

Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia

OCTAVO INFORME DE PROGRESO

2015



MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO
Estado Plurinacional de Bolivia



Comité Interinstitucional
Metas de Desarrollo del Milenio



UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS
SOCIALES Y ECONÓMICAS

Octavo Informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia

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

UDAPE

Edificio Centro de Comunicaciones La Paz, Piso 18

Av. Mariscal Santa Cruz, La Paz, Bolivia

Teléfonos: (+591-2) 2375512, 2379493

Fax: (+591-2) 2372333

Correo electrónico: udape@udape.gob.bo

Website: www.udape.gob.bo

Casilla postal: 12087, La Paz

La Paz, diciembre de 2015

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

Diseño, diagramación: Sukini Design

Fotografías utilizadas es esta publicación: UNICEF Bolivia/2014/Arnez (53, 78, 143, 156); UNICEF Bolivia/2014/Duranboger (reverso de carátula, 6, 12, 42, 44, 70, 90, 98, 115, 123); UNICEF Bolivia/2015/Garsón (reverso del índice de recuadro, 4, 10, 22, 34, 67, 77, 80, 84, 92, 124, 132, 134, 137, 138, 144); UNICEF Bolivia/2015/Toranzos, (20), Patricia Fernández O., (54, 56).

Depósito legal: 4-1-131-16P.O.

Impresión: A Tiempo



La impresión de este documento ha sido posible gracias al apoyo financiero del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Impreso en Bolivia

Unidad de Análisis de Políticas Sociales y
Económicas - UDAPE



OCTAVO INFORME DE PROGRESO DE LOS

Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia

2015

TRANSPORTE ESCOLAR
MONTEAGUDO
PUSAHUASI



Índice

Presentación	5
Resumen Ejecutivo	7
Introducción	11
Estado Plurinacional de Bolivia	13
Cuadro resumen de situación de los indicadores ODM en Bolivia	17
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	21
Meta 1A Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar al día.	23
Meta 1B Lograr, empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes.....	29
Meta 1C Reducir a la mitad, entre 1990-2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.	35
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal	43
Meta 2A Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.....	45
Objetivo 3: Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer	55
Meta 3A Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y Secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de enseñanza no más tarde de 2015.....	57
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años	69
Meta 4A Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.	71
Objetivo 5: Mejorar la salud materna	79
Meta 5A Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.	81
Meta 5B Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.	85
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	91
Meta 6A Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación de VIH/SIDA.....	93
Meta 6B Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten.....	99
Meta 6C Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves.	101

Objetivo 7:	Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.....	117
Meta 7A	Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y revertir la pérdida de recursos del medio ambiente.....	119
Meta 7C	Reducir a la mitad el porcentaje de personas sin acceso sostenible a agua potable y a servicios básicos de saneamiento para el año 2015.....	125
Objetivo 8:	Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.....	133
Meta 8D	Abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda de los Países en Desarrollo con medidas nacionales e internacionales orientadas a lograr deuda sostenible a largo plazo.	135
Meta 8F	En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de información y de las comunicaciones.	139
Conclusiones		145
Bibliografía		146
Anexo		148

Índice de Gráficos

Gráfico 1	
Evolución de la incidencia de pobreza extrema, 1990-2015.....	24
Gráfico 2	
Estimación de pobreza extrema con la inclusión de bonos.....	24
Gráfico 3	
Evolución de la pobreza extrema según condición étnica lingüística CEL, 2011-2014.....	25
Gráfico 4	
Evolución de la brecha de pobreza extrema según área, 1996-2014	25
Gráfico 5	
Evolución de la brecha de pobreza extrema según condición étnico-lingüística CEL, 2011-2014	26
Gráfico 6	
Evolución de la participación del 20% más pobre en el ingreso nacional 1996-2014.....	26
Gráfico 7	
Evolución de la participación del 20% más pobre en el ingreso nacional, según condición étnico-lingüística, 2011-2014.....	27
Gráfico 8	
Incidencia de pobreza moderada por departamento, 1996-2014	28
Gráfico 9	
Relación empleo-población, según área geográfica, 1996-2014	30
Gráfico 10	
Evolución de la relación empleo-población, según sexo, 1996-2014	30
Gráfico 11	
Evolución de la relación empleo-población, según quintil de ingreso	30
Gráfico 12	
Evolución de la relación empleo-población, según condición étnico-lingüística CEL, 2011-2014	31
Gráfico 13	
Evolución de la población ocupada como cuenta propia o trabajador familiar por quintil de ingreso, 1996-2014	32
Gráfico 14	
Evolución de la población ocupada como cuenta propia o trabajador familiar, según sexo, 1996-2014	32
Gráfico 15	
Evolución de la población ocupada como cuenta propia o trabajador familiar, según CEL, 2011-2014.....	33

