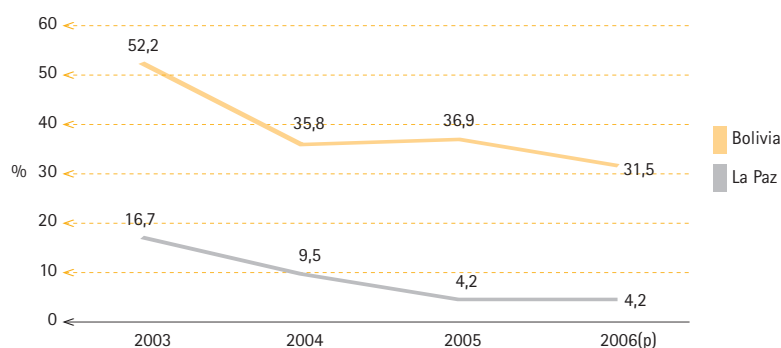
Entre 2003 y 2005 se evidencia en el departamento de La Paz una disminución importante del porcentaje de municipios con infestación mayor al 3%. Las cifras del departamento se mantuvieron significativamente menores respecto al promedio nacional. De acuerdo a las estimaciones para el año 2006, se prevé que el indicador preservará niveles similares a los registrados en 2005 (gráfico 52).

En 2005, el 4,2% del total de municipios en el departamento de La Paz presentaba una tasa de infestación de Chagas mayor al 3%, es decir, 26 puntos porcentuales por debajo del promedio nacional (31,5%) (cuadro 23).

En el último año, La Paz se ubica como el departamento con el menor número de municipios con infestación superior al 3%, lo que contrasta con los niveles que se observan en departamentos como Tarija y Chuquisaca, donde el indicador supera el 50% (gráfico 53).

gráfico
52

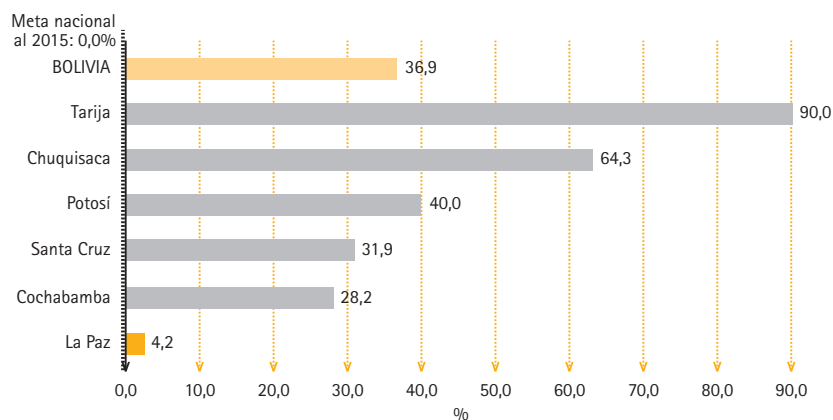
Porcentaje de municipios con infestación de Chagas mayor al 3%



Fuente: Elaboración propia con base en datos municipales del Programa Nacional de Chagas.

gráfico
53

Porcentaje de municipios con una tasa de infestación de Chagas mayor al 3%, según departamento, 2005



Fuente: Elaboración propia con base en datos municipales del Programa Nacional de Chagas.

Entre 1999 (línea base) y 2005, los niveles de infestación de Chagas en el departamento de La Paz se redujeron significativamente del 56,6% al 0,9% de viviendas contaminadas con triatominos (cerca a 55 puntos porcentuales). Sin embargo, en el último año de observación se registra un repunte no significativo de la contaminación, dado que la tasa de infestación subió de 0,6% en 2004, a 0,9% en 2005, comportamiento que se presenta en todos los departamentos del país debido principalmente a la resistencia de los *Triatoma infestans* a los insecticidas utilizados por el PNC. De acuerdo con los datos preliminares para 2006, se espera una disminución de la tasa de infestación del departamento de hasta un 0,6%.

El programa estableció como meta para 2015 que no existan municipios con infestación mayor al 3%, siempre y cuando los gobiernos municipales asuman ciertas acciones del programa y le den continuidad.

Áreas endémicas de Chagas y grupos poblacionales en riesgo

En 2005 la enfermedad de Chagas era endémica en aproximadamente el 26% del territorio paceño. El municipio de Luribay de la provincia Loayza de la región de los Valles Sur fue la única localidad donde se registró una tasa de infestación superior al 3%; allí viven aproximadamente 9 mil habitantes que presentan riesgos de enfermar (0,4% del total de la población de La Paz). En este sentido, del total de municipios en Bolivia con niveles de infestación superiores al 3%, La Paz es el departamento con menor número de municipios con estas características (mapa 7).

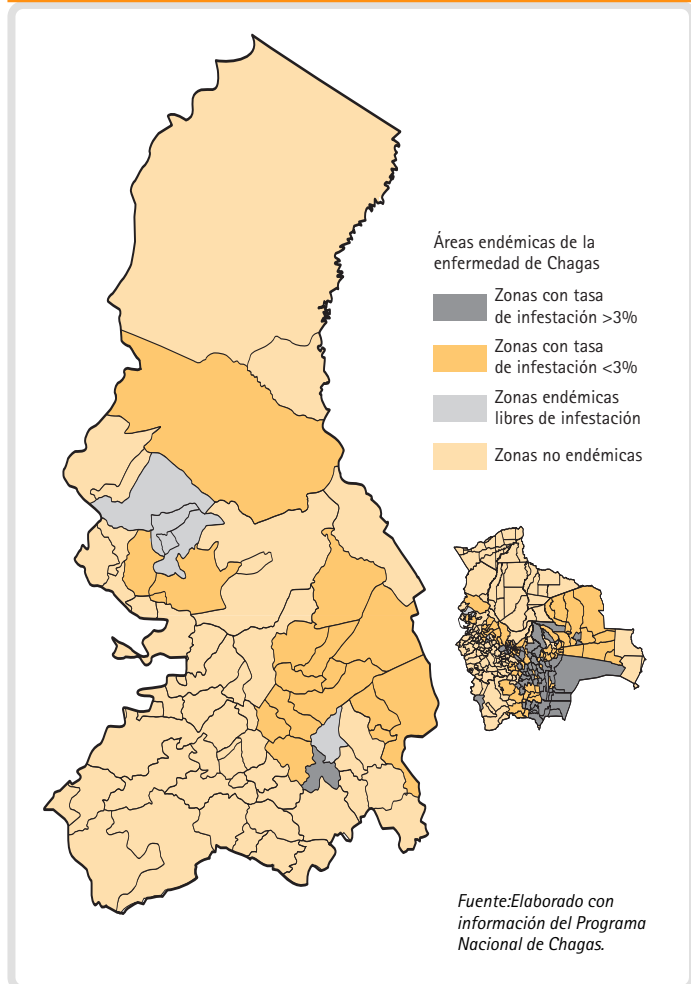
El número de municipios con niveles de infestación entre el 1% y el 3% asciende a 16, los cuales ocupan cerca del 25,7% de la superficie total de La Paz, y donde el 10% de sus habitantes está expuesto a la enfermedad. La mayoría de estas localidades se ubican en las regiones Valles Norte, Valles Sur y parte de la metropolitana, Amazonia y los Yungas, siendo el municipio de Palca el que registra la tasa más alta de infestación (2,9%) dentro de este grupo.

En los municipios endémicos de Aucapata, Ayata, Cairoma, Combaya, Charazani, Quiabaya y Tacacoma, localizados en la región del Altiplano Norte, se logró reducir las tasas de infestación a cero, mientras que el resto de las localidades de La Paz (56 en total) son zonas no endémicas. Esto significa que cerca al 90% de la población del departamento (dos millones de personas) habita en áreas libres de infestación.

Las zonas de endemidad chagásica son predominantemente rurales, con centros poblados escasos, población dispersa; la actividad económica de sus pobladores se concentra en

mapa
7

La Paz: endemidad del Chagas según municipio, 2005



labores agrícolas de subsistencia y trabajos temporales. La enfermedad de Chagas no se presenta en áreas urbanas de La Paz.

Los grupos poblacionales más vulnerables a la enfermedad habitan en viviendas precarias, la mayor parte son construcciones pequeñas, con paredes de adobe¹⁰² sin revocar, generalmente sin ventanas, con techos de paja y jarilla, entretechos descubiertos y pisos de tierra, donde la vinchuca encuentra su hábitat ideal en escondrijos, rendijas y agujeros. Los depósitos para almacenar granos e implementos de trabajo y el corral de animales se ubican en las áreas peridomiciliarias y están contruidos con materiales similares a los de la vivienda, aumentando los lugares donde prolifera la vinchuca.

Las poblaciones más expuestas a la enfermedad de Chagas son las de bajos niveles socioeconómicos. Los niños menores de cinco años son más susceptibles de contraer la infección y presentan casos más agudos. El grupo más afectado por las consecuencias de la enfermedad está entre los 30 y 40 años de edad, tanto varones como mujeres. Esta dolencia limita su capacidad laboral y deteriora su nivel de vida. La enfermedad de Chagas está directamente relacionada con la pobreza, pero de no tomarse las precauciones adecuadas, la población en general corre el riesgo de infestarse.

Marco institucional del Programa Nacional de Chagas

El Programa Nacional de Chagas (PNC) forma parte del Escudo Epidemiológico¹⁰³ del MSD. El objetivo del programa es controlar la enfermedad de Chagas a través de la eliminación del *Triatoma infestans* en el ambiente domiciliar, el control de la transmisión por transfusión y la atención del infectado chagásico. El PNC tiene autonomía de gestión en cuatro niveles:

- (i) La Unidad Central del Programa, que concentra las funciones de coordinación, definición de normas, estandarización de procedimientos, gestión y administración de recursos, compra de insumos y equipo, supervisión y evaluación. En este nivel funciona el Comité Científico, que desarrolla investigaciones destinadas al fortalecimiento del Programa.
- (ii) La Unidad Departamental forma parte del Servicio Departamental de Salud (SEDES) y es conducida por el responsable regional de Chagas, a cargo de la ejecución de acciones y aplicación de normas definidas en la Unidad Central. Adicionalmente, tiene la potestad de gestionar recursos de contraparte con prefecturas y gobiernos municipales, así como de supervisar el siguiente nivel,
- (iii) El Distrito de Salud, a través de su director, coordina con las alcaldías el monitoreo y evaluación local, y la capacitación en las comunidades. Es en este nivel donde el programa se integra efectivamente al sistema local de atención primaria y su red de servicios.
- (iv) La comunidad, a cargo de líderes u organizaciones de base del nivel local, cuyo rol más importante se centra en el control social y la participación comunitaria en vigilancia entomológica.

El Programa implementa acciones preventivas de alta efectividad, como el rociado con insecticida de viviendas humanas y áreas peridomiciliarias, para eliminar las infestaciones por *Triatoma infestans* de forma permanente, así como para impedir la colonización de otras especies de triatominos. Para realizar las tareas de rociado, el PNC coordina con el Ejército Nacional y los líderes comunitarios.

102 El adobe es una mezcla preparada con tierra, paja, arena u otros elementos y agua.

103 El Escudo Epidemiológico integra actividades de programas de prevención y control de malaria, enfermedad de Chagas, tuberculosis, fiebre amarilla, leishmaniasis y enfermedades inmunoprevenibles. Se articula a las políticas de salud del Ministerio de Salud y Deportes.

Otras actividades realizadas por el PNC son: (i) atención al infectado chagásico a través de la red primaria de servicios de salud, la participación comunitaria y campañas de tratamiento para menores de cinco años, junto con el SUMI; (ii) acciones de fortalecimiento de los bancos de sangre en todo el país, para evitar transfusiones de sangre contaminada; (iii) acondicionamiento de las viviendas mediante el revoque de paredes y techos; (iv) vigilancia entomológica a través de la generación de capacidad técnica local, de equipamiento y financieras; y (v) promoción de investigaciones entomológicas y epidemiológicas para readecuar las estrategias de control.

En los últimos cuatro años, las actividades del PNC fueron financiadas con un crédito del BID a través del Proyecto Escudo Epidemiológico y el Apoyo a la Reforma de Salud, créditos que representaron más de 75% de los recursos financieros de programa; su ejecución concluyó a finales de 2006. Otra parte de los recursos provinieron de donaciones (UDAPE, 2005a).

Desde el año 2000, las transferencias de las cajas de salud fueron la segunda fuente de financiamiento más importante del programa, seguida por el Tesoro General de la Nación (TGN), aunque ambas no representaron más del 30% de recursos disponibles del programa y disminuyeron significativamente de una gestión a otra (UDAPE, 2005a).

Malaria

La malaria es una enfermedad grave, muchas veces fatal, causada por un parásito del género *Plasmodium*, transmitido al ser humano por la picadura de la hembra del mosquito *Anopheles*. En Bolivia son dos —de los cuatro existentes— los parásitos que contagian a los humanos: el *Plasmodium vivax*, que causa la malaria común, y el *Plasmodium falciparum*, que causa la malaria negra¹⁰⁴.

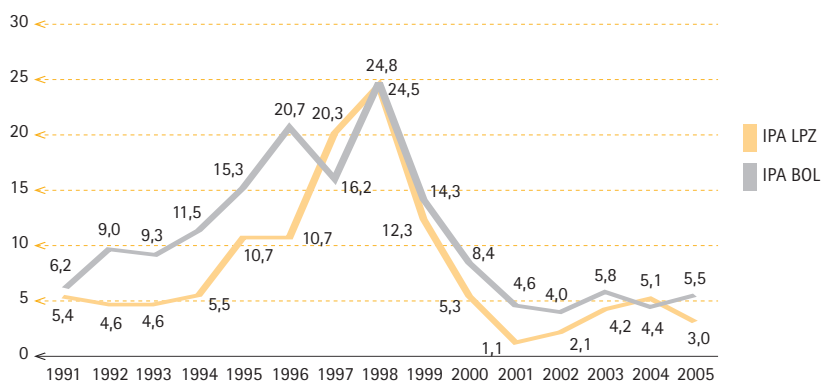
En el país, esta enfermedad constituye un permanente problema de salud pública, puesto que se transmite activamente en ocho¹⁰⁵ departamentos del país y cubre aproximadamente 75% del territorio nacional, principalmente en la región amazónica. La población en riesgo asciende a 3,8 millones de habitantes, de los cuales aproximadamente 10% reside en áreas de alta endemicidad, las más afectadas son las poblaciones indígenas de zonas cálidas y húmedas (MSD, 2005).

104 La hembra del mosquito *Anopheles* es el vector más común de la malaria, a través del cual se transmiten cuatro tipos de parásitos a las personas, el *Plasmodium vivax* o terciana benigna, el *Plasmodium falciparum* o terciana maligna, el *Plasmodium ovale* o terciana benigna que se encuentra con mayor frecuencia en África intertropical, y el *Plasmodium malariae* o fiebre cuartana, cuya distribución geográfica es más escasa pero aún se encuentra latente en Perú y Brasil.

105 Los departamentos donde se registran áreas endémicas son el Beni, Pando, Santa Cruz, Cochabamba, Chuquisaca, Tarija, norte de La Paz y la región del departamento de Potosí que limita con Cochabamba.

gráfico
54

Índice de parasitosis anual por mil habitantes



Fuente: PNM.

106 Se considera como caso confirmado de malaria a la persona en cuya muestra de sangre para examen en gota gruesa y frotis se halla el *Plasmodium*. El caso probable de malaria se refiere a toda persona con fiebre, escalofríos, cefalea y malestar general, con antecedente de procedencia o residencia en áreas de riesgo de transmisión de malaria; en esta situación se decide iniciar tratamiento sin hallazgo de *Plasmodium* en el examen de sangre para gota gruesa y frotis (UDAPE, 2005b).

107 El colaborador voluntario es una persona seleccionada por su comunidad y que trabaja por la salud de la misma.

108 Toda la información de esta sección que se origina en el PNM se obtuvo directamente de su base de datos, actualizada al 2005.

109 El enfermo asintomático es aquel crónicamente infectado que se constituyen en un reservorio de la enfermedad difícil de identificar por medio de la vigilancia rutinaria de los programas de control.

El CIMDM seleccionó el índice de parasitosis anual de la malaria (IPA) como indicador de seguimiento en el marco de los ODM. El IPA es un conteo de casos de malaria confirmados y probables¹⁰⁶ durante un periodo, expresado por cada mil habitantes expuestos al riesgo de contraer la enfermedad. Este indicador es estándar y comparable a escala internacional.

La detección y notificación de casos de malaria se realiza a través de la red de servicios de vigilancia pasiva y activa. En el primer caso, los servicios de salud y los puestos de los colaboradores voluntarios (CV)¹⁰⁷ realizan los diagnósticos clínicos y microscópicos a personas que acuden a ellos con fiebre. En el segundo caso, los técnicos capacitados del Programa Nacional de Vigilancia y Control de Malaria (PNM)¹⁰⁸ y los CV se trasladan dos veces al año a las zonas endémicas aisladas, en las que toman muestras de gota gruesa e indagan la presencia de episodios febriles actuales o recientes al 10% y hasta el 15% de la población en riesgo, dependiendo de los niveles de endemidad. Los registros y formularios son depurados y consolidados por el PNM para el cálculo de los indicadores.