Gráfico 16	
Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de tres años, 1989-2012.....	36
Gráfico 17	
Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de tres años según quintil de riqueza, 2012.....	36
Gráfico 18	
Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de tres años según departamento, 2003-2008.....	36
Gráfico 19	
Prevalencia de la desnutrición global en menores de cinco años, 1989-2012**.....	37
Gráfico 20	
Prevalencia de la desnutrición global en menores de cinco años según quintil de ingreso, 2012.....	38
Gráfico 21	
Prevalencia de la desnutrición global en menores de cinco años según departamento, 2003-2008.....	38
Gráfico 22	
Evolución de la tasa de término a 6° de primaria, 1992-2014.....	47
Gráfico 23	
Número de alumnos promovidos de 6° de primaria en el 2014 y estimaciones al 2015.....	47
Gráfico 24	
Tasa de término a 6° de primaria por departamento, 2014p.....	48
Gráfico 25	
Tasa de término a 6° de primaria por sexo, 2000-2014.....	48
Gráfico 26	
Tasas de alfabetismo de jóvenes (15 a 24 años de edad) en América Latina y el Caribe, 2007-2010*.....	49
Gráfico 27	
Tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años, 1992-2014.....	49
Gráfico 28	
Tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años por área geográfica, 1992-2014.....	49
Gráfico 29	
Tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años por sexo, 1992-2014.....	50
Gráfico 30	
Tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años por quintiles de ingreso, 1997-2014.....	50
Gráfico 31	
Brecha en la tasa de término a 6° de primaria, 1992-2014.....	58
Gráfico 32	
Brecha en la tasa de término a 6° de primaria según departamento, 2014p.....	58

Gráfico 33	
Brecha en la tasa de término a 6° de secundaria, 1992-2014	58
Gráfico 34	
Brecha en la tasa de término a 6° de secundaria según departamento, 2014p	59
Gráfico 35	
Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años, 1992-2014	59
Gráfico 36	
Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años según área geográfica, 1992-2014.....	59
Gráfico 37	
Evolución del porcentaje de mujeres entre los empleados asalariados del sector no agrícola	60
Gráfico 38	
Porcentaje de mujeres en la cámara de diputados, 2009-2014	61
Gráfico 39	
Porcentaje de mujeres en la cámara de diputados por departamento, 2005-2014	61
Gráfico 40	
Porcentaje de concejales titulares y alcaldesas, 2004-2015.....	61
Gráfico 41	
Porcentaje de concejales titulares por departamento, 2004-2015	62
Gráfico 42	
Tasa de mortalidad de la niñez (p.m.n.v): 1989-2013	71
Gráfico 43	
Tasa de mortalidad de la niñez (p.m.n.v) según departamento (2008): Brechas para alcanzar la Meta del Milenio,	73
Gráfico 44	
Defunciones de menores de 5 años registradas por departamento: 2013	73
Gráfico 45	
Tasa de mortalidad infantil (p.m.n.v): 1989-2013	73
Gráfico 46	
Tasa de Mortalidad Infantil: Brecha para alcanzar la meta del milenio, según departamento (2008).....	74
Gráfico 47	
Defunciones de menores de 1 año registradas por departamento: 2013	74
Gráfico 48	
Cobertura de 3ra dosis de vacuna pentavalente: 1994-2014	75
Gráfico 49	
Cobertura de 3ra dosis de vacuna pentavalente: 2010 – 2014.....	76

Gráfico 50	
Razón de mortalidad materna: 1989-2003	81
Gráfico 51	
Registro de defunciones del SNIS por causas maternas: 2013	82
Gráfico 52	
Cobertura de parto institucional: 1996-2013	82
Gráfico 53	
Cobertura de parto institucional según departamento: 2012-2013	82
Gráfico 54	
Prevalencia de uso de anticonceptivos, según área geográfica	85
Gráfico 55	
Tasa de fecundidad adolescente	87
Gráfico 56	
Cobertura de cuarto control prenatal: 1994-2008.....	87
Gráfico 57	
Cobertura de mujeres embarazadas con cuarto control prenatal 2003-2008	88
Gráfico 58	
Necesidades insatisfechas en planificación familiar 1994-2008	89
Gráfico 59	
Prevalencia de VIH y SIDA (por millón de habitantes): 1984-2014	94
Gráfico 60	
Estructura porcentual por sexo y edad de personas con VIH/SIDA: 1984-2014	95
Gráfico 61	
Distribución de casos registrados de VIH en fase SIDA por departamentos: 2014	95
Gráfico 62	
Índice de parasitosis anual (por mil habitantes): 2006-2014.....	102
Gráfico 63	
Índice de Infestación Global (IIG), Intra domicilio (II) y Peri domicilio (IIP) por Triatoma Infestans (vinchuca) según departamento, 2014	106
Gráfico 64	
Tasa incidencia notificada de TB TSF, TBP BAAR(+) x 100.000 hab., 2004 – 2014.....	108
Gráfico 65	
Número de casos nuevos de TBP BAAR(+) por grupo de edad y sexo, 2014.....	110
Gráfico 66	
Evolución del porcentaje de casos curados de tuberculosis pulmonar BAAR(+) del total notificados, Bolivia 1995-2013.....	111

Gráfico 67	
Número de reacciones adversas a fármacos antituberculosos notificadas, Bolivia 2010 – 2014.....	112
Gráfico 68	
Evolución de la superficie bajo área protegida. 1996-2013	120
Gráfico 69	
Consumo de sustancias agotadoras del ozono en Bolivia 1994-2011	122
Gráfico 70	
Población con acceso a agua potable 2001-2014	125
Gráfico 71	
Población con acceso a servicios de saneamiento básico.....	126
Gráfico 72	
Evolución de la AOD neta como porcentaje del PNB de los países de la OCDE, 2000-2014	136
Gráfico 73	
Evolución del Servicio de la Deuda Externa (SDE) como porcentaje de las exportaciones, 2000-2014	136
Gráfico 74	
Porcentaje de hogares que acceden a telefonía móvil, 2005-2014	139
Gráfico 75	
Porcentaje de población de 5 años y más que dispone de teléfono celular para su uso personal según zona de residencia.....	140
Gráfico 76	
Porcentaje de hogares que acceden a telefonía fija, 2005-2014	140
Gráfico 77	
Porcentaje de hogares que acceden a internet en su vivienda 2007-2014	140
Gráfico 78	
Porcentaje de población mayor de 5 años que usa internet, según área geográfica y pertenencia a un pueblo indígena originario campesino o afro boliviano, 2014	141
Gráfico 79	
Porcentaje de población mayor de 5 años que usó internet, según grupos de edad, 2014	142



Índice Mapas

Mapa N° 1	
Mapa de Bolivia, incidencia parasitaria anual por municipios de infección malaria, 2014	104
Mapa N° 2	
Estratificación de tasa de incidencia notificada de TBP BAAR(+) según departamentos, 2014	109
Mapa N°3	
Estratificación de tasa de incidencia notificada de TBP BAAR(+) según municipios, 2014	110

Índice de Cuadros

Cuadro 1	
Incidencia de pobreza extrema por año, según sexo (porcentaje)	25
Cuadro 2	
Porcentaje de brecha de pobreza extrema por año, según sexo, 1996-2014 (en porcentaje)	26
Cuadro 3	
Porcentaje de pobreza moderada por año, según área de residencia (en porcentaje)	28
Cuadro 4	
Tasas de crecimiento promedio anual del PIB ppc por persona empleada por período, según país, (en porcentaje).....	29
Cuadro 5	
Población ocupada pobre extrema (en porcentaje).....	31
Cuadro 6	
Evolución de la población ocupada como cuenta propia o trabajador familiar, según sexo, (en porcentaje) ..	33
Cuadro: 7	
Avances normativos aprobados en el periodo 2010-2015	63
Cuadro 8	
Tasa de mortalidad infantil por sexo, 2008.....	74
Cuadro 9	
Nacimientos atendidos por personal institucional: 2012-2013	83
Cuadro 10	
Tasas de fecundidad adolescentes entre 15 y 19 años según departamento, 2008 (nacimientos por mil mujeres adolescentes)	87
Cuadro 11	
Prevalencia de VIH en fase SIDA (por millón de habitantes) por departamentos: 2007-2014.....	95
Cuadro 12	
Casos registrados y prevalencia de VIH/SIDA en la población de 15 a 24 años de edad: 2004-2014.....	96
Cuadro 13	
Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH (porcentaje)	97
Cuadro 14	
Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH.....	97