Pese al esfuerzo realizado, se estima que existe un subregistro de la enfermedad que oscila entre el 25% al 35% por casos no notificados o asintomáticos¹⁰⁹. Los niveles de subregistro se explican también por la sobrestimación de la población en riesgo, que constituye el denominador. El INE no dispone de proyecciones de población por comunidad, debido a las altas tasas migratorias registradas en este nivel geográfico; algunos departamentos ajustan y reportan estos datos periódicamente con mayor precisión, pero aquellos que no lo hacen definen la población total del municipio como aquella que está en riesgo.

Entre 1991 y 1998, el IPA en el departamento de La Paz sufrió un incremento significativo, alcanzando un máximo valor (24,5 por mil habitantes) al final del periodo, como resultado del efecto climatológico de El Niño, que tuvo lugar en marzo de 1998. A partir de 1999, el índice regional empezó a disminuir pero repuntó nuevamente en el año 2001. Este comportamiento refleja la mayor vulnerabilidad del departamento a la reaparición del parásito, ya sea por la escasez de recursos financieros y/o humanos para enfrentar la problemática o por efectos climatológicos (gráfico 54).

En el periodo 1991-2005, la incidencia de malaria en La Paz disminuyó en 2,4 puntos porcentuales, a un ritmo anual de 4,2%, es decir, de manera más acelerada que el promedio nacional (0,9%) (cuadro 24).

Al final de la gestión 2005, La Paz presentó un IPA de 3,0 por mil habitantes. Esta cifra es menor que la registrada para el país (5,5 por mil habitantes) en 1,5 puntos porcentuales y ubica a la región entre los tres departamentos con los índices más bajos, después de Santa Cruz y Cochabamba (gráfico 55).

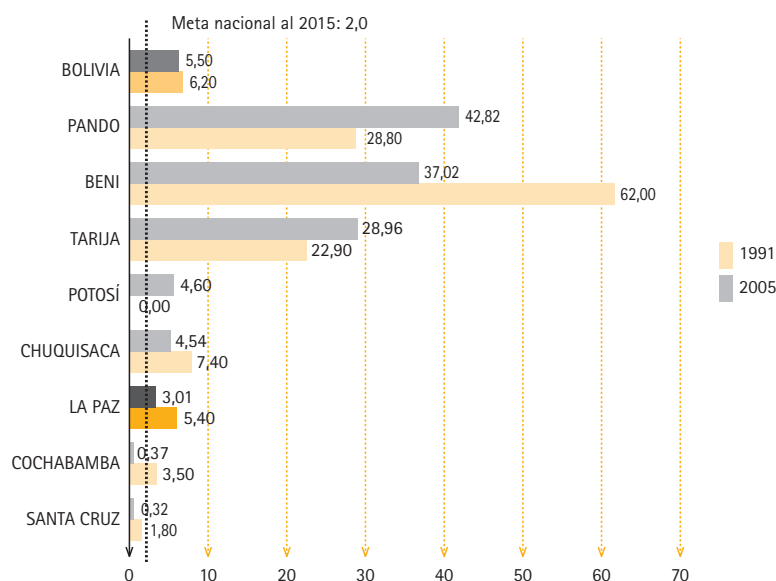
cuadro
24

La Paz: índice de parasitosis anual

Indicador	Nacional		Meta de desarrollo del milenio	Departamento de La Paz	
	1990	Año más reciente 2005		1991 ⁽¹⁾	Año más reciente 2005
<i>Objetivo 6: Haber detenido e iniciado la reducción de la incidencia de la malaria y otra enfermedades graves.</i>					
<i>Meta 6.2: Haber detenido en 2015 e iniciado la reversión de la incidencia de la malaria.</i>					
índice de parasitosis anual de la malaria (por mil habitantes)	7,8	5,5	2,0	5,4	3,0

Fuente: PNM.
Nota: (1) Para este indicador no se dispone información desagregada por departamento para 1990.

Índice de parasitosis anual según departamento (por mil habitantes)



Fuente: PNM.

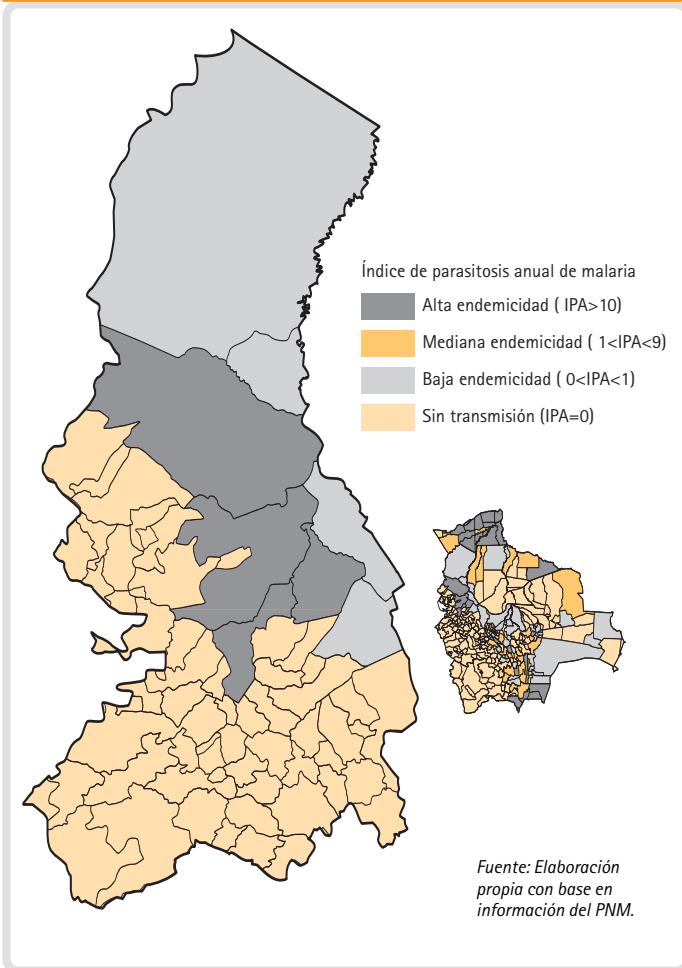
De acuerdo a las proyecciones de la población en riesgo y de casos notificados, bajo un escenario optimista con disponibilidad de recursos, el PNM definió un IPA del 2,0 por mil habitantes como la meta nacional a lograr hasta el año 2015. Esto significa que el departamento de La Paz está muy cerca de la meta y, por tanto, deberá fortalecer y/o definir políticas focalizadas para continuar el ritmo de disminución del indicador.

Áreas endémicas de malaria y población en riesgo

Las características ecológicas de las zonas endémicas de la malaria en el departamento de La Paz están asociadas a un clima subtropical rico en flora y fauna, de temperatura media de 24° C, con frecuentes lluvias y humedad relativa entre los 55% y 75%. El tipo de malaria que predomina en esta región procede de las infecciones por *Plasmodium vivax* (cerca al 98% de los casos reportados en la región en el periodo 1991-2005). Ésta es la forma más frecuente de paludismo que puede ocasionar infecciones debilitantes y recurrentes y es de difícil curación, pero raramente mortal. Este cuadro es también dominante en las regiones cordilleranas de los departamentos de Santa Cruz, Cochabamba, el Beni, Potosí, Chuquisaca y Tarija (Ministerio de Salud y Previsión Social, 1998.)

Entre 1991 y 2005, la malaria ocasionada por el parásito *Plasmodium falciparum* presentó niveles por debajo del 0,3% de casos reportados en La Paz, los cuales se concentraron en el norte del departamento, en la región de la Amazonia. En el año 2001 se registró el mayor porcentaje de casos de malaria *falciparum* en el departamento (1,3%), mientras que en el año 2005 no se registró este tipo de malaria. El *Plasmodium falciparum* tiene una mayor presencia en el oriente y nordeste del país (región de los grandes ríos de Pando, el Beni y Santa Cruz), y es la forma de malaria más agresiva, causando la muerte principalmente por coma o anemia.

La Paz: índice de parasitosis anual según municipio, 2005 (por mil habitantes)



El área endémica de malaria en La Paz está conformada por ocho municipios de la región de la Amazonia y parte de Yungas. De acuerdo con la distribución geográfica de la malaria según niveles de endemicidad, se evidencia que en el departamento de La Paz no existen zonas de alta endemicidad, vale decir, con un IPA superior a los 10 casos por mil habitantes.

El área de mediana endemicidad, con índices de parasitosis entre 1 y 9 por mil habitantes, abarca cuatro municipios del departamento, entre los que se encuentra la capital, La Paz, con un IPA de 1,45. Es probable que los registros de este municipio, y de algunos otros predominantemente urbanos, incluyan casos de población inmigrante que desplazaron la enfermedad hacia áreas geográficas que anteriormente no eran endémicas. Los municipios de Apolo, Caranavi y Guanay, en la región de la Amazonia, forman parte de este grupo de mediana endemicidad, en el que Guanay presenta el indicador más alto (4,3 por mil habitantes). En el área de endemicidad baja (un IPA entre 0 y 1 casos por mil habitantes) se encuentran los municipios de Ixiamas, San Buenaventura, La Asunta y Palos Blancos, en la región de los Yungas.

En las restantes 72 localidades del departamento no se registra paludismo, lo que significa que más del 70% de los habitantes de La Paz se encuentra fuera de riesgo de contraer la enfermedad.

El área endémica de La Paz, y de manera generalizada del país, es prácticamente rural, y presenta los niveles de pobreza extrema más altos. Las condiciones de indigencia de estas poblaciones se traducen, entre otros aspectos, en viviendas precarias, bajo nivel de escolaridad, falta de servicios básicos y predominio de una economía de subsistencia. Tales aspectos constituyen factores que incrementan el riesgo de malaria, explicados principalmente por un mayor contacto entre el hombre y el mosquito. Por otro lado, las poblaciones rurales soportan la carga más pesada de la enfermedad, toda vez que el acceso a servicios de salud es más limitado.

La malaria en jóvenes y adultos mayores que componen la población económicamente activa significa una pérdida de potencial productivo y eleva la carga social y económica. En mujeres embarazadas, la enfermedad debilita los sistemas inmunológicos y puede ser grave, ocasionando anemias severas e incluso la muerte materna.

Los niños menores de cinco años también sufren alto riesgo de contraer enfermedades relacionadas con la malaria, que afecta a los sistemas inmunológicos. Inclusive aquellos que logran recuperarse del paludismo sufren graves secuelas como resultado de la infección, entre ellas la anemia, fiebre recurrente, ceguera o daño cerebral.

Las personas con VIH/sida, especialmente las mujeres embarazadas y los niños menores de cinco años, pueden ser más susceptibles a contraer malaria debido al debilitamiento de los sistemas inmunológicos. Una vez infectados con malaria, tienen más probabilidades de contraer enfermedades graves y menos probabilidades de responder a tratamientos.

Los pueblos indígenas nativos, las familias migrantes campesinas y la población que se traslada desde el Altiplano hacia las tierras bajas para efectuar actividades extractivas o agrícolas corren riesgos de contraer esta infección, como también el personal del Ejército Nacional destinado a actividades de vigilancia de fronteras y acciones cívicas.

Marco institucional y financiamiento del Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Malaria

La prevención y atención de la malaria está a cargo del PNM del Ministerio de Salud y Deportes (MSD). Las acciones del Programa siguen los lineamientos de la Estrategia Mundial para el Control de la Malaria (EMCM), adoptada en Amsterdam en 1992, y de las iniciativas *Hacer retroceder la malaria* (1998) y *Salud en los pueblos indígenas* (1999), cuyo objetivo principal es reducir significativamente la carga mundial de esta enfermedad mediante intervenciones adaptadas a las condiciones y necesidades locales.

Bajo este marco, y de acuerdo con la nueva política de salud del país, el PNM definió un conjunto integral de estrategias enfocadas no sólo a controlar los vectores sino también a prevenir la infección; diagnosticar y proveer el tratamiento oportuno y de calidad a las personas infectadas; acceder a grupos especiales de alto riesgo y a aquellos que se encuentran en zonas fronterizas; fortalecer las capacidades de investigación así como la participación comunitaria a través de actividades de promoción, información, educación y comunicación; promover la descentralización, desconcentración y gestión con participación efectiva; y suscitar la coordinación transectorial y el establecimiento de alianzas estratégicas.

El Programa está organizado en cuatro niveles. El nivel central, como ente normativo, regulador, supervisor y evaluador de las políticas nacionales de vigilancia y control de la malaria, se encarga de gestionar y administrar los recursos financieros necesarios para garantizar la ejecución de los planes anuales, monitoreo y evaluación de los avances del Programa. En el ámbito regional funciona la Unidad Departamental de Malaria, ubicada en el SEDES y dirigida por el responsable regional de malaria, cuyas funciones principales son: coordinación, aplicación de normas, planes, procedimientos y, planificación anual departamental, así como seguimiento y supervisión de distritos de salud (DS). El cuarto nivel funciona en los DS, conducido por su propio director, con las funciones de coordinación, programación y capacitación con y en los gobiernos municipales. El último nivel se ubica en la comunidad y está compuesto por colaboradores voluntarios que gozan del reconocimiento comunitario y constituyen la base para la respuesta local de diagnóstico y tratamiento, pues su cobertura se extiende a las áreas más remotas y de menor desarrollo, principalmente las de la región amazónica.

Las acciones implementadas por el Programa para la prevención y control de la malaria se concentran, principalmente, en fumigaciones periódicas con insecticidas y en campañas comunitarias de capacitación sobre métodos de diagnóstico y de tratamiento de la enfermedad, incluida la medicina tradicional. La sensibilización de los pobladores que forman parte de estas campañas se enfoca a la promoción de estilos de vida sanos en la familia y la comunidad (drenaje de aguas estancadas, relleno de posibles criaderos, instalación de mallas metálicas en puertas y ventanas de las viviendas). Algunas agencias de cooperación y organizaciones no gubernamentales se ocuparon de la distribución, a un precio

subsidiado, de mosquiteros impregnados con insecticida. En la actualidad, con el apoyo del Fondo Global, se implementa un proyecto piloto en comunidades de alta endemicidad para observar la efectividad del uso de repelentes.

Hasta finales del año 2003, el PNM fue financiado principalmente con recursos transferidos de las cajas de salud, en tanto que la contribución del TGN fue menor e inestable. La disponibilidad de recursos no fue suficiente para cubrir los costos financieros del control y el tratamiento de la malaria. A partir de 2004, el PNM cuenta con recursos del Fondo Global¹¹⁰, que ascienden a seis millones de dólares (UDAPE, 2005a). Este monto complementa los recursos del Programa y permite ampliar el trabajo a los factores de riesgo directos en la cadena de transmisión, principalmente en las zonas hiperendémicas (IPA mayor a 30 por mil habitantes). Asimismo, el 67% del personal del PNM en el nivel central (12 personas) es financiado con recursos de este Fondo.

Tuberculosis

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecto-contagiosa causada por un microorganismo conocido como *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch. Se trata de gérmenes extendidos en la naturaleza, muy resistentes al frío, la congelación y la desecación, pero muy sensibles al calor, la luz solar y la luz ultravioleta. Su crecimiento está subordinado a la presencia de oxígeno y al valor del pH circundante. Su multiplicación es muy lenta (14 a 24 horas), y ante circunstancias adversas puede entrar en estado latente, pudiendo retrasar su multiplicación hasta varios años.

El ser humano (tanto el sano infectado como el enfermo) es el principal reservorio natural del bacilo de Koch¹¹¹. La vacuna del BCG protege contra algunas formas graves de TB (por ejemplo, la meningitis) pero no impide el contagio de la enfermedad. Aunque hay otras vías infrecuentes de infección¹¹², la enfermedad se transmite básicamente por vía respiratoria, de persona a persona, a través de pequeñas gotitas infecciosas procedentes de las secreciones respiratorias de enfermos con TB pulmonar activa.

La TB constituye una de las endemias más severas que afecta a la población de Bolivia. Las tasas de incidencia de la enfermedad registradas en el país se ubican entre las más altas de América Latina, las que, junto a altos índices de pobreza, crean las mejores condiciones de transmisión y perpetuación de la enfermedad (PNCT).

El número de pacientes curados respecto del total de notificados es el indicador de resultado seleccionado por el CIMDM para observar la evolución de la TB en el país. Desde el año 2000, el indicador es desagregado por departamentos. Los pacientes notificados son aquellos que se acercan a un centro de salud con algún síntoma de TB. Una proporción de éstos es efectivamente evaluada e inicia el tratamiento correspondiente, el resto no es necesariamente diagnosticado, debido a factores externos, y, por tanto, no seguirá tratamiento alguno en caso de ser TB activo. Los pacientes curados son aquellos con diagnóstico positivo que completan todas las dosis del tratamiento.

El sistema de información y registro sobre el diagnóstico y vigilancia de TB está a cargo de la red de servicios de salud, que se encarga de la detección y control de los enfermos de TB a través de personal capacitado. La información es consolidada por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) para la construcción de indicadores. Existe subregistro en la notificación de casos, explicado por el hecho de que el personal de salud no logra, en ocasiones, distinguir claramente los síntomas de la enfermedad.

Entre 2000 y 2004, la proporción de pacientes curados respecto del total de notificados en el departamento de La Paz presenta un comportamiento prácticamente estable, al igual

110 El Fondo Global fue creado por la Asamblea General de las Naciones Unidas y canaliza recursos provenientes de varios países del mundo en calidad de donación para el control del VIH/sida, tuberculosis y malaria, consideradas como las tres enfermedades de mayor mortalidad en el mundo.

111 El bacilo de Koch puede infectar, aunque rara vez, a otros primates y mamíferos, como perros y gatos domésticos.

112 Existen otras formas de transmisión, como la digestiva, pero que perdieron importancia debido a la aplicación de medidas higiénicas, como la pasteurización de la leche.

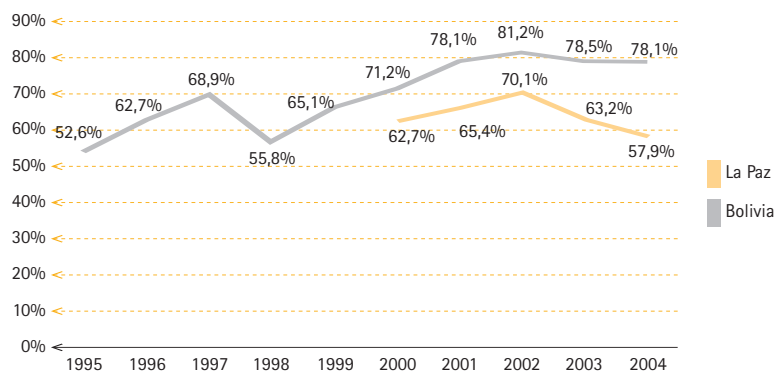
que el promedio nacional. No obstante, las cifras en el ámbito regional fueron siempre menores respecto al promedio de Bolivia en todo el periodo (gráfico 56).

En el año 2004, La Paz registra una tasa de 57,9% de pacientes curados respecto al total de notificados, mientras que a nivel nacional la tasa es del 78,1% (cuadro 25).

En cinco departamentos del país no se presentan diferencias significativas en el indicador seleccionado en el marco de los ODM (Cochabamba, el Beni, Chuquisaca, Santa Cruz y Tarija), aunque persisten desigualdades más amplias con los otros cuatro, principalmente con el departamento de La Paz, que se ubica en el último puesto, con el indicador más bajo (gráfico 57).

gráfico
56

Porcentaje de pacientes curados respecto del total de notificados



Fuente: PNCT.

cuadro
25

La Paz: número de pacientes curados respecto del total de notificados

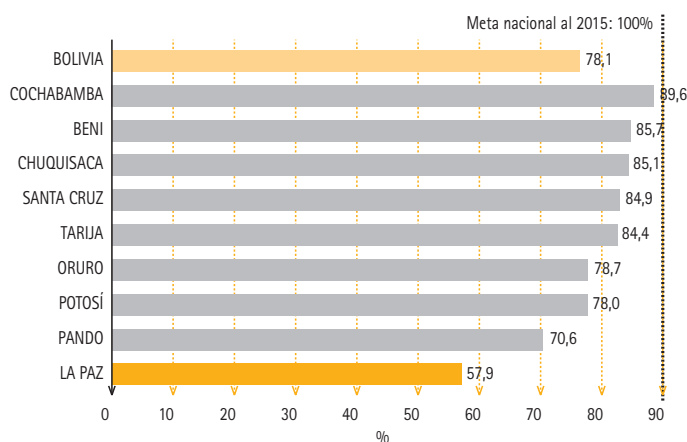
Indicador	Nacional		Meta de desarrollo del milenio	Departamento de La Paz	
	1990 ⁽¹⁾	Año más reciente 2004		2000 ⁽²⁾	Año más reciente 2004
<i>Objetivo 6: Haber detenido e iniciado la reducción de la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.</i>					
<i>Meta 6.2: Haber detenido en 2015 e iniciado la reversión de la incidencia de la tuberculosis.</i>					
Pacientes curados respecto del total de notificados (%)	52,6 (1995)	78,1	95,0	62,7	57,9

Fuente: PNCT.

Nota: (1) La Declaración del Milenio estableció como año base de los ODM el año 1990.

(2) Para este indicador no se dispone información desagregada por departamento para el año base.

Porcentaje de pacientes de TB curados respecto del total de notificados según departamento (2004)



Fuente: PNCT.

El indicador de pacientes curados respecto de total de notificados no revela una buena capacidad de respuesta del PNCT en La Paz, aspecto que se refleja en una incidencia de TB departamental que no disminuyó significativamente en los últimos años. Entre 1996 y 2005, la incidencia de la enfermedad en el departamento se redujo de 112 a 106 por 100.000 habitantes (cerca de seis puntos), mientras que el promedio nacional lo hizo de manera más acelerada, disminuyendo el indicador cerca de 34 puntos (de 132 a 98 por 100.000 habitantes). Este comportamiento ha ocasionado que los niveles de incidencia de TB de La Paz sean superiores al promedio nacional en los últimos cuatro años. En 2005, La Paz se ubica como el tercer departamento con riesgo muy severo de TB, después de Santa Cruz y Pando.

En 2005, la TB de tipo pulmonar representó el 73,3% del total de casos en La Paz, aunque que la extra pulmonar se incrementó en los últimos años. Entre 1995 y 2004, el número de baciloscopías de esputo para la detección de TB aumentó de 18.111 a 62.634, no obstante, el número de casos de TB pulmonar BAAR+ con baciloscopia de esputo positiva disminuyó de 1.736 a 1.661. Esto sugiere que el PNCT realiza los esfuerzos necesarios para disminuir el número de casos no detectados o no tratados en el departamento.

El PNCT ha definido una meta del 95% de pacientes curados respecto al total de notificados, a ser alcanzada en el año 2015. Siguiendo el ritmo de progreso registrado en los últimos años, y dada la intención del programa de mejorar los registros y la detección de casos —lo que está sujeto a la disponibilidad de recursos financieros—, se espera que el valor del indicador en el nivel nacional sea cercano a la meta. En los siguientes nueve años, el departamento de La Paz deberá realizar los esfuerzos necesarios para cubrir los 32 puntos porcentuales que le restan para alcanzar la cifra establecida para 2015.

Áreas endémicas de tuberculosis y grupos poblacionales en riesgo

El comportamiento de la morbilidad por municipios, según los datos del SEDES de La Paz para el año 2005, refleja que los niveles de riesgo muy severo de la enfermedad se presentan en los siguientes 19 municipios: Quiabaya, Sorata y Tacacoma (región del Altiplano

Norte), Guanay, Tipuani, Teoponte, Mapiri y Caranavi (región de la Amazonia), Palos Blancos, Coroico, Coripata, Chulumani, Irupana, La Asunta y Yanacachi (región de los Yungas), Desaguadero (región del Valle Norte), Cajuata y Licoma (región del Valle Sur) y Waldo Ballivián (región del Altiplano Sur).

Cualquier persona puede contraer la infección del bacilo de Koch, pero no todas desarrollan la enfermedad tuberculosa. La gran mayoría de las personas sufren un cuadro asintomático o asociado a síntomas leves idénticos a los de una infección respiratoria viral, que cede espontáneamente, pudiendo dejar alguna cicatriz en el pulmón o en ganglios linfáticos. Tan sólo entre el 5% y el 15% de las personas con primoinfección desarrollarán finalmente la enfermedad tuberculosa: una proporción la desarrolla en los primeros meses tras la primoinfección y el resto tardíamente, incluso pasadas varias décadas.

Los grupos humanos más vulnerables al desarrollo de la enfermedad son aquellos que descuidan su alimentación y habitan o trabajan en lugares con poca circulación de aire. Debido a estas características, la enfermedad se concentra mayormente en poblaciones económicamente deprimidas y marginales, donde se presentan altas tasa de hacinamiento y de desnutrición.

El riesgo de infección o reactivación temprana de TB es también mayor en las personas que tienen enfermedades que disminuyen sus defensas, como diabetes, VIH/sida y silicosis. Los drogadictos, alcohólicos y aquellos que no recibieron el tratamiento oportuno y adecuado para combatir la infección de TB, tienen mayor propensión a desarrollar los cuadros tuberculosos.

De acuerdo con la información proporcionada por el PNCT, se observa que el riesgo de infección por TB en el departamento de La Paz, y en el país en general, es mayor en la edad productiva y reproductiva, pues en ambos grupos etáreos se concentra respectivamente más del 77% y 68% de los enfermos tuberculosos. Esto significa para la sociedad años perdidos de productividad y realización social.

Marco institucional y financiamiento del Programa Nacional de Control de Tuberculosis

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) también forma parte del Escudo Epidemiológico del MSD. El PNCT es el programa de control de enfermedades más antiguo, y tiene como objetivo disminuir la transmisión del bacilo de Koch y la enfermedad y muerte por TB en la población boliviana. La operativización y ejecución de las acciones del PNCT se realizan bajo un esquema descentralizado, en el que el nivel central mantiene las funciones de formulación de políticas, normativa, facilitadora y fiscalizadora.

A partir de 1982, siguiendo normas internacionales, las actividades de control y diagnóstico del PNCT se integraron a la atención primaria de salud, y se modernizó el tratamiento de TB. Estos cambios representaron un salto cualitativo y cuantitativo en cuanto a cobertura y calidad de la atención, pero que en el largo plazo enfrentaron una fase de deterioro.

Con la finalidad de mejorar la vigilancia epidemiológica y la curación de enfermos tuberculosos, el programa comenzó en 1994 a aplicar la estrategia de corta duración DOTS (Tratamiento Acortado Directamente Observado), recomendada por la OMS por ser altamente costo-efectiva. Entre los componentes implementados en el marco de esta estrategia se encuentran: (i) el suministro regular de medicamentos e insumos de laboratorio en todos los servicios de salud; (ii) la organización en la detección, diagnóstico y tratamiento de casos; (iii) el diagnóstico gratuito mediante el examen de esputo en los sintomáticos respiratorios que acuden a los servicios de salud y a la red de laboratorios; (iv) seguimiento directo

de la ingesta de medicamentos por el personal de los establecimientos de salud; (v) un sistema de información oportuno para el registro y seguimiento de los pacientes hasta su curación; y (vi) capacitación, supervisión y evaluación.

La aplicación de la estrategia DOTS se realiza básicamente en los servicios de la red sanitaria, pero involucra también a la comunidad y a varias instituciones existentes en el ámbito nacional (ONG, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, cooperativas de salud, seguros médicos y otros), con el fin de ampliar el control y el tratamiento de TB a todas las personas, principalmente a aquellas de zonas más remotas.

La participación comunitaria se realiza a través de educación sanitaria a las personas infectadas y sus familias, visitas regulares a los hogares y un sistema de vigilancia comunitaria integrado en el sistema de información y registro del Programa. A la fecha, la estrategia DOTS, en su componente comunitario, se aplica en 30 municipios de alto riesgo, que representan el 70% de los casos de TB informados (UDAPE y CIMDM, 2005). En lo que respecta a la participación institucional, en el transcurso del presente año las unidades de la Policía Nacional recibieron capacitación en la detección de casos sospechosos y sintomáticos de TB a través del programa “Paquito salvando vidas”.

La comunicación social y el fomento y promoción de investigaciones epidemiológicas constituyen otras estrategias aplicadas por el PNCT con la finalidad de optimizar la utilización de los recursos humanos y técnicos disponibles en el país, así como innovar en materia de métodos de diagnóstico, medicamentos y vacunas, lo que a su vez permite replantear las estrategias nacionales, regionales y locales de control de la enfermedad. En lo que respecta a las vacunas, el PAI cubre medidas de prevención de TB en recién nacidos a través de la vacunación con BCG. Asimismo, el Programa realiza los esfuerzos necesarios para controlar los casos de infección de TB con VIH/sida. Por último, se ha programado la implementación de un paquete informático en las localidades (siempre y cuando todas ellas puedan contar con equipos), con el fin de disminuir los problemas de subregistro por mala identificación de asintomáticos respiratorios.

Desde 1999, el PNCT cuenta, de manera relativamente predecible y confiable, con recursos transferidos de las cajas de salud. A partir de 2001, el programa recibe recursos del TGN pero con tendencia decreciente en los últimos años. El grueso de los recursos provino de donaciones de la cooperación británica (DFID), cuya ejecución concluyó en 2005, aunque actualmente se está utilizando algunos saldos. A partir de 2004 y hasta fines de 2006, el Fondo Global constituye una fuente adicional de financiamiento para el programa. El 50% del personal del PNCT en el nivel central está financiado por este fondo. Sin embargo, a diferencia del programa de malaria, el personal clave está financiado por el TGN (UDAPE, 2005a).

Retos al cumplimiento de las metas en VIH/sida, Chagas, malaria y tuberculosis

La falta de apoyo presupuestario regular a los programas nacionales de vigilancia y control de vectores y VIH/sida, expresado en una asignación de recursos del TGN muy variable, constituye un factor de riesgo importante para la consolidación de las mejoras epidemiológicas logradas hasta fines del año 2005. Este aspecto se ha visto agravado por la inestabilidad político-social que el país enfrentó en los tres últimos años, poniendo en peligro la continuidad en las actividades operativas de los programas, principalmente el de malaria, debido a cambios en las políticas sectoriales y de los funcionarios públicos.

El financiamiento externo –que procede del Fondo Global para los programas de lucha contra la malaria, el VIH/sida y la TB y de otras agencias de cooperación (del BID para el caso de Chagas y del DFID para la TB)– ha sido de gran utilidad para la implementación

de acciones de lucha contra las enfermedades, así como para el financiamiento de una parte importante de los recursos humanos de los programas. Sin embargo, la disponibilidad de estos recursos concluyó a finales de 2006, lo que no sólo puede afectar la continuidad del accionar del programa, sino también su estabilidad institucional.

La participación de las prefecturas de departamento y de los gobiernos municipales de las áreas endémicas como contrapartes financieras para el control de enfermedades transmitidas por vectores podría contrarrestar las restricciones presupuestarias de los programas. Ya en 1996, parte de la responsabilidad financiera de la lucha contra la malaria y otros programas nacionales fue transferida a estos dos niveles del Estado, en el marco de la Ley de Descentralización Administrativa 1654. Sin embargo, la escasez de recursos disponibles en estos ámbitos, así como una débil coordinación con el nivel central, son factores que impiden la efectividad de esta normativa.

Actualmente, el impuesto directo a los hidrocarburos (IDH) constituye una fuente importante de financiamiento para los programas. El D.S. 28421 de 2005 define la distribución de este impuesto, y en materia de salud asigna a las prefecturas, entre sus competencias, poner la contraparte para equipamiento, transporte, medicamentos e impresión de materiales para la prevención y control de enfermedades. Los municipios deben financiar campañas de vacunación y acciones municipales de prevención y control de enfermedades endémicas, tales como Chagas, malaria, TB y otros.

Este nuevo esquema de financiamiento permitirá reducir la vulnerabilidad de los programas públicos seleccionados. Por otra parte, la elección de prefectos departamentales brinda la posibilidad de inducir políticas regionales para el desarrollo social. Sin embargo, las acciones para garantizar la sostenibilidad de los programas seleccionados continúa siendo un desafío para el MSD, en la medida en que logre asegurar los recursos para la compra de productos medicinales y farmacéuticos y la contratación de recurso humano especializado (UDAPE, 2005a).

La Prefectura de La Paz ha dado prioridad en su PDDDES 2006-2010 a mejorar la calidad de vida y las condiciones sociales en el departamento, en el marco de los ODM y en el sector de salud, dentro de la línea de políticas *La Paz solidaria*, con un sistema de administración descentralizada que permite mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, en el que las responsabilidades son compartidas entre el gobierno nacional, los departamentos y los municipios.

El SEDES tiene la visión de construir un sistema departamental de salud integrado y descentrado que abarque una gestión epidemiológica a través de la vigilancia de las enfermedades prevalentes, mejorando la oportunidad de la información, cobertura en vigilancia y control de las enfermedades y el fortalecimiento al liderazgo en vigilancia epidemiológica hospitalaria.

Los programas de vigilancia epidemiológica deben ser sostenibles y asumidos departamentalmente, así como el diagnóstico oportuno, la prevención, la calidad en el tratamiento de las enfermedades, el control y el seguimiento.

GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE

El Objetivo 7 de la Declaración del Milenio establece el compromiso de “garantizar la sostenibilidad del medio ambiente” como uno de los aspectos vitales para el desarrollo humano. El concepto de desarrollo sostenible establece principios para cubrir las necesidades humanas sin reducir la capacidad del medio ambiente para proveer dichas necesidades a lo largo del tiempo. En consecuencia, exige un balance en el desarrollo de las actividades

humanas, manteniendo una provisión estable de los recursos naturales, y abarca un concepto amplio de manejo sostenible del capital natural¹¹³, principalmente la protección de bosques y la biodiversidad, así como la reducción de la degradación ambiental¹¹⁴.

La evaluación de la sostenibilidad del medio ambiente bajo la perspectiva de los ODM propone una perspectiva de derechos básicos fundamentales al acceso a fuentes de agua, saneamiento y aprovechamiento sostenible de los recursos naturales como medios para mejorar el desarrollo humano y el potencial de crecimiento económico.

En el ámbito internacional, el seguimiento al ODM-7 incluye indicadores vinculados a la superficie de bosques, zonas protegidas, utilización de energía y emisiones de dióxido de carbono, contaminación atmosférica, acceso de la población rural a fuentes de agua mejoradas y cantidad de población urbana que vive en tugurios. A pesar de la amplitud de este objetivo, el tercer informe sobre los ODM en Bolivia propuso realizar seguimiento a dos indicadores: (i) cobertura de agua potable, y (ii) cobertura de saneamiento básico. Recientemente, el cuarto informe introdujo nuevos indicadores que extienden el concepto de desarrollo sostenible; éstos son: (i) proporción de superficie cubierta de bosques, (ii) superficie de áreas protegidas, (iii) consumo de clorofluorocarbonos, y iv) emisión de dióxido de carbono.

Pese a que el cuarto informe sobre los ODM extendió el número de indicadores en este objetivo, la evaluación a nivel departamental se concentra únicamente en la evolución de las coberturas de agua potable y saneamiento básico.

Cobertura de agua potable

La cobertura de agua potable se calcula con los datos de los censos de población y vivienda, a partir de la proporción de población que vive en viviendas que cuentan con conexiones domiciliarias por cañería, se surten de agua mediante piletas públicas o pozos con bomba. Luego de los censos, los indicadores se actualizan a partir de la información sobre nuevos proyectos de agua potable ejecutados y finalizados que reportan una estimación de la población beneficiaria durante cada gestión.

A escala nacional, en el año 1992 el 57,5% de la población boliviana contaba con servicios de agua potable, mientras que en 2004 la cobertura nacional se elevó a 72,3%. Sin embargo, a pesar de contar con mayor cobertura de agua potable, aún persisten brechas significativas entre el área urbana y rural: en 2001 cerca al 43% de la población rural no disponía de agua potable¹¹⁵, y esta brecha es más elevada en comparación con centros poblados y capitales departamentales.

113 La medición del capital natural es una propuesta realizada principalmente por el Banco Mundial con el objeto de determinar la contribución de los recursos naturales a la riqueza total y al crecimiento de las economías nacionales (CEPAL, 2006).

114 Véase PNUD, 2006.

115 Viceministerio de Servicios Básicos, 2002.

cuadro
26

La Paz: cobertura de agua potable

Indicador	Nacional		Meta de desarrollo del milenio	Departamento de La Paz	
	1990 ⁽¹⁾	Año más reciente 2005		1992 ⁽²⁾	Año más reciente 2005
<i>Objetivo 7: Garantiza la sostenibilidad del medio ambiente.</i>					
<i>Meta 7.1: Disminuir a la mitad para el 2015 la proporción de población sin acceso sostenible a agua potable y saneamiento básico.</i>					
Tasa de Cobertura de agua potable (%)	57,5 (1992)	71,7	78,5	57,9	81,9

Fuente: Elaborado con base en información provista por Viceministerio de Servicios Básicos.

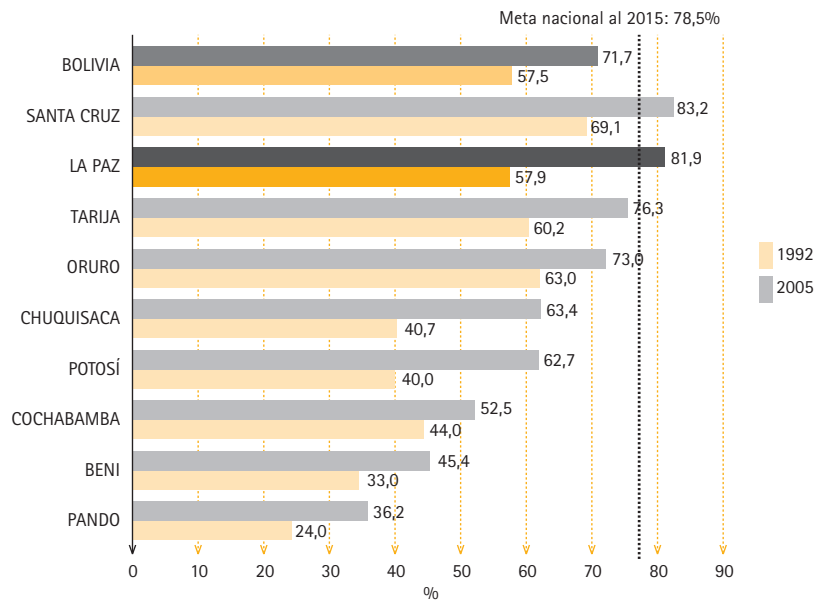
Nota: (1) La Declaración del Milenio estableció como año base de los ODM el año 1990.

(2) Para este indicador no se dispone información desagregada por departamento para el año base.

En el promedio nacional, la población que en 1992 no contaba con servicios de agua potable alcanzaba a 42%, por lo tanto, en los informes nacionales se fijó la meta de reducir dicho porcentaje a la mitad (21%), de manera que la cobertura deberá alcanzar a 78,5% en el año 2015. En 2005, el indicador nacional de la cobertura de agua potable se hallaba cerca a 6 puntos porcentuales de alcanzar la meta.

gráfico
58

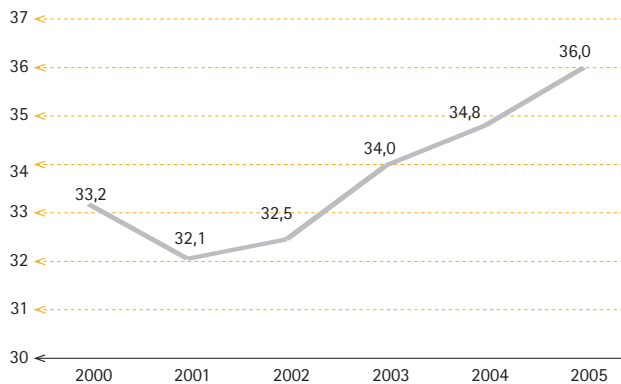
Cobertura de agua potable según departamento (en porcentaje)



Fuente: Viceministerio de Servicios Básicos

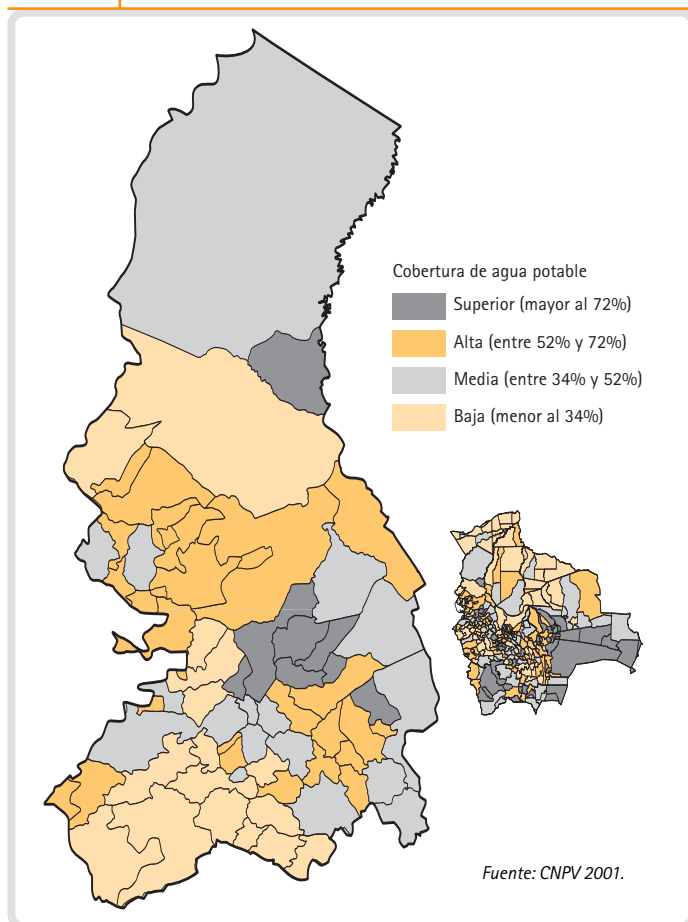
gráfico
59

La Paz: consumo de agua domiciliario (en millones de metros cúbicos)



Fuente: INE, 2006.

La Paz: Cobertura de agua potable según municipio, 2001 (en porcentaje)



En 1992, el departamento de La Paz presentó una cobertura de agua potable por encima del promedio nacional, y mantuvo una tendencia ascendente (cuadro 26). En 2005, el 81,9% de la población paceña contaba con agua potable, por lo que el departamento es el segundo con mayor cobertura en el país, después de Santa Cruz.

Entre 1992 y 2001, la cobertura de agua potable aumentó en todos los departamentos, sin embargo, se incrementó la desigualdad en el acceso entre departamentos: Santa Cruz y La Paz tienen coberturas que sobrepasan el 80%, en tanto que en el Beni y Pando las coberturas se mantienen por debajo del 50%. Tales diferencias podrían atribuirse a la baja densidad demográfica y a la dispersión de la población en estos últimos departamentos (gráfico 58).

La distribución de la cobertura municipal de agua potable en el departamento de La Paz alcanza elevados niveles de desigualdad. Sobre un total de 80 municipios, 18 (casi la cuarta parte) se hallan en el grupo con menor cobertura del país, por debajo del 34% de la población. Estos municipios están ubicados en las regiones de la Amazonia, Altiplano Norte y Altiplano Sur (mapa 9).

Los conflictos del agua y la incertidumbre producida a principios de la presente década determinaron una declinación absoluta del consumo doméstico en el departamento, sobre todo en el área metropolitana. Recién en los últimos años se elevó el consumo de agua, alcanzando en 2005 a los 36 millones de pies cúbicos por año (gráfico 59).

Cobertura de saneamiento básico

La medición de la cobertura de saneamiento básico considera, al igual que la de agua potable, la información del censo aproximada a partir del porcentaje de población que dispone de alcantarillado, cámara séptica y, en el área rural, incluye también el uso de pozo ciego. Para años posteriores al CNPV 2001, la cobertura se registra de acuerdo a la estimación del número de beneficiarios de proyectos de saneamiento básico ejecutados y concluidos durante cada gestión¹¹⁶, como porcentaje de la población proyectada.

En 1992, la información censal señalaba que el 28% de la población boliviana contaba con servicios de saneamiento básico; este porcentaje se incrementó hasta 43,5% en el año 2005, datos que fueron reportados en el cuarto informe de los ODM. En la gestión 2005, el departamento de La Paz tenía una cobertura de servicios de saneamiento básico de 60,8%, cuando el porcentaje era del 32,3% en 1992. En el último año observado, La Paz ocupó el primer lugar en cobertura de este servicio (cuadro 27).

116 La cobertura se realiza sobre la población proyectada de cada año. No incluye proyectos de mantenimiento de la infraestructura de saneamiento básico, toda vez que no incorpora nuevos usuarios del servicio.

La Paz: cobertura de saneamiento básico

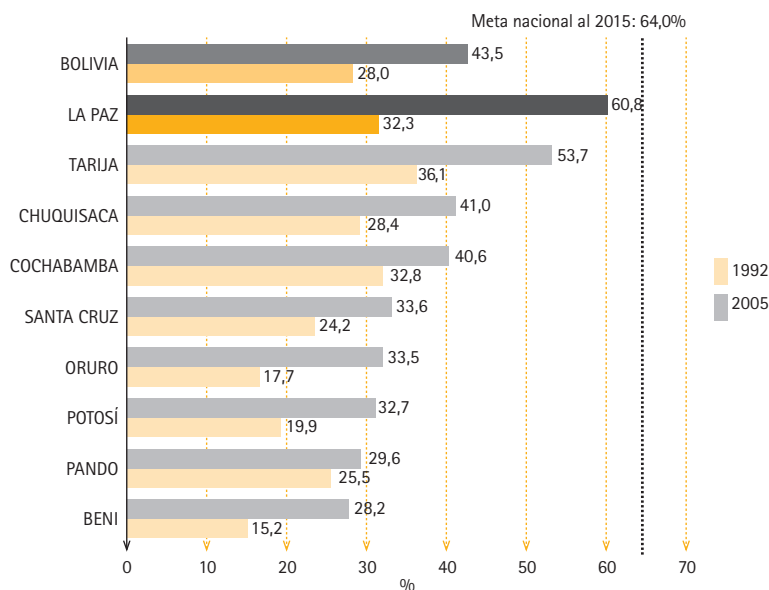
Indicador	Nacional		Meta de desarrollo del milenio	Departamento de La Paz	
	1990 ⁽¹⁾	Año más reciente 2005		1992 ⁽²⁾	Año más reciente 2005
<i>Objetivo 7: Garantiza la sostenibilidad del medio ambiente.</i>					
<i>Meta 7.1: Disminuir a la mitad para el 2015 la proporción de población sin acceso sostenible a agua potable y saneamiento básico.</i>					
Cobertura de saneamiento básico (%)	28,0 (1992)	43,5	64,0	32,3	60,8

Fuente: Viceministerio de Servicios Básicos.
Nota: (1) La Declaración del Milenio estableció como año base de los ODM el año 1990.
(2) Para este indicador no se dispone información desagregada por departamento para el año base.

La cobertura de saneamiento básico en el departamento de La Paz tuvo un aumento considerable, probablemente por una expansión rápida de servicios en ciudades como El Alto.

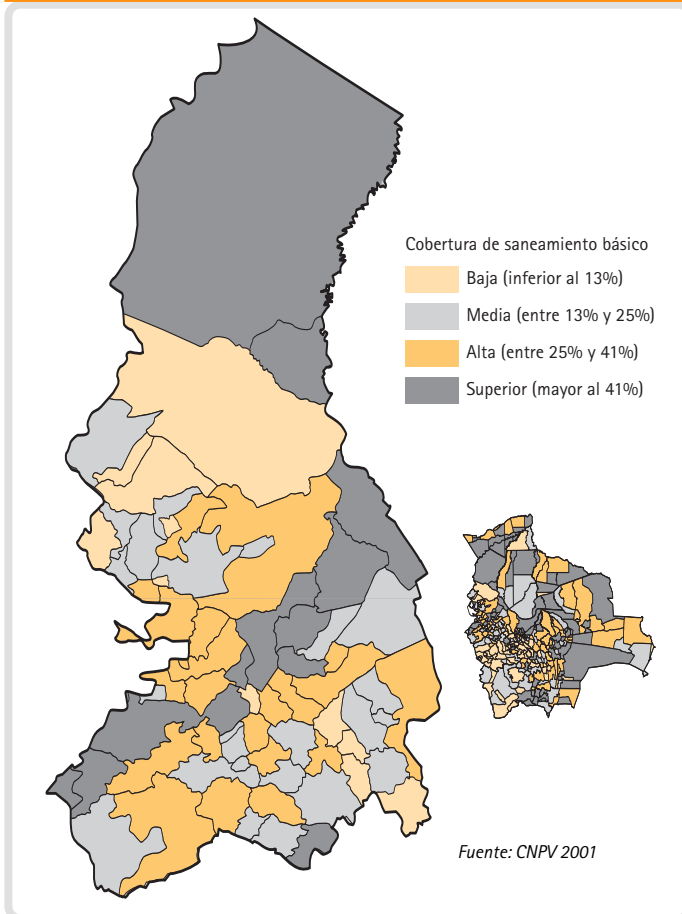
Las diferencias en el acceso a saneamiento básico entre departamentos se fueron reduciendo desde los años noventa. En 1992, Tarija era el departamento con mayor cobertura (39,1%), casi tres veces la cobertura del Beni (15,2%), en tanto que en el año 2005, la diferencia entre el primer departamento (La Paz) y el último (Beni) es poco más del doble.

Cobertura de saneamiento básico según departamento (en porcentaje)



Fuente: Sistema de Información de Agua y Saneamiento.