Cuadro 15	
Adultos y niños elegibles que reciben TARV	99
Cuadro 16	
Índice de parasitosis anual de malaria, según departamento, 2006-2014	102
Cuadro 17	
Casos registrados de malaria.....	103
Cuadro 18	
Municipios endémicos, evaluados y con infestación vectorial de chagas	105
Cuadro 19	
Municipios con infestación vectorial de chagas menor y mayor a 3% por departamento 2010-2014.....	105
Cuadro 20	
Número de casos nuevos, retratados de tuberculosis y su localización, Bolivia 2014	109
Cuadro 21	
Tasa de incidencia notificada de casos nuevos TBP BAAR (+) 2014 y porcentaje de pacientes curados de tuberculosis 2013.....	111
Cuadro 22	
Cuotas de importación de SAO por tipo de uso y años (En toneladas)	129



Índice de Recuadro

Recuadro 1	
Relación del ingreso del 10% más rico y el 10% más pobre.....	27
Recuadro 2	
Porcentaje de desnutrición crónica (talla para la edad) diagnosticada en establecimientos de salud.....	37
Recuadro 3	
Porcentaje de desnutrición global (peso para la edad) diagnosticada en establecimientos de salud	39
Recuadro 4	
Tasa de asistencia escolar entre los 6 y 11 años	46
Recuadro 5	
Programa MI SALUD.....	72
Recuadro 6	
Encuesta de Cobertura de Vacunación (ENCOVA) 2013.....	75
Recuadro 7	
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos registrados por el SNIS: 2009-2013.....	86
Recuadro 8	
Embarazo Adolescente	88
Recuadro 9	
Erradicación de nuevos casos de infección de VIH/SIDA en niños y reducción significativa de las muertes maternas relacionadas con el SIDA.....	100
Recuadro 10	
IPA ajustado de malaria.....	103
Recuadro 11	
Población endémica, diagnosticada y tratada de chagas	107
Recuadro 12	
Cobertura de fuentes mejoradas de agua	127
Recuadro 13	
Cobertura de instalaciones mejoradas de saneamiento	128
Recuadro 14	
La importancia del riego en el cumplimiento de la Meta 1C “Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre”.....	131
Recuadro 15	
Líneas móviles según modalidad de pago	141
Recuadro 16	
Conexiones a internet.....	142



COLE

F R A

FONDATALE ALONDA MUNICIPAL
VILLA REAL DE
TAPACARI
CONSTRUCCION DE OBRAS
DE BIENESTAR SOCIAL
EN EL MUNICIPIO DE TAPACARI
CONSTRUIDO POR EL GOBIERNO
MUNICIPAL EN EL AÑO 2012

2012

Acrónimos

ABT	Autoridad de Fiscalización y Control Social de Bosques y Tierra
APCR	Programa Agua Potable y Saneamiento para Pequeñas Localidades y Comunidades Rurales de Bolivia
ACOBOL	Asociación de Concejalas de Bolivia
AMB	Asociación de Municipalidades de Bolivia
ANMI	Área Nacional de Manejo Integrado
APPC	Agua Potable y Saneamiento para Pequeñas Comunidades
AOD	Asistencia Oficial para el Desarrollo
AP	Áreas Protegidas Nacionales
ATT	Autoridad de Regulación y Fiscalización de Telecomunicaciones y Transporte
BCB	Banco Central de Bolivia
BCG	Vacuna contra la tuberculosis
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
BJA	Bono Juana Azurduy
CAP	Comportamiento de Actitudes y Prácticas
CBA	Canasta Básica de Alimentos
CDVIR	Centros Departamentales de Vigilancia y Referencia
CEL	Condición Étnico-Lingüística
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CFC	Clorofluorocarburos
CIMDM	Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio
CODAN	Consejo Departamental de Alimentación y Nutrición
COMAN	Consejo Municipal de Alimentación y Nutrición
CTVMMNP	Comité Técnico de Vigilancia de Mortalidad Materna Neonatal y Perinatal
CNPV	Censo Nacional de Población y Vivienda
EH	Encuesta de Hogares
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ESNUT	Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición
ENCOVA	Encuesta de Cobertura de Vacunación
FAM	Federación de Asociaciones Municipales de Bolivia
FELCV	Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia
FEVAP	de Fiscalías Especializadas en Atención a Víctimas de Atención Prioritaria
FM	Fondo Mundial
GBT-HSH	Gays, Bisexuales, Travestis – Hombres que tienen relaciones sexuales con otros Hombres
HCFC	Hidroclorofluorocarburos
HIPC	Iniciativa de Alivio de Deuda para Países Pobres Altamente Endeudados
IHAMN	Iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y el Niño
IIG	Índice de Infestación Global
III	Índice de Infestación Intradomicilio
IIP	Índice de Infestación Peridomicilio
IFI	Ingresos Fiscales
INE	Instituto Nacional de Estadística
INRA	Instituto Nacional de Reforma Agraria
IPA	Índice de Parasitosis Anual
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
JICA	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
MI AGUA	Programa Más Inversión para el Agua