La Paz: cobertura de saneamiento básico según municipio, 2001



Las coberturas municipales del acceso a saneamiento básico revelan que 12 municipios del departamento de La Paz – Achocalla (región Metropolitana), Puerto Acosta y Tito Yupanqui (región Valles Norte), Aucapata, Quiabaya, Combaya, José Pérez y Curva (región Altiplano Norte), Apolo (región Amazonia), Yaco, Cairoma y Colquiri (región Valles Sur)– son parte del grupo de municipios con las coberturas de saneamiento básico más bajas del país (menores al 13% de la población).

Instituciones para la provisión de agua y saneamiento

Durante la presente década, varios movimientos sociales se articularon en torno a la demanda de cambios institucionales en la provisión de agua y saneamiento. En el año 2000, la denominada “guerra del agua” logró la expulsión de la empresa Aguas del Tunari de Cochabamba, por la elevación de las tarifas del servicio de agua. En 2003, la Federación de Juntas Vecinales de El Alto (FEJUVE) demandó a la empresa Aguas del Illimani por negar el acceso al agua potable a la población de dicha ciudad.

Las empresas prestadoras de servicios (EPSA), que lograron contratos con el Estado a partir de un proceso de privatización del sector, hoy están siendo cuestionadas por incumplir contratos de inversión para incrementar las coberturas. A fines de 2006 se concertó la salida de la empresa Aguas del Illimani (AISA) y el sector, encabezado por el Ministerio del Agua, desarrolló propuestas para

encontrar arreglos institucionales que permitieron emitir un decreto supremo para la disolución del contrato con AISA. Como siguiente paso, se iniciará un proceso de transición, que duraría entre tres y seis meses y que será administrada transitoriamente por el Fondo Nacional de Desarrollo Regional mediante un contrato de fideicomiso. Asimismo, se creará una comisión encargada de estructurar a la nueva empresa, cuya administración estará a cargo de los municipios y tendrá control social¹¹⁷.

La regulación del sector y las políticas estuvieron enmarcadas en el Plan Bolivia, Sector Agua y Saneamiento. Este plan debería enfrentar varios desafíos, entre ellos: (i) la escasa efectividad de la asistencia técnica recibida por el sector, (ii) la insuficiencia de inversiones, (iii) la debilidad de la entidad de regulación y (iv) la falta de transparencia asociada con dispersión e insuficiencia de información.

El plan del sector propuso establecer mancomunidades para la provisión conjunta de servicios, con una visión regional que sea capaz de compensar las debilidades atribuidas a la atomización de servicios y mantener una gestión descentralizada que optimice las inversiones en el sector. Al mismo tiempo, impulsó modificaciones a la política financiera sec-

117 Información en el periódico *La Razón*, domingo 31 de diciembre de 2006.

torial en 2004, para apoyar la sostenibilidad y la mayor eficacia de los recursos asignados al sector.

Los cambios en la normativa para la concesión de operaciones y en la distribución de servicios están contenidos en la propuesta de la nueva Ley de Aguas, que está debatiéndose en diversas instancias antes de su aprobación. Dicha propuesta deberá proporcionar directrices para la explotación de recursos hídricos, la distribución del servicio y la promoción al aumento de las coberturas.

En el PND se está diseñando una política financiera sectorial que permitirá canalizar inversiones bajo la nueva Ley de Servicios de Agua Potable y Alcantarillado. Las líneas de inversión se orientarán principalmente hacia los pueblos indígenas y originarios y a las inversiones en áreas productivas. El PND potenciará a las empresas prestadoras de servicios (EPSA), incluyendo a las cooperativas y las formas asociativas que proveen los servicios de agua potable. El Estado establecerá los principios para la regulación de uso y acceso a fuentes de agua para la prestación de servicios de agua y saneamiento. De acuerdo al PND, las políticas promoverán el aprovechamiento sostenible de los recursos hídricos, con prioridad para el consumo humano.

En el año 2005, el sector planteó la definición de áreas metropolitanas para la generación de economías de escala, la flexibilización de modelos de gestión para EPSA y la creación de sociedades anónimas mixtas. También se propuso la modalidad de utilizar sistemas de subsidios, acceso a asistencia técnica y establecer metas de inversión y utilización de fondos concursables. Las líneas estratégicas incluían la implementación de una política financiera sectorial y un mecanismo institucional para el financiamiento del sector, la promoción de la participación del sector privado en la gestión y el financiamiento de los servicios y el fortalecimiento del marco normativo y el sistema regulatorio del sector.

A partir de la creación del Ministerio del Agua, a principios de 2006, la normativa del sector está en proceso de reformulación. Asimismo, el gobierno está avanzando en propuestas para un diseño de regulación, terciarización y definición del papel de la Fundación para el Desarrollo del Saneamiento Básico (FUNDASAB) y de la política financiera sectorial¹¹⁸.

Recientemente las autoridades del sector enfatizaron en el fortalecimiento de las competencias del Viceministerio de Cuencas y Recursos Hídricos, para promover la participación de la sociedad civil en la implementación de la gestión integral, participativa y sostenible de estos recursos, respetando los conocimientos, los usos tradicionales y la diversidad cultural; coadyuvando a la integración y al desarrollo sostenible de cuencas y ecosistemas transfronterizos. Dicha iniciativa está orientada a establecer mecanismos financieros que aseguren la sostenibilidad para la implementación de la gestión integrada de recursos hídricos y el manejo de cuencas.

El Viceministerio de Servicios Básicos pondrá énfasis en las metas relacionadas con el aumento de las conexiones de agua potable, alcantarillado, tratamiento de aguas servidas, residuos sólidos y desagüe pluvial. Además de la modificación de la normativa, este viceministerio elabora reglamentos para la Ley de Agua y Saneamiento, la Ley del Fondo de Recursos para Saneamiento Básico, la Ley de Residuos Sólidos, el Fortalecimiento de la Fundación de Apoyo a la Sostenibilidad en Saneamiento Básico con Participación Social, la creación y el fortalecimiento de una institucionalidad regulatoria descentralizada; y la orientación de los programas y proyectos por unidades territoriales.

El Ministerio del Agua establecerá una normativa que respete la organización según usos y costumbres de las poblaciones y comunidades indígenas y campesinas. Recientemente

118 Orellana, 2006.

se estimó que la inversión para alcanzar las metas en agua debería acercarse a los 238 millones de dólares. Para saneamiento, la inversión necesaria se calcula en aproximadamente 433 millones de dólares, a la cual se agrega el monto necesario para el fortalecimiento de las entidades prestadoras de servicios de agua potable.

A pesar de que la provisión de agua en las localidades cae fuera del ámbito de las competencias prefecturales, probablemente se deba buscar complementariedad entre las instancias nacionales y locales, especialmente en aquellas áreas regionales que no cuentan con la cobertura del servicio.

Existe una marcada tendencia a incorporar a la sociedad civil y a mecanismos de control social en las empresas de agua. De acuerdo con las autoridades locales, sería inviable establecer empresas de agua totalmente privadas, dado que se cubre mercados de baja capacidad económica. Por tanto, debe establecerse arreglos institucionales para generar incentivos que permitan expandir las coberturas de servicios. La demanda por una participación estatal tendrá que definir normas para impedir prácticas de corrupción, falta de financiamiento y manejo clientelar de las proveedoras de agua.

En la Prefectura de La Paz, el PDDES 2006-2010 establece *La Paz solidaria*, una línea de políticas dirigida a mejorar la calidad de vida de la población del departamento, que incluye la focalización de acciones públicas para el cumplimiento del ODM en el tema de saneamiento básico.

Aunque entre sus competencias no figura directamente la provisión de agua potable, las acciones concurrentes, especialmente en el área rural, justifican su participación institucional, como la perforación de pozos subterráneos para la provisión de agua, proyecto ejecutado juntamente con los municipios de la región del Altiplano.

La conservación y preservación del medio ambiente es otra estrategia dirigida al aprovechamiento racional de los recursos de la biodiversidad, manteniendo un departamento ambientalmente sano y sostenible para las futuras generaciones a través del manejo integral de cuencas, reforestación, mancomunidades con cobertura de relleno sanitario y tratamiento de aguas residuales, así como el cumplimiento pleno de la normativa ambiental y la prevención y gestión de riesgos.

La política de la prefectura debe orientarse principalmente a incorporar los principios del desarrollo sostenible y el cuidado del medio ambiente en programas concurrentes con los municipios, apuntando a revertir la pérdida y degradación de los recursos de los recursos naturales y al incremento de la cobertura y acceso a los servicios de agua potable y saneamiento básico, especialmente en áreas rurales, lo cual debe también incidir en la reducción de la mortalidad infantil y de las enfermedades endémicas.



Conclusiones y lineamientos de política

Los ODM en el departamento de La Paz presentan una situación paradójica, pues a pesar de la mayor cobertura de servicios básicos con relación al promedio nacional, sus indicadores, especialmente en desnutrición y mortalidad materna, son más elevados respecto al promedio nacional.

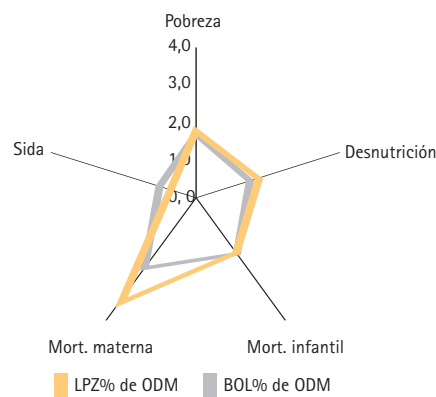
La desnutrición crónica en niños menores de tres años en el ámbito nacional está un 50% por encima de la meta nacional, mientras que en La Paz este indicador se sitúa un 70% por encima de la meta; la mortalidad infantil, tanto en el ámbito nacional como en el departamental, es 1,7 veces más alta que la meta del milenio; las tasas de mortalidad materna el departamento de La Paz son también sustancialmente más altas, en tanto que la prevalencia de VIH/sida es menor que el promedio nacional.

La cobertura de la mayoría de los servicios sociales básicos en el departamento de La Paz alcanzó niveles por encima del promedio nacional: la cobertura neta de primaria en 2005 es del 98% y la tasa bruta de término de 8° de primaria es del 89%, frente al 80% nacional; las coberturas de agua y saneamiento básico son sustancialmente más elevadas en el departamento y la cobertura de vacuna pentavalente es similar al promedio nacional. Únicamente se observa rezago en la cobertura de parto institucional.

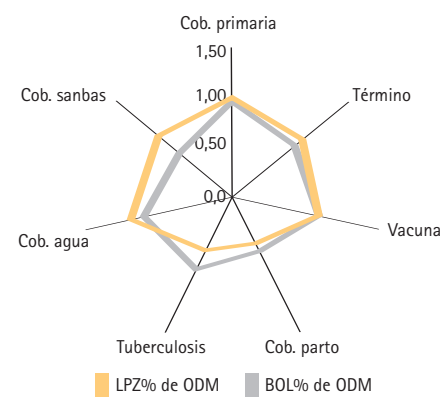
gráfico
61

Cumplimiento de los ODM en el departamento de La Paz

(a) Pobreza, nutrición y enfermedades



(b) Cobertura de servicios



Fuente: Elaboración propia con base en datos oficiales.

La situación descrita y evaluada a lo largo del documento brinda importantes datos para proponer acciones descentralizadas. La Prefectura de La Paz, desde la gestión y el desarrollo institucional, comprende que es necesario aumentar la efectividad de los servicios y emprender programas novedosos para lograr mayores avances hacia las metas del milenio. Plantea, en este sentido, un marco estratégico plasmado en el PDDDES y acciones concurrentes con el Gobierno central y los gobiernos municipales.

La Prefectura del departamento de La Paz basa su estrategia de gestión en una nueva tendencia y en una visión institucional incorporada en el Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social (PDDDES) 2006-2010. Articula su concepción general, sus objetivos, metas e instrumentos técnicos al Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”, compatibilizando así los procesos de planificación nacional y departamental.

La diversidad geomorfológica, ecológica, agroecológica, productiva, social, étnica y cultural que presenta el departamento de La Paz, así como la red vial y la organización política y económica, pusieron de manifiesto la necesidad de identificar escenarios más homogéneos de planificación que la articulen. Bajo esta premisa, la prefectura dividió el departamento en siete regiones: (i) Amazonia, (ii) Yungas, (iii) Metropolitana, (iv) Valles Norte, (v) Valles Sur, (vi) Altiplano Norte y (vii) Altiplano Sur.

La visión de desarrollo propone un equilibrio entre las regiones, con objetivos y retos dirigidos a conformar una sociedad de emprendedores, con desarrollo industrial y turístico como base de una economía moderna, políticamente democrática, económicamente fuerte, socialmente integrada y con identidad cultural propia.

La posibilidad de crecimiento en el mediano y largo plazo a través de la agregación de valor a los recursos naturales, la capacidad de trabajo y la creatividad de su mano de obra, la incorporación masiva de pequeñas y medianas empresas, así como la integración de las economías urbana y rural y su articulación con las áreas de influencia geoeconómica, son algunas de las potencialidades identificadas en el departamento.

Los tres pilares del PDDDES son: (i) Participación productiva, a través del fortalecimiento e integración de los pequeños y microproductores de la ciudad y el campo a las cadenas de valor y de exportación; (ii) Alianzas público-privadas, estableciendo vínculos de complementariedad en la distribución de inversiones, riesgos, responsabilidades y ganancias. (iii) Desarrollo departamental con desarrollo local como principio rector de las políticas públicas descentralizadas, que busca una colaboración o alianza estratégica activa entre la prefectura y los gobiernos locales para la ejecución de inversiones concurrentes y la coordinación de planes, así como para compartir las responsabilidades.

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PARA ALCANZAR LOS ODM

La visión estratégica de la Prefectura de La Paz tiende a priorizar el desarrollo productivo, la integración del departamento y el desarrollo humano. La programación de acciones para el cumplimiento de los ODM en el departamento hasta el año 2015 propone lineamientos de políticas en un marco regionalizado, de concurrencia o de alianzas estratégicas, tanto con el ámbito nacional como con el local.

Los lineamientos de políticas son:

(i) **La Paz productiva y emprendedora, dirigida a:**

- la atracción de inversiones de capital, restableciendo un clima de negocios propicio a la inversión nacional y extranjera.

- el mejoramiento del desarrollo productivo sostenible y la generación de empleo intensivo en mano de obra, en torno a: mejorar el sector manufacturero para la exportación (textiles, madera, metalmecánica, joyería y artesanía), fomentar la inserción en el mercado internacional, incorporar masivamente a las PyME y las OECA, integrar la economía urbana con la rural, promover la innovación tecnológica y la ampliación del parque industrial en El Alto.
 - el incremento del turismo regional, el turismo comunitario y la producción artesanal a través de la promoción de reservas naturales y culturales en los circuitos turísticos del lago Titicaca y Apolobamba y en los circuitos ecoturísticos del Norte de La Paz y los Yungas.
 - el establecimiento de mecanismos para los agronegocios y la agroindustria, a través de la producción agropecuaria-ecológica de castaña, café, cacao, quinua, frutas, leche y camélidos; y desarrollar el norte de La Paz mediante el aprovechamiento racional, la transformación y la comercialización de los recursos forestales, el desarrollo de la ganadería y la agricultura, el aprovechamiento de los recursos de la biodiversidad.
 - el incremento de la exploración y explotación de los minerales estaño, zinc, wolfram y oro.
- (ii) **La Paz competitiva, dirigida a:**
- el incremento de la infraestructura económica, a través de la construcción y el mantenimiento de caminos, electrificación rural, sistemas de riego y red de telecomunicaciones.
 - el fortalecimiento de los recursos humanos, mediante la formación y capacitación de mano de obra calificada para la producción y los servicios.
 - el apoyo productivo, a través de la asistencia técnica, investigación y tecnología, financiamiento a la producción, control sanitario, cumplimiento de normas técnicas y de calidad, apoyo a las exportaciones, promoción comercial y de inversiones.
- (iii) **La Paz integrada, dirigida a:**
- la unificación con el norte paceño privilegiando el desarrollo forestal y la infraestructura de caminos, transporte y energía.
 - la construcción de una vertebración caminera (corredores Oeste-Norte: Desaguadero-La Paz; Quiquibey; Oeste-Este: Patacamaya-Tambo Quemado; Oeste-Sur: La Paz-Oruro) y el desarrollo de corredores bioceánicos y multimodales (carretero, ferroviario y fluvial).
- (iv) **La Paz solidaria, dirigida a:**
- el mejoramiento de la calidad de vida y las condiciones sociales en el departamento.
 - la superación de los problemas de exclusión social y el avance hacia un desarrollo humano sustentable en un marco democrático y de respeto a los derechos humanos.
 - la focalización de acciones públicas para el cumplimiento de los ODM en tres sectores sociales (salud, educación y saneamiento básico).
 - mejorar la cobertura y calidad de los servicios de educación, salud y servicios básicos con responsabilidades compartidas entre el gobierno nacional, los departamentos y los municipios.