MDM	Meta del Milenio
MDRI	Iniciativa de Alivio de Deuda Multilateral
ME	Ministerio de Educación
MS	Ministerio de Salud
MDRyT	Ministerio de Desarrollo Rural y Tierras
MMAyA	Ministerio de Medio Ambiente y Agua
MJ	Ministerio de Justicia
MDPyEP	Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural
OIT	Oficina Internacional del Trabajo
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH Sida
OPS /OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
PASAAS	Programa de Apoyo Sectorial en el Abastecimiento de Agua y Saneamiento
PASAP	Programa de Agua y Saneamiento para Áreas Periurbanas – Apoyo Presupuestario Sectorial
PASD	Programa de Agua, Saneamiento y Drenaje
PDSLTT	Proyecto Desarrollo Sostenible del Lago Titicaca
PAAP	Programa de Agua y Alcantarillado Periurbano
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PAO	Potencial de Agotamiento del Ozono
PIB	Producto Interno Bruto
PIEE-GM	Programa de Infraestructura Educativa, Equipamiento y Procesos Pedagógicos a través de los Gobiernos Municipales
PMDC	Programa Multisectorial Desnutrición Cero
PNA	Programa Nacional de Alfabetización
PNP	Programa Nacional de Post-Alfabetización
PN	Parque Nacional
PNB	Producto Nacional Bruto
PROFOCOM	Programa de Formación Complementaria para Maestras y Maestros en Ejercicio
PSD-SB	Plan Sectorial de Desarrollo de Saneamiento Básico
PNIO	Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades
PROAR	Programa Agua Potable y Riego para Bolivia
RAFA	Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos
RUDE	Registro Único de Estudiantes
SASPC	Programa de Suministro de Agua y Saneamiento en Pequeñas Comunidades
SAFCI	Modelo Sanitario de Salud Familiar Comunitario Intercultural
SAO	Sustancias Agotadoras del Ozono
SDE	Servicio de la Deuda Externa
SERNAP	Servicio Nacional de Áreas Protegidas
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIE	Sistema de Información Educativa
SIPPASE	Sistema Integral Plurinacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la violencia en razón de género
SLIM	Servicios Legales Integrales Municipales
SNAP	Sistema Nacional de Áreas Protegidas
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SNIS-VE	Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica
SOPAS	Software de Atención Primaria en Salud

SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
SVEMM	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna
TARV	Tratamiento Antirretroviral
TB	Tuberculosis
TB TSF	Tuberculosis en Todas sus Formas
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TMN	Tasa de mortalidad de la niñez
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación
TS	Trabajadoras Sexuales
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana



Presentación

Luego de haber transcurrido quince años, desde que 189 países suscribieran la Declaración del Milenio en el año 2000, comprometiéndose de manera conjunta a construir un mundo sin pobreza, hambre ni enfermedad, con mejor educación para los niños y niñas, con igualdad de oportunidades para las mujeres y con un medio ambiente saludable, es importante evaluar los logros alcanzados a la fecha, los retos pendientes, e identificar aquellos óbices que impidieron el logro de éstos.

En este marco, la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), en coordinación con el Comité Interinstitucional de la Metas de Desarrollo del Milenio (CIMDM), conformado por instituciones del Órgano Ejecutivo, presentan el Octavo Informe de Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en Bolivia, el cual describe la evolución de un conjunto de 46 indicadores asociados a 15 metas de los 8 ODM.