- el incremento de la cobertura y calidad educativa, incluyendo infraestructura, equipamiento y currículo, en coordinación con los gobiernos municipales y el Gobierno Nacional.
- el incentivo de la permanencia escolar no sólo de los alumnos, sino también de los docentes del área rural.
- la generación de una red departamental de solidaridad y protección social dirigida a los grupos sociales más vulnerables y eliminar la discriminación de género, promoviendo la construcción de una sociedad en la que prevalezca el respeto y la valoración de la diversidad y de las diferencias étnicas, lingüísticas, culturales, religiosas y de género, fomentando la igualdad de oportunidades y derechos entre mujeres y hombres en todos los campos de la vida social.
- la generación de un sistema departamental de salud integrado y desconcentrado y el logro de la universalidad del servicio de salud y de esta manera mejorar la cobertura y calidad de los servicios.
- el mejoramiento de la gestión sanitaria a través de la cobertura y la calidad del servicio, el funcionamiento del seguro médico para madres y niños, la sostenibilidad de las acciones de atención primaria y preventivas con enfoque intercultural –como las campañas de vacunación, educación y capacitación– la promoción de los servicios de salud para la aproximación a la población en todo el territorio departamental, la modernización tecnológica de los centros de atención y la coordinación estrecha con los gobiernos municipales.
- la incorporación de los principios del desarrollo sostenible y el cuidado del medio ambiente en programas concurrentes con los municipios, apuntando a revertir la pérdida y degradación de los recursos naturales y al incremento de la cobertura y acceso a los servicios de agua potable y saneamiento básico, especialmente en áreas rurales, lo cual debe también incidir en la reducción de la mortalidad infantil y de las enfermedades endémicas.

ESTRATEGIAS PARA ALCANZAR LOS ODM

ODM 1: Erradicar la extrema pobreza y el hambre

Extrema pobreza

- Impulsar actividades nacientes o externalidades regionales (turismo de otros departamentos).
- Impulsar un crecimiento económico a través del aumento de la productividad, la generación de valor agregado y el incremento en las exportaciones especialmente en sectores manufactureros, turismo, agronegocios, forestales y agroecológicos y el aprovechamiento de los recursos humanos calificados en artesanía y negocios, incidiendo particularmente en el área rural.
- Promover la incorporación del municipio de El Alto y la zona franca de Patacamaya en la instalación de parques industriales, que se constituirían en una plataforma de exportación principalmente hacia el Pacífico.
- Impulsar la participación productiva, que integre a pequeños y microproductores en cadenas de valor y exportación, mediante el fortalecimiento empresarial y de la capacidad asociativa, la generación de redes de producción y la articulación de las pequeñas unidades con medianas y grandes empresas.

- Promover alianzas público-privadas que permitan establecer vínculos de complementariedad en la distribución de inversiones, riesgos, responsabilidades y ganancias.
- Generar desarrollo local, mediante la colaboración activa entre la prefectura y los gobiernos locales en la ejecución de inversiones concurrentes, coordinación de planes y responsabilidades compartidas.
- Promover la articulación de la economía paceña en actividades en torno a servicios, además de aquellas que convergen hacia centros urbanos importantes, como los municipios de La Paz y El Alto.
- Impulsar al sector manufacturero para la exportación (textiles, madera, metalmecánica, joyería y artesanía), fomentar la inserción en el mercado internacional, incorporar masivamente a PyME y OECA e integrar la economía urbana con la rural.
- Promover la innovación tecnológica especialmente en los sectores agroecológicos y agroindustriales.
- Promover el incremento del turismo regional, el turismo comunitario y la producción artesanal a través de la promoción de reservas naturales y culturales en los circuitos turísticos del lago Titicaca y Apolobamba y en los circuitos ecoturísticos del Norte de La Paz y los Yungas.
- Establecer mecanismos para los agronegocios y la agroindustria, a través de la producción agropecuaria-ecológica en castaña, café, cacao, quinua, frutas, leche y camélidos; y desarrollar el norte de La Paz mediante el aprovechamiento racional, transformación y comercialización de los recursos forestales, desarrollo de la ganadería y agricultura, aprovechamiento de los recursos de la biodiversidad.
- Promover el incremento de la exploración y aprovechamiento de los minerales estaño, zinc, wolfram y oro.

Desnutrición crónica

- Promover intervenciones masivas orientadas a la seguridad alimentaria, la salud materna y el acceso a alimentación.
- Impulsar el Programa Desnutrición Cero y la protección social en concurrencia con el nivel departamental.
- Promover programas para mejorar los hábitos alimentarios y la lactancia materna.
- Establecer un sistema departamental de servicio de salud integrado, desconcentrado y universal.
- Entregar una segunda dosis de vitamina A a niños de uno a cuatro años.
- Entregar una dosis completa de micronutrientes (sobres de chispitas nutricionales) a niños de seis meses a dos años.
- Entregar una tercera dosis de jarabe de hierro a niños de tres a cinco años.
- Establecer mecanismos en las redes departamentales de salud para la atención primaria de salud, prioritariamente en el área rural, que incluya control prenatal, atención materno-infantil, alimentación y nutrición; seguridad alimentaria; acciones intersectoriales para el acceso a agua potable, saneamiento básico; centros asistenciales; atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia y atención integral a la mujer, entre otros.

ODM 2: Lograr la educación primaria universal

Cobertura neta del nivel primario

- Establecer incentivos para que los padres matriculen a sus hijos en las escuelas.
- Promover el mejoramiento de la infraestructura educativa.
- Promover que las unidades educativas del área rural tengan ciclos completos del nivel primario.
- Promover sistemas de transporte escolar.
- Promover incentivos de permanencia de docentes en el área rural.
- Establecer un sistema de administración descentralizada que permita mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de educación, con responsabilidades compartidas entre el Gobierno nacional, la prefectura y los municipios.
- Generar programas de escuelas participativas.
- Generar mecanismos de aglutinamiento de la población escolar.
- Generar un currículo local vinculado a la producción, la identidad y la idiosincracia.

Tasa de término bruta a 8° de primaria

- Promover nuevos mecanismos de intervención: incentivos a la demanda, transferencias condicionadas.
- Promover políticas de recursos humanos (reducción de maestros interinos).
- Impulsar el mejoramiento de la calidad educativa (infraestructura, recursos humanos, equipamiento, currículo) en coordinación entre la prefectura, los gobiernos municipales y el Gobierno nacional.
- Establecer un calendario regionalizado para el área rural que sea adecuado al ciclo laboral de los padres, para evitar el abandono o rezago escolar.
- Promover programas de desarrollo socioeconómico, especialmente en el área rural, para evitar la migración, que es una de las causas de deserción escolar.
- Promover políticas educativas en el marco de una visión productiva local.

ODM 3: Promover la igualdad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer

Brecha de género en la tasa de término bruta a 8° de primaria

- Incentivar el desarrollo de nuevos mecanismos de oferta educativa (calendario, transporte escolar, administración de internados).
- Desarrollar programas de capacitación para revertir aspectos culturales y percepciones sociales que vulneran la asistencia y retención de las niñas en la escuela.
- Generar una red departamental de solidaridad y protección social, dirigida a eliminar la discriminación de género, promoviendo el cambio de mentalidad y actitudes individuales y colectivas favorables a la construcción de una sociedad en la que prevalezca el respeto y la valoración de la diversidad y de las diferencias étnicas, lingüísticas,

culturales, religiosas y de género, fomentando la igualdad de oportunidades y derechos entre mujeres y hombres en todos los campos de la vida social.

- Fortalecer el área institucional a cargo del tema de género e incorporar la temática transversalmente en todas las áreas de planificación, para poder generar una red de protección social y solidaridad.
- Promover políticas de orientación de salud reproductiva para evitar la deserción por embarazo prematuro.

Brecha de género en la tasa de término bruta a 4° de secundaria

- Incentivar el desarrollo de nuevos mecanismos de oferta educativa (calendario, transporte escolar, administración de internados).
- Promover programas con enfoque técnico para la inserción laboral en las regiones, diferenciados de acuerdo con su vocación productiva.
- Promover una oferta educativa para promover la retención escolar femenina.
- Generar oportunidades económicas principalmente para las mujeres pobres del campo, ayudándolas a insertarse en el mercado laboral y facilitándoles el acceso a los servicios básicos.
- Promover el bachillerato diversificado técnico-productivo.
- Generar mecanismos para otorgar el título de bachiller gratuito.

ODM 4: Reducir la mortalidad infantil

Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos

- Impulsar la expansión de la oferta de salud en inmunización, prevención y atención a enfermedades.
- Generar mayor inversión y gasto recurrente para mejorar la oferta del sistema de salud.
- Impulsar una mejor calidad de atención en el sistema de salud pública, a través de la disponibilidad, utilización y efectividad de la atención de salud, especialmente en el área rural.
- Promover la expansión de las políticas de aseguramiento público gratuito de madres y niños.
- Impulsar programas de capacitación dirigidos a las madres para mejorar las condiciones de vida en el hogar.
- Establecer un sistema de administración descentralizada que permita mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud, con responsabilidades compartidas entre el Gobierno nacional, la prefectura y los municipios.
- Establecer un sistema departamental de salud integrado y desconcentrado que abarque la atención primaria de salud, fortaleciendo además las 23 redes de servicios de salud existentes.

Cobertura de vacuna pentavalente en menores de un año

- Desarrollar una gestión sanitaria departamental que establezca niveles de cobertura y calidad del servicio; mejorar el funcionamiento del seguro médico para madres y niños; la sostenibilidad de las acciones de atención primaria y preventivas con enfoque intercultural, como campañas de vacunación, educación y capacitación; promover los servicios de salud para aproximarlos a la población en todo el territorio departamental; modernizar tecnológicamente de los centros de atención y la coordinación estrecha con los gobiernos municipales.

ODM 5: Mejorar la salud materna

Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos

- Impulsar la expansión de sistemas de aseguramiento público gratuito con énfasis en control prenatal.
- Promover la incorporación de aspectos interculturales en los sistemas de salud.
- Promover programas de capacitación para la planificación familiar, controles prenatales y servicios de salud, entre otros.
- Impulsar los controles prenatales y una atención especializada a través del acceso con calidad de los servicios de salud puede prevenir las muertes maternas.
- Promover la coordinación de los programas reproductivos con los de prevención de enfermedades transmitidas por vectores y el VIH/sida.
- Establecer un sistema de administración descentralizada que permita mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, con responsabilidades compartidas entre el Gobierno nacional, los departamentos y los municipios.
- Establecer un sistema departamental de salud integrado y desconcentrado, que abarque la atención primaria de salud y una gestión compartida con la comunidad y con los gobiernos municipales, con enfoque intercultural, de género e intergeneracional, fortaleciendo además las 23 redes de servicios de salud existentes.

Cobertura de partos institucionales

- Impulsar la ampliación de la cobertura y calidad del cuidado prenatal y de partos institucionales (infraestructura, recursos humanos y equipamiento).
- Impulsar el mejoramiento de la provisión de los servicios de cuidado obstétrico en emergencias, posparto y complicaciones neonatales.
- Impulsar mayor accesibilidad y calidez de atención e incorporar el enfoque cultural en los centros de salud de la red pública, para revertir las preferencias de las mujeres paceñas por la atención de partos por métodos tradicionales (usos y costumbres).
- Impulsar una gestión sanitaria con niveles de cobertura y calidad del servicio, incorporando el tema de interculturalidad en la atención y el servicio (usos y costumbres), así como la ampliación de la capacitación para la prevención y promoción de los servicios de salud y la modernización tecnológica de los centros de atención.

ODM 6: Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades importantes

Prevalencia de casos de sida por un millón de habitantes

- Impulsar programas de prevención y tratamiento del VIH/sida con enfoque intercultural.
- Promover la calidad de la atención integral que se brinda a los portadores de la enfermedad.
- Equipar laboratorios destinados a su diagnóstico, con la finalidad de detectar oportunamente, controlar y brindar el tratamiento adecuado de ITS, así como reducir la transmisión del VIH de madre a hijo.

Índice de parasitosis anual de malaria (IPA) por mil habitantes

- Promover la sostenibilidad de las acciones realizadas y de prevención para la reducción del índice de parasitosis anual de malaria.

Porcentaje de pacientes con tuberculosis curados del total de notificados

- Impulsar un sistema de información y registro mejorado sobre el diagnóstico y vigilancia de TB, a cargo la red de servicios de salud, que se encargue de la detección y control de los enfermos de TB a través de personal capacitado.
- Impulsar programas de atención, tratamiento y seguimiento directo a los enfermos y control de la enfermedad, con apoyo de brigadas estudiantiles.
- Impulsar programas de capacitación a comunidades a través de educación sanitaria a las personas infectadas y sus familias, visitas regulares a los hogares y un sistema de vigilancia comunitaria integrado en el sistema de información y registro.
- Consolidar una sostenibilidad financiera de los programas para la atención de las enfermedades, en concurrencia con el nivel municipal y nacional.

ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Cobertura de agua potable en el ámbito nacional

- Promover programas de ampliación de cobertura de agua potable, especialmente en el área rural, en acciones concurrentes con los municipios.

Cobertura de saneamiento en el ámbito nacional

- Promover programas de ampliación de cobertura de saneamiento básico, especialmente en el área rural.
- Promover políticas para la conservación y preservación del medio ambiente, dirigidas al establecimiento de mancomunidades con cobertura de relleno sanitario y tratamiento de aguas residuales, al cumplimiento pleno de la normativa ambiental y a la prevención y gestión de riesgos.

Finalmente, si bien algunas de las propuestas descritas no recaen directamente en las funciones de la prefectura, las políticas públicas que puedan darse concurrentemente con el nivel nacional y/o municipal justifican muchas de las proposiciones.

En el departamento de La Paz, el sistema de planificación definida por las siete regiones tiene sus propias particularidades respecto a los indicadores ODM. En dicho contexto, las políticas y estrategias deben ser diferenciadas, complementarias y pertinentes en el marco dentro de su propio contexto local. El rol de los municipios se torna protagónico en todo el proceso ya que se constituyen en una de las partes de directa ejecución en la implementación de las políticas públicas. Por ello, la prefectura debe establecer los mecanismos necesarios para generar procesos concurrentes o de alianzas estratégicas con las instancias locales, para así alcanzar el cumplimiento de dichas políticas y por ende de los ODM.

En cuanto a las posibilidades financieras, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) da prioridad a aquellas acciones enmarcadas en dicho marco y asegura el financiamiento de programas que menciona. Sin embargo, en el contexto departamental la utilización de los recursos económicos está restringida a las competencias de la prefectura.

Es importante mencionar que en el Decreto Supremo 28421, Distribución, Uso y Destino de los Recursos del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH), otorga mayores ingresos a las prefecturas y les añade competencias destinadas a: (i) construcción y mantenimiento de la red departamental de caminos; (ii) financiamiento de contraparte para electrificación rural y riego; asistencia técnica y capacitación al sector productivo en concurrencia con los gobiernos municipales; (iii) facilitación para el acceso del sector productivo al sistema financiero y para el financiamiento de proyectos de transferencia e innovación tecnológica aplicada y programas de sanidad agropecuaria; y (iv) fortalecimiento de entidades descentralizadas en el ámbito de su jurisdicción.

En temas de desarrollo social: (i) complementación de medidas de aseguramiento público en salud; (ii) sistema de información para la investigación y vigilancia epidemiológica; (iii) construcción y mantenimiento de infraestructura; (iv) dotación, mantenimiento y reposición de mobiliario, equipo de computación y equipamiento y mantenimiento y reposición de equipo de transporte para los servicios departamentales de salud y educación, direcciones distritales de educación, institutos normales superiores e institutos técnicos públicos en educación, gerencias de redes de salud y brigadas móviles de salud, institutos de formación técnica e institutos de investigación y normalización en salud; (v) complementación de recursos humanos para servicios y brigadas móviles de salud y gerencias de redes; (vi) contraparte en equipamiento, transporte, medicamentos e impresión de materiales para la prevención y control de enfermedades y (vii) capacitación de los funcionarios técnicos en educación y salud.

En temas de seguridad ciudadana: (i) fortalecimiento de las instancias y servicios de seguridad ciudadana y (ii) infraestructura y equipamiento de cárceles públicas.

En el caso de los municipios, con fines de concurrencia también se les otorga mayor financiamiento para las áreas de salud, educación, fomento al desarrollo económico y promoción de empleo y seguridad ciudadana.

Los recursos del IDH constituyen en una fuente interna importante tanto para la prefectura como para los municipios, para poder encarar aquellos programas y proyectos resultantes de las políticas a establecerse.

Es importante recalcar la necesidad de fortalecer la coordinación entre los niveles central y departamental, así como la propia gestión prefectural, para poder encarar una visión estratégica compuesta por políticas públicas que trascienden no solamente el ámbito departamental, sino que relacionan los niveles local y nacional, dando prioridad al cumplimiento del compromiso asumido por el Gobierno de Bolivia para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

BIBLIOGRAFÍA

Arias, O. y M. Bendini

2005 *Bolivian Poverty Assessment: Establishing the Basis for Pro-Poor Growth*. Washington, D. C.: World Bank.

Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

2006 *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en América Latina y El Caribe: progreso, prioridades y apoyo del BID para su implementación*. Washington, D. C.: BID.

Barrios, F., S. Villarroel y D. Saric

2006 *Profundizando la descentralización. Competencias prefecturales*. La Paz: FAM-Bolivia, Viceministerio de Descentralización y Agencia Española de Cooperación Internacional.

Becker, G.

1993 *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. 3ª ed. Chicago: University of Chicago Press.

Bradby y Murphy-Lawness

2005 *¿Volveré, no volveré? Aportes al diálogo entre modelos culturales del parto*. La Paz: ILCA.

Calderón, M. y C. Larrea

2004 “El enfoque de género en la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza” Informe final. Documento interno no publicado, Proyecto de Seguimiento a las estrategias de reducción de la pobreza del ISS, La Paz.

Campero, J. C. y J. L. Carvajal

2005 *Economías regionales y descentralización*. La Paz: FAM-Bolivia, Ministerio sin cartera Responsable de Participación Popular, Agencia Española de Cooperación Internacional.

CEPAL

2005a *Las Metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Bolivia*. Serie Mujer y Desarrollo N° 71. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

2005b *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y El Caribe*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

2006 “Propuesta de indicadores complementarios para el monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe. ODM7: Garantizar la sostenibilidad del Medio Ambiente”. <http://www.eclac.cl/>

CEPAL y UDAPSO

1995 *Construcción de la canasta básica de alimentos*. La Paz: Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Unidad de Análisis de Políticas.

Czerniewicz, N.

2005 *Desconcentración territorial de los sectores: agropecuario, salud, educación, saneamiento básico, medio ambiente, caminos y poder judicial*. Estudio N° 2 de la serie Documentos de Trabajo Hacia la Constituyente. La Paz: Ministerio sin Cartera Responsable de Participación Popular.

Chambers, R.

2006 *What is Poverty? Who Asks? Who Answers? Poverty in Focus*. Brasilia: International Poverty Centre (IPC)-United Nations Development Program (UNDP).

De Jong, N., C. Larrea y J. C. Aguilar

2005 *Análisis costo-efectividad para la educación primaria en Bolivia: hacia una gestión por resultados*. La Haya: Instituto de Estudios Sociales y Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo. (Disponible en <http://www.iss.nl/>).

Escalante, S.

2002 *Los retornos de la inversión en capital humano en Bolivia*. Serie Análisis Económico Vol. 19. La Paz: UDAPE.

Espíndola, E. y A. León

2002 “La deserción escolar en América Latina: Un tema prioritario para la agenda regional” en *Revista Iberoamericana de Educación* N° 30. <http://www.rieoei.org/rie30a02.PDF>

Esquivel, A.

2005 *Financiamiento de programas públicos de salud en Bolivia. Casos: Chagas, malaria, tuberculosis e inmunización 1999-2005*. La Paz: UDAPE.

Exportadores Bolivianos

2006 *Joyería de exportación en La Paz*. www.exbol.com.bo

Fathalla, M. F.

1988 “Research Needs in Human Reproduction” in *Research in Human Reproduction*, Biennial Report 1986-1987). Ginebra: World Health Organization.

Fernández, M.

2005 *¿Demanda de educación o ciudadanía?* La Paz: Instituto de Investigaciones Socio-Económicas.

Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria

2006 “La lucha contra la malaria” <http://www.theglobalfund.org/es/about/malaria/>

Graham *et al.*

2004 “The Familial Technique for Linking Maternal Death with Poverty”. *The Lancet* (<http://goliath.ecnext.com>).

INE

2005 *Encuesta Postcensal de Mortalidad Materna. Resultados finales para el año 2000*. La Paz: Instituto Nacional de Estadística.

INE y Ministerio de Salud y Deportes (MSD)

2004 *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003*. La Paz: Instituto Nacional de Estadística.

- INE y Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE)
 2002 *Necesidades básicas insatisfechas. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001*. La Paz: Instituto Nacional de Estadística.
- INE y UDAPE
 2006 *Pobreza y desigualdad en los municipios de Bolivia. Estimación del gasto de consumo combinando el Censo 2001 y las encuestas de hogares*. 3ª ed. La Paz: Instituto Nacional de Estadística.
- IPEA, CEPAL y PNUD
 2003 *Hacia el Objetivo del Milenio de Reducir la Pobreza en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: IPEA, CEPAL y PNUD.
- Kakwani, N. y E. Pernia
 2003 “What is Pro-Poor Growth?” en *Asian Development Review* vol. 18. Manila: Asian Development Bank.
- Kakwani, N. y H. Son
 2006 *How costly is it to Achieve the Millenium Development Goal of Halving Poverty between 1990 and 2015?* Brasilia: International Poverty Centre, United Nations Development Programme.
- Klein, R.
 1998 “Measuring Internal Efficiency of the Educational System”. *Proceedings of the Joint IASS/IAOS Conference. Statistics for Economic and Social Development*, septiembre 1998.
- Khurram *et al.*
 2003 *Pregnant women more likely to experience violence*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Majority Foundation.
- Lizárraga, K.
 2006 “Apuntes sobre la Descentralización de la Educación en Bolivia”. *Revista de Análisis Económico* Vol. 21. La Paz: Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales.
- López, H.
 2003 *Pro-poor Growth: A Review of What We Know (and What We Don't Know)*. Washington, D. C.: PRM Poverty Group-World Bank.
- Lule, E. G., N. Ramana *et al.*
 2005 “Achieving the Millennium Development Goal of Improving Maternal Health: Determinants, Interventions and Challenges” Discussion Paper. Washington, D. C.: Health Nutrition and Population-World Bank.
- McCarthy, J. y D. Maine
 1992 “A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality”. *Studies in Family Planning* 23 (1). <http://links.jstor.org/>

Measure Communication

- 2002 “Un sufrimiento oculto: discapacidades causadas por el embarazo y el parto en los países menos desarrollados”, *Boletín Informativo*
http://www.prb.org/pdf/HiddenSuffering_Sp.pdf

Millennium Project

- 2005 *Invirtiendo en el desarrollo: un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Ministerio de Educación

- 2004 *La educación en Bolivia: Indicadores, cifras y resultados*. La Paz: Ministerio de Educación.
- 2005a *La educación en La Paz: Indicadores, cifras y resultados*. La Paz: Ministerio de Educación.
- 2005b *Acceso y permanencia de las niñas rurales en la escuela. Un estudio multivariante*. La Paz: Ministerio de Educación.
- 2005c *La Paz: acceso y permanencia de las niñas rurales en la escuela*. La Paz: Ministerio de Educación.

Ministerio de Producción y Microempresa, Unidad de Productividad y Competitividad

- 2005 Varios documentos sobre cadenas productivas (quinua, camélidos, turismo, uvas vinos y singanis, oleaginosas, maderas y manufacturas, castaña, textiles y algodón) Mimeos.

Ministerio de Salud y Previsión Social, Programa Nacional de Control de la Malaria

- 1998 *La malaria en Bolivia*. La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social.

Ministerio de Salud y Previsión Social, Programa Nacional de Chagas

- 2002 *Funciones y procesos técnico-administrativos*. La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social.

Ministerio de Salud y Previsión Social, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

- 2000 *Plan quinquenal 1999-2004*. La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social.

Ministerio de Salud y Deportes

- 2003 *Manual de malaria para líderes y colaboradores voluntarios de salud*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.

Ministerio de Salud y Deportes, Programa de Reforma de Salud

- 2004 *Sector Salud en el contexto de las Metas del Milenio. Plan de Trabajo 2004-2006*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.

Ministerio de Salud y Deportes, Unidad Nacional de Gestión del SUMI

- 2005 *Evaluación del SUMI 2004*. MSD, La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social.

Ministerio de Salud y Deportes

- 2006 *Situación de Salud. Bolivia 2004*. Serie Documentos de Divulgación Científica. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.

Ministerio de Planificación

2006 “Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, productiva y Democrática para Vivir Bien”. <http://www.planificacion.gov.bo/>

Morales, R.

2003 “Factores que determinan la asistencia escolar en Bolivia”. Estudio realizado para el Ministerio de Educación en el marco de elaboración de propuestas para la Estrategia Educativa Boliviana. CIESS–Econometría, http://ciess-econometrica.com.bo/trabajos/asistencia_escolar.pdf

Muriel, B.

2006 *Women Labor Market Conditions in Urban Bolivia*. La Paz: Instituto de Investigaciones Socio-Económicas, Universidad Católica Boliviana.

Narváez, R.

2002 *Inequidades en el estado de salud y uso de los servicios de salud. Bolivia 1998*. La Paz: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas.

Narváez R. y D. Sáric

2005 *Caracterización de la exclusión en salud*. La Paz: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas.

National Research Council

2002 “The Consequences of Maternal Morbidity and Maternal Mortality: Report of a Workshop”. http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=9800&page=1

Newman, J., M. Pradhan, L. Rawlings *et al.*

2002 “An Impact Evaluation of Education, Health, and Water Supply Investments by the Bolivian Social Investment Fund”. *World Bank Economic Review* 16, Washington, D. C.

Organización Mundial de la Salud (OMS)

2005 *La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*.

Oomman, N., E. Lule, D. Vazirani y R. Chhabra

2003 *Bolivia: Inequalities in Health, Nutrition and Population*. Washington, D. C.: Human Development Network, World Bank.

Orellana, R.

2006 Comentarios al documento de Carlos Crespo titulado “El Proyecto de Servicios de Agua Potable y Alcantarillado ‘Agua para la Vida’ Elementos para un Análisis”. Viceministerio de Servicios Básicos. <http://www.aguabolivia.org/fe/>

Pérez de Rada, E.

1997 *Discriminación salarial por género y etnia en áreas urbanas de Bolivia*. Documento de Trabajo 58/97. La Paz: Unidad de Análisis de Políticas Sociales.

Population Reference Bureau

1998 “Reducción del Riesgo en el Embarazo y el Parto”, Hoja Informativa, marzo. Washington, D. C.

Prefectura del departamento de La Paz

2006 *Plan departamental de desarrollo económico y social 2006-2010*. La Paz: Prefectura del departamento de La Paz.

Prefectura del departamento de La Paz, Servicio Departamental de Salud

2006 “Propuesta de Salud: La Paz Saludable. Plan Progreso para el departamento de La Paz 2006-2010” (documento interno).

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo)

2004 *Índice de desarrollo humano en los municipios de Bolivia*. La Paz: PNUD.

2005 *La economía más allá del gas. Informe temático sobre desarrollo humano*. La Paz: PNUD.

2006 *Informe sobre Desarrollo Humano 2006. Más allá de la escasez: poder, pobreza y la crisis mundial del agua*. La Paz: PNUD

Ravallion, M. y S. Chen

2004 “China’s (Uneven) Progress Against Poverty” *Journal of Development Economics*, Policy Research Working Paper # 3408. Washington, D. C.: The World Bank.

Sachs, J.

2005 *El fin de la pobreza. Cómo conseguirlo en nuestro tiempo*. Editorial Sudamericana. Buenos Aires.

Sistema de Información de Educación, www.minedu.gov.bo

Superintendencia de Saneamiento Básico, Sistema de Regulación Sectorial

2006 *Memoria SISAB 2005*. La Paz: SSB.

UDAPE

2005b *Indicadores seleccionados para el seguimiento del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. La Paz: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas.

2006 *Reflexiones sobre el recurso humano del sector salud en Bolivia*. Documento de Trabajo 02/2006. La Paz: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas.

UDAPE y Comité Interinstitucional de las Metas del Milenio

2005 *Tercer informe. Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Asociados al Desarrollo Humano*. La Paz: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas.

2006 *Cuarto informe. Progreso de los Objetivos de Desarrollo de Milenio*. La Paz: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas.

UDAPE y UNICEF

2006 *Bolivia: evaluación de impacto de los seguros de maternidad y niñez en Bolivia 1989-2003*. La Paz: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas.

UNESCO

1999 *Educación para todos. Evaluación en el año 2000. Directivas técnicas*. París: UNESCO.

United Nations

2006 *The Millennium Development Goals Report 2006*. Nueva York: United Nations.

Urquiola, M.

2000 "Educación primaria universal" en *¿Dónde estamos el 2000? Remontando la Pobreza. Ocho cimas a la vez*. La Paz: PNUD.

2001 "Identifying Class Size Effects. Evidence from Rural Schools in Bolivia" en *Policy Research Working Paper* N° 2711. Washington, D. C.: Development Research Group, The World Bank.

Viceministerio de Servicios Básicos

2002 *Plan Bolivia sector agua y saneamiento. Bolivia una alianza hacia las metas del milenio*. La Paz: Ministerio de servicios y obras públicas

Vivero, J. y C. Porras

2006 *¿Es posible una América Latina sin hambre el 2025? Artículo de opinión*. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria de la FAO.
<http://www.fao.org.gt/archivos/1162333302.pdf>

World Health Organization/Pan American Health Organization

2000 *Making Pregnancy Safer: Reducing Maternal and Perinatal Morbidity and Mortality*. Ginebra/Washington, D. C.: WHO/PAHO.

World Bank

2006 "Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large Scale Action". *Directions in Development*. Washington, D. C.: World Bank.

World Food Programme

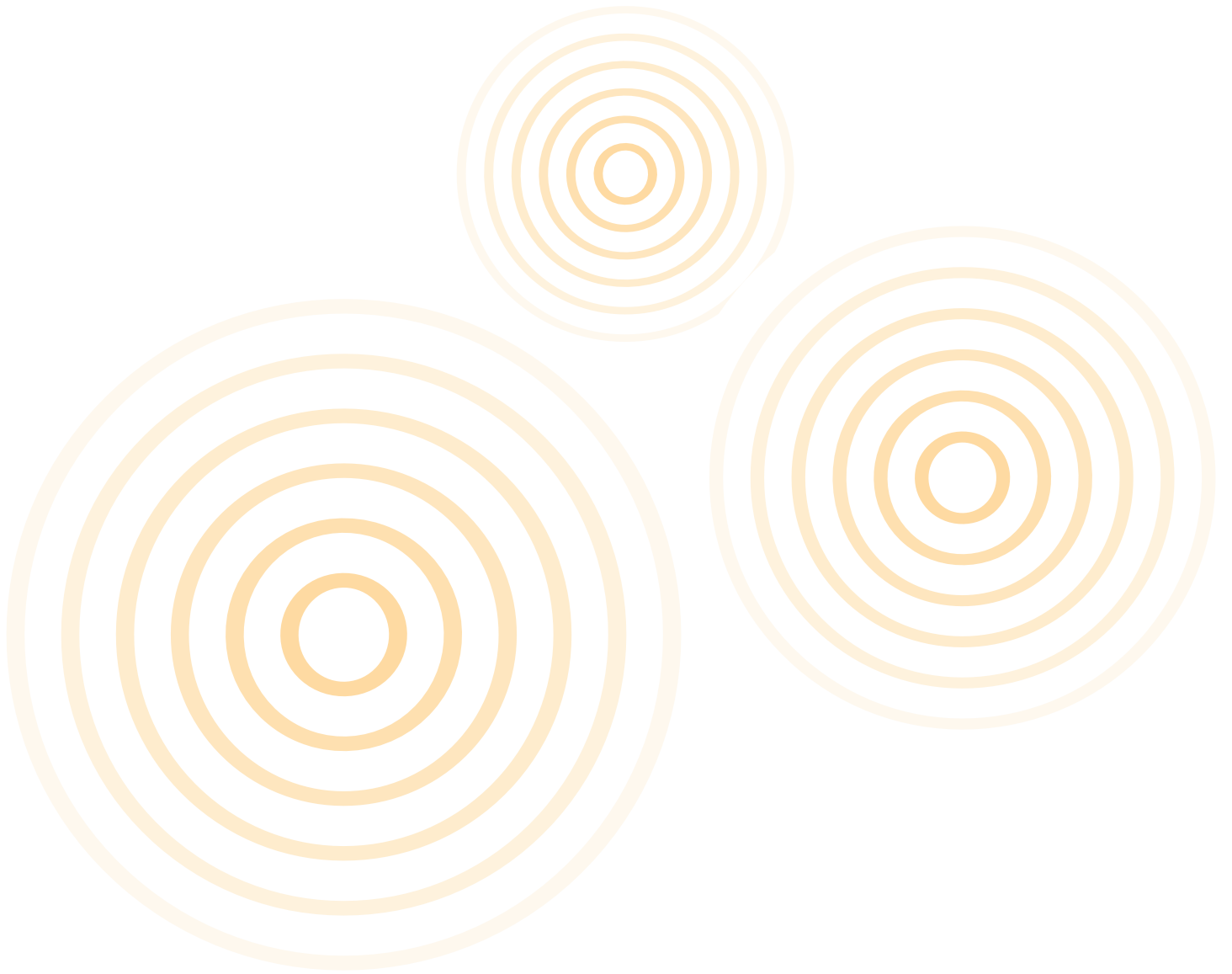
2006 "Hunger and Learning". *World Hunger Series 2006*. Roma: WFP.