La información contenida en este documento se constituye en un importante insumo para que las autoridades sectoriales puedan evaluar los logros alcanzados en cada uno de sus sectores, implementar acciones para dar sostenibilidad a los mismos e identificar prioridades de política pública para avanzar en aquellas metas que no fueron alcanzadas.

En los últimos años, Bolivia ha registrado progresos significativos en reducción de la pobreza y la desnutrición, e importantes avances en el ámbito educativo, en la provisión de servicios básicos y en otorgar iguales oportunidades a niños y niñas. Los logros obtenidos, ameritan aunar esfuerzos entre y al interior de cada uno de los niveles de gobierno para garantizar su sostenibilidad y avanzar en aquellos indicadores que se encuentran rezagados.

Reducir las desigualdades y cerrar brechas que subsisten en determinadas áreas geográficas y entre grupos poblacionales, requiere la implementación de acciones más focalizadas, requiriéndose información desagregada, por lo que el presente documento describe la evolución de los diferentes indicadores desagregando la información por área de residencia, departamento, municipio, sexo, condición étnico-lingüística y nivel de ingreso.

Si bien el plazo de ejecución de los ODM ha llegado a su término, Bolivia tiene como objetivo central avanzar en consolidar la visión del Vivir Bien, consolidando el Modelo Económico, Social, Comunitario y Productivo e implementando acciones para la consecución de las metas y resultados plasmados en el Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020 y la Agenda Patriótica 2025.

Lic. René Orellana Halkyer
Ministro de Planificación del Desarrollo

Lic. María Félix Delgadillo Camacho
Directora Ejecutiva de UDAPE



Resumen Ejecutivo

En los últimos años, el país ha registrado importantes avances en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), es así, que el año 2011 Bolivia alcanzó la meta relacionada con reducir la extrema pobreza; se ha recuperado la senda de la culminación en el nivel primario; se han logrado avances significativos en la provisión de iguales oportunidades a niños y niñas; asimismo, existen avances importantes en los indicadores de salud, tal el caso de la cobertura de partos institucionales alcanzándose la meta antes del plazo establecido.

Asimismo, los avances en el acceso a agua han sido importantes, habiéndose cumplido la meta antes del 2015 y se continuarán con los esfuerzos necesarios para que más personas cuenten con acceso a saneamiento básico.

A partir del año 2007, se ha reducido la pobreza extrema como resultado de diferentes factores entre los cuales se pueden señalar el incremento de los ingresos de los hogares que provienen de fuentes laborales, la política de redistribución de recursos implementada por el Gobierno, la estabilización de precios de los alimentos de la canasta básica y la política de transferencia de recursos a la población vulnerable. En el año 2014, el porcentaje de población en situación de pobreza extrema fue de 17,3%, cifra inferior a la meta de 24,1% fijada para el año 2015, sin embargo, aún persisten desigualdades en el ámbito geográfico.

La productividad laboral ha crecido en 0,9% en promedio anual entre 1990 y 2014, lo que implica un incremento en el valor agregado que genera la economía boliviana por persona ocupada. En el año 2014, seis de cada diez personas estaban ocupadas; sin embargo, cuando se desagrega este indicador según zona de residencia, se observa que el 80% de la población en edad de trabajar del área rural se encontraba ocupado, a diferencia del 57% del área urbana que estaban ocupados.

En cuanto a la desnutrición crónica en menores de tres años, que se constituye en una de las expresiones del hambre, se registró una disminución de 41,7% en 1989 a 18,5% en 2012, pero aún persisten inequidades si se analiza por nivel socioeconómico. Esto revela que los progresos no han sido homogéneos en toda la población, ya que el grupo de los más pobres es el más rezagado. La principal intervención sigue siendo el Programa Multisectorial Desnutrición Cero, que a través de la alianza entre ministerios sociales y productivos implementan acciones integrales en los municipios más vulnerables a la inseguridad alimentaria del país con la finalidad de mejorar la nutrición de los menores de cinco años con énfasis en los menores de dos años.

Las políticas económicas y sociales implementadas en el país, así como el mayor crecimiento del PIB, han incidido en mejoras en los niveles de ocupación, en disminución en la tasa de desempleo abierto y una mejora parcial de los ingresos de los ocupados en sectores con incremento en su producción. Asimismo, se han transferido recursos a los hogares más vulnerables para luchar contra la pobreza, a través de programas de transferencias monetarias.

En el área educativa, el indicador de alfabetismo de la población entre 15 y 24 años presentó una tendencia creciente desde el año 1997, alcanzando el 99,4% en el 2014; un incremento importante de alfabetos se debe a los Programas de Alfabetización “Yo Sí Puedo” y Post Alfabetización “Yo sí Puedo Seguir”.

La brecha de género en la tasa de término del nivel primario mejoró sustancialmente durante el período 1992-2011; de una diferencia a favor de los hombres registrada en 9,7% en 1992 pasó a 1,2% en 2011 favorable a la población femenina. El 2014, se reporta una brecha de 0,9 favorable a la población masculina. Asimismo, en este último año tres de cada diez trabajadores asalariados en el sector no agrícola eran mujeres, lo cual una segregación por sexo en los mercados laborales.

En el ámbito de la participación política, las elecciones presidenciales del año 2014 dieron como resultado un crecimiento en el porcentaje de asientos titulares ocupados por mujeres en la Asamblea Legislativa Plurinacional, pasando de 23,0% en 2009 a 50,0% en 2014.

En cuanto a la problemática de la mortalidad en la niñez, la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años es de 56,0 por mil nacidos vivos para el 2013. Respecto a la mortalidad infantil, se registró una reducción importante de 81,9 por mil nacidos vivos en 1989 a 44,0 en 2013.

La vacunación de menores de un año con tercera dosis de vacuna pentavalente alcanzó una cobertura de 86,0% el año 2014. Se viene trabajando con los Gobiernos Autónomos Municipales para mejorar las coberturas de vacunación.

El año 2013, el 76,2% de los partos fueron atendidos por personal institucional. La meta para este indicador fue alcanzada en el año 2010 (70%), cinco años antes del plazo establecido.

En cuanto al acceso universal a la salud reproductiva, la prevalencia de uso de anticonceptivos se incrementó de 30,3% en 1989 a 60,6% en 2008, y la tasa de fecundidad entre las adolescentes bajó de 94 a 89 por mil mujeres adolescentes en el mismo período. El porcentaje de población con necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar en el área rural duplica a la del área urbana, 27,5% y 15,6% respectivamente.

Respecto al combate de enfermedades como el VIH/SIDA, el paludismo y otras, los datos señalan que la prevalencia de casos de SIDA en el año 2014 fue de 116,0 personas por un millón de habitantes. En lo que se refiere a la malaria, el Índice de Parasitosis Anual (IPA) desde el año 2005 (5,5 por mil habitantes) hasta el año 2014 (1,6 por mil habitantes) reporta una reducción en más del 70%. El año 2011 ya se habría alcanzado la meta antes del plazo establecido, toda vez que la meta para el año 2015 es un IPA de 2 por mil habitantes.

En Chagas, el año 2014 se reportó 29,8% de municipios con tasas de infestación de Chagas mayor al 3%. Para el año 2015, no debería existir ningún municipio con tasa de infestación de Chagas mayor al 3%.

Por otra parte, en la gestión 2013, el 84,4% de pacientes notificados con tuberculosis se han curado, dado que se ha venido fortaleciendo las actividades de seguimiento a los pacientes para que concluyan el tratamiento.

Los indicadores relacionados con la sostenibilidad del medio ambiente han registrado avances importantes, sobre todo el relacionado con el consumo de materiales que agotan la capa de ozono; la medida más importante de este avance es la prohibición de importación de sustancias agotadoras de la capa de ozono. En cuanto a la superficie nacional ocupada por áreas protegidas, la misma se mantiene en 17% con lo cual se habría cumplido el compromiso asumido para este indicador.

Respecto al acceso a agua potable y saneamiento básico, el año 2014, el 83,9% de la población tenía conexión de agua potable en Bolivia, con importantes avances en los últimos años en el área rural. La meta del milenio de 78,5% para este indicador habría sido cumplida en el año 2012 (80,8%). Sin embargo, se continuarán realizando los esfuerzos necesarios para que más personas cuenten con acceso a saneamiento básico.



En el año 2014, el 89,5% de los hogares bolivianos accedían a telefonía móvil, registrando 48,7 puntos porcentuales más que el año 2005. En cuanto a hogares con acceso a telefonía fija, entre los años 2005 y 2014, se observó una disminución de 19,0% a 17,0%, respectivamente.