Zabalaga, C.

2004 *Municipios y presupuestos sensibles al género: una aproximación al caso boliviano*. Cochabamba, Bolivia: Instituto de Formación Femenina Integral-UNIFEM Región Andina.

Zambrana, G.

2005 *Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Educación*. Memoria profesional para la obtención del grado académico de licenciatura en Economía. La Paz: Universidad Católica Bolivia.



ANEXOS

1. CRECIMIENTO Y REDISTRIBUCIÓN PARA ALCANZAR LA META (IPEA-CEPAL-PNUD)

La metodología plantea una definición de los cambios en la incidencia de extrema pobreza. El punto de partida establece que los cambios en la pobreza (de un país o región) dependen principalmente del promedio de ingresos y la distribución del ingreso en un determinado período.

$$P_o^d = P(D\{y_o^d\}, \mu_o^d)$$

Donde: P_o^d = indicador de extrema pobreza (ODM-1) en el departamento.
 $D\{y_o^d\}$ es la distribución del ingreso familiar per cápita del departamento.
 μ_o^d es el promedio de ingreso per cápita en el departamento.

Para evaluar el logro de las metas nacionales se estima el efecto crecimiento a través de las tasas de variación del ingreso medio departamental y el efecto redistribución, que mide los cambios en la desigualdad. Ambas pueden calibrarse hasta determinar los valores necesarios para alcanzar la meta de reducción de pobreza al 2015.

$$Y(odm) = (1+\beta)*[D^*\{y_o^d\}]$$

Donde $(1+\beta)$ es el efecto crecimiento (β es la tasa de crecimiento del ingreso medio) y D^* es el efecto redistribución.

$D^* = (1-\alpha)y + \alpha\mu$, donde α es el parámetro de redistribución del ingreso, equivalente a cambios porcentuales en las medidas de desigualdad.

La simulación requiere reconstruir la distribución del ingreso del departamento, con relación a un año base, de manera que mida el esfuerzo en términos de crecimiento económico y redistribución de ingresos que debe alcanzar el departamento para lograr la ODM-1 hasta el año 2015.

Debido a que se trata de un nivel subnacional, la pobreza está también afectada por las transferencias hacia y desde el nivel central de gobierno, en consecuencia éstas pueden modificar los niveles de ingresos familiares o podrían elevar (o disminuir) la formación de capital público y, por supuesto, alteran el potencial de ingresos de los hogares en ausencia de transferencias regionales.

2. ELASTICIDAD CRECIMIENTO - REDUCCIÓN DE POBREZA BAJO ESCENARIOS DE CRECIMIENTO PRO-POBRE, NEUTRAL Y ANTI-POBRE (KAKWANI Y SON, 2006)

La metodología propuesta por Kakwani y Son consiste en construir simulaciones contrafactuales a partir de la definición de una tasa de crecimiento pro-pobre, neutral o anti-pobre que prevalece en cada país (o región).

Los autores proponen la estimación del ingreso (y) contrafactual del hogar “ i ” en el período “ t ” respecto al ingreso original y parámetros de crecimiento (r) y sesgos distributivos del crecimiento (k), de manera que se expresa como:

$$y_{it} = [y_{it-1}] + kr(y_{it-1} - \mu_{t-1})(1+r)$$

Donde: μ_{t-1} es el promedio del ingreso observado en el período anterior

El valor de r es la tasa de crecimiento promedio de los ingresos per cápita y el parámetro k mide los cambios en la distribución del ingreso y es proporcional a las variaciones del índice de Gini.

Si $k < 0$ el crecimiento es pro-pobre (reduce la desigualdad)

Si $k > 0$ el crecimiento es anti-pobre (aumenta la desigualdad)

Si $k = 0$ indica crecimiento neutral

A partir de dichos parámetros se evalúa la elasticidad crecimiento-reducción de la pobreza como la sensibilidad proporcional de la incidencia de extrema pobreza respecto a las variaciones del ingreso familiar per cápita.

cuadro
2.1

Elasticidad crecimiento-pobreza

Países	Pro-pobre	Distribución neutral	Anti-pobre
Bolivia	-1,6	-1,1	-0,56
Burkina Faso	-3,5	-1,6	-0,52
Costa de Marfil	-4,2	-2,0	-0,39
Camerún	-1,8	-1,0	-0,48
Nigeria	-1,9	-1,0	-0,46
Promedio Africa	-2,4	-1,4	-0,67

Estimaciones para Bolivia con base a metodología de Kakwani y Son (2006).

Con base en las estimaciones, los requerimientos de crecimiento bajo un escenario neutral se hallan cerca de 3,9% anual per cápita entre 2000 y 2015, sin embargo se reducen si logran un crecimiento pro-pobre.

cuadro
2.2

Crecimiento anual del ingreso per cápita entre 2000 y 2015 necesario para alcanzar los ODM (en %)

Países	Pro-pobre	Distribución neutral	Anti-pobre
Bolivia	2,5	3,9	7,5
Burkina Faso	0,8	1,7	5,6
Costa de Marfil	0,7	1,4	9,3
Camerún	1,6	3,6	9,8
Nigeria	1,5	2,8	7,0
Promedio África	1,5	2,4	5,4

Estimaciones para Bolivia con base a metodología de Kakwani y Son (2006).

3. APLICACIÓN METODOLÓGICA DE LA COHORTE RECONSTITUIDA: UNESCO Y KLEIN

Para la aplicación del método de cohorte reconstituida propuesta por UNESCO y Klein en el departamento de La Paz, se utilizó información del SIE sobre matriculación por grado durante dos años consecutivos (2003–2004) y sobre los repitentes por grado para el segundo de esos dos años. A partir de estos datos se calcularon las tres tasas de flujo escolar: la tasa de promoción al grado superior, la tasa de repetición y la tasa de deserción, expuestos en los siguientes cuadros.

Con base en el cálculo de los principales indicadores de transición escolar por grado, se procedió a simular los flujos de estudiantes de una determinada cohorte para el nivel educativo de primaria, tomando en cuenta los siguientes supuestos:

- En un grado determinado se aplican las mismas tasas de repetición, promoción y deserción para todos los alumnos, independientemente de que un alumno haya alcanzado ese grado directamente o después de haber repetido varias veces ese grado.
- No hay alumnos adicionales (nuevos ingresos) en ninguno de los años siguientes durante la vida de la cohorte original.

cuadro
3.1

La Paz: información sobre matrícula, repitentes y aprobados

Año	Grado							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Matrícula 2003	71.990	67.044	67.253	64.775	62.719	63.919	60.519	56.254
Matrícula 2004	73.485	66.838	67.340	65.723	64.419	63.942	61.533	58.683
Aprobados 2003	68.184	64.148	64.051	61.585	59.280	56.917	53.334	49.646

Fuente: SIE.

cuadro
3.2

La Paz: flujos de transición entre grados de primaria, 2003-2004. Metodología UNESCO ajustada por Metodología Klein

Tasa de flujo escolar	Grado							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Tasa de promoción	90,8%	95,7%	94,1%	94,6%	92,7%	87,0%	87,1%	87,5%
Tasa de repetición	5,3%	2,2%	4,8%	3,8%	5,0%	9,1%	9,7%	10,6%
Tasa de deserción	3,9%	2,2%	1,1%	1,6%	2,3%	3,8%	3,2%	1,8%

Fuente: Elaboración propia.

En el siguiente gráfico se reconstruye el flujo de estudiantes, bajo el supuesto de que la cohorte inicial es de mil alumnos(as). Así, es posible calcular la tasa de sobrevivencia sin repitencia y la tasa de sobrevivencia con repitencia. El primer indicador es una medida de eficiencia del sistema educativo, pues mide su capacidad de graduar oportunamente a los estudiantes que ingresaron a 1° de primaria. El segundo indicador está más relacionado con la meta del ODM de educación, pues mide la posibilidad que tienen los niños y niñas de terminar el ciclo completo de educación primaria, sin tomar en cuenta la edad o la cantidad de años en que logren dicho cometido.

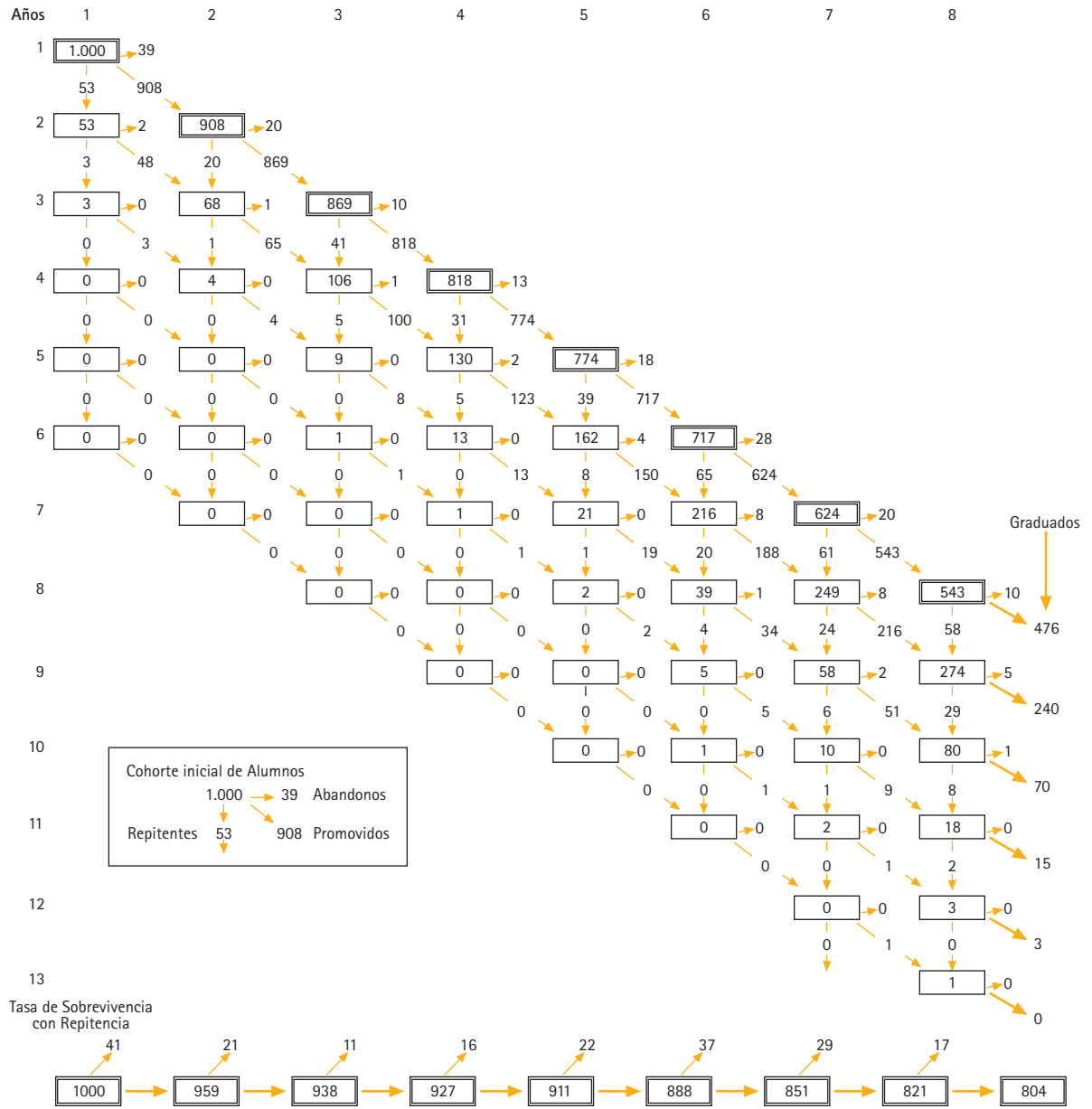
En ambos casos, se parte de la cohorte completa en el primer grado de la escuela (mil estudiantes). Luego, aplicando las tasas de transición a este curso (tasa de promoción de 90,8%, tasa de repetición de 5,3% y tasa de abandono de 3,9%) se tiene que, en el departamento de La Paz, 908 estudiantes logran pasar al 2° grado de primaria, 53 repiten el 1° de primaria y 39 abandonan la escuela definitivamente. Esta misma lógica se aplica para los alumnos que pasan al siguiente grado y para los que repiten.

Para el caso de la tasa de sobrevivencia sin repitencia, se observa que de los mil estudiantes que ingresaron a 1° de primaria el año uno, 908 ingresaron —oportunamente y sin repetir el curso— al segundo de primaria en el año dos, 869 al tercero y así sucesivamente, hasta determinar que el 47,6% de los estudiantes de una determinada cohorte de La Paz logran culminar los ocho grados de primaria en el periodo reglamentario (ocho años).

En lo que respecta la tasa de sobrevivencia con repitencia, se observa que de los mil estudiantes, 41 abandonaron la escuela en su paso del 1° al 2° grado, pero en dos gestiones distintas (39 el primer año y dos el segundo año, después de haber repetido el 1° grado) y 959 llegaron al 2° grado de primaria pero en diferentes gestiones: 908 el primer año (sin repetir el 1° grado), 48 el segundo y tres el tercero (estos dos últimos, repitiendo una o más veces el grado 1). Y así sucesivamente, hasta determinar que el 80,4% de los estudiantes de una determinada cohorte en el departamento de La Paz culmine la primaria repitiendo una o más veces los diferentes grados de primaria. En el departamento, la edad promedio en que toda una cohorte termina el ciclo de primaria es a los 13 años.

gráfico
3.1

La Paz: reconstrucción de cohorte según método de cohorte reconstituida – UNESCO con corrección de Klein



Fuente: Elaboración Proyecto ODM.

4. ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE MUERTE DE MENORES DE UN AÑO

Variable dependiente: riesgo de muerte

	Riesgo de muerte				
	1	2	3	4	5
Número de hijos	1,118 (8,380)	1,112 (6,970)	1,097 (5,910)	1,092 (5,610)	1,085 (5,070)
Idioma materno quechua	0,949 (0,520)	0,935 (0,670)	0,886 (1,190)	0,861 (1,440)	1,179 (1,500)
_La Paz (a)	1,138 (0,880)	1,151 (0,960)	1,212 (1,310)	1,238 (1,450)	1,394 (2,210)
_Cochabamba (a)	0,996 (0,030)	1,004 (0,030)	1,052 (0,330)	1,076 (0,480)	1,059 (0,380)
_Oruro (a)	1,009 (0,050)	1,046 (0,250)	1,094 (0,510)	1,126 (0,670)	1,140 (0,730)
_Potosí (a)	1,181 (1,090)	1,205 (1,220)	1,247 (1,440)	1,281 (1,610)	1,124 (0,760)
_Tarija (a)	0,447 (3,490)	0,459 (3,370)	0,504 (2,960)	0,510 (2,900)	0,505 (2,920)
_Santa Cruz (a)	0,767 (1,700)	0,756 (1,790)	0,809 (1,350)	0,820 (1,260)	0,936 (0,410)
_Beni (a)	0,638 (2,250)	0,626 (2,340)	0,587 (2,640)	0,621 (2,370)	0,678 (1,910)
_Pando (a)	0,564 (1,690)	0,568 (1,660)	0,527 (1,880)	0,524 (1,900)	0,659 (1,210)
_Intervalo intergenésico 18 -35 meses (b)		1,320 (1,890)	1,322 (1,900)	1,325 (1,920)	1,302 (1,770)
_Intervalo intergenésico 36 -49 meses (b)		0,581 (3,870)	0,584 (3,840)	0,583 (3,850)	0,596 (3,680)
_Intervalo intergenésico _50 y más meses (b)		0,324 (7,790)	0,338 (7,450)	0,342 (7,350)	0,345 (7,220)
Tiene agua por cañería			0,640 (5,390)	0,687 (4,200)	0,784 (2,580)
Viven área urbana				0,842 (1,840)	0,880 (1,290)
Efecto temporal (2003) (c)					0,336 (12,390)
/ln_p	-0,885 (68,320)	-0,893 (69,250)	-0,891 (69,030)	-0,891 (68,960)	-0,885 (69,710)
P	0,413 (0,403)	0,409 (0,399)	0,410 (0,400)	0,410 (0,400)	0,413 (0,403)
1/p	2,422 (2,361)	2,443 (2,382)	2,438 (2,377)	2,437 (2,376)	2,423 (2,364)

(a) Con relación al departamento de Chuquisaca.

(b) Con relación a un intervalo menor a 18 meses.

(c) Respecto a 1998.

Estadístico z entre paréntesis.

Valores mayores que uno (1) aumentan el riesgo de muerte, valores menores a 1 reducen el riesgo de muerte.

Fuente: ENDSA 1998 y 2003, con base en el modelo desarrollado por UDAPE y UNICEF (2006).



Un mañana mejor para todos.
Agencia de Cooperación Internacional del Japón