El año 2014, los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) destinaron en promedio el 0,29% de su Producto Nacional Bruto (PNB) a la Asistencia Oficial al Desarrollo (AOD), registrando un valor similar al año 2012 (0,29%). Esta situación implica un retraso en el cumplimiento de la meta establecida por estos países a la AOD, a fin de reducir la pobreza en el mundo y avanzar hacia el logro de los ODM.

Los avances han sido importantes pero aún quedan importantes retos por cumplir, principalmente mejorar la salud materna y de la niñez, combatir las enfermedades endémicas y garantizar que mayor porcentaje de la población cuente con acceso a saneamiento básico. Asimismo, deberá hacerse énfasis en abordar las desigualdades y garantizar la sostenibilidad de los logros alcanzados.



Introducción

El compromiso de construir un mundo sin pobreza, hambre ni enfermedades, con mejor educación para la niñez y adolescencia, con igualdad de oportunidades para las mujeres y con un medio ambiente saludable ha llegado a su término. Durante estos últimos quince años, los países miembros de la Naciones Unidas que suscribieron la Declaración del Milenio en el año 2000, han venido trabajando para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el plazo establecido al año 2015.

Los ODM son concretos, cuentan con metas e indicadores precisos y fechas para su consecución, están dirigidos a la eliminación de la pobreza extrema y el hambre en el mundo; alcanzar la enseñanza primaria universal; la igualdad de género y la autonomía de la mujer; reducir la mortalidad de la niñez; mejorar la salud materna; combatir enfermedades como el VIH/SIDA y la malaria entre otras; garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y, por último, fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

En Bolivia, el seguimiento al progreso de los ODM está a cargo del Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio conformado por instituciones del Órgano Ejecutivo, bajo la dirección y coordinación de la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE).

El presente documento se constituye en el Octavo Informe de Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio actualiza la información de 46 indicadores publicados en el anterior informe, presentando los progresos y las principales acciones que se han venido implementando para el logro de las metas del milenio.

A objeto de identificar la situación y condiciones de vida de la población más vulnerable del país, los datos presentados están desagregados, en función a la fuente de información, por área geográfica, nivel departamental, nivel municipal, condición étnico lingüística, sexo, edad y nivel de ingresos.

El presente informe está estructurado en cinco partes; en la primera, se presenta un panorama general del Estado Plurinacional de Bolivia, con datos básicos, población e indicadores económicos; a continuación se presenta un cuadro resumen de la situación de los 46 indicadores ODM en Bolivia.

En la tercera parte del documento, se realiza un análisis de los avances y el estado de situación de cada uno de los ODM, presentando información estadística de los indicadores y las principales acciones ejecutadas para alcanzar las metas establecidas para el año 2015.

Seguidamente, se presentan las conclusiones del informe, que sintetizan los más importantes progresos de los ODM en Bolivia.

En la última parte, se presentan anexos referidos a la metodología de cálculo de los indicadores utilizados y a la situación de los indicadores ODM a nivel departamental.



Estado Plurinacional de Bolivia



I. Información básica

Superficie: 1.098.581 km²

Población: 10.665.841 (Proyecciones de población 2014; INE)

Habitantes por km²: 9,7 (2014)

Presidente: Sr. Evo Morales Ayma

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

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

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

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

Capital: Sucre

Sede de Gobierno: La Paz

Moneda: La unidad de moneda básica es el boliviano

II. Población

Desarrollo humano: Medio, posición 119 en 188 países, según ranking Índice de Desarrollo Humano (IDH) correspondiente al año 2014.

Esperanza de vida al nacer: (estimación año 2014, INE)

- **Ambos sexos:** 70,6 años
- **Mujeres:** 73,8 años
- **Hombres:** 67,5 años

Bolivia: Estimaciones de Población por Sexo, según Departamento, 2014

Departamento	2014		
	Total	Hombres	Mujeres
Bolivia	10.665.841	5.376.880	5.288.961
Chuquisaca	606.132	301.638	304.494
La Paz	2.802.719	1.397.702	1.405.017
Cochabamba	1.860.816	928.449	932.367
Oruro	513.511	256.693	256.818
Potosí	860.600	433.337	427.263
Tarija	523.459	264.688	258.771
Santa Cruz	2.931.260	1.496.781	1.434.479
Beni	443.390	229.907	213.483
Pando	123.954	67.685	56.269

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

III. Indicadores económicos

Producto Interno Bruto (PIB)

Año	Precios de mercado (En miles de bolivianos)
2000	51.928.492
2001	53.790.327
2002	56.682.328
2003	61.904.449
2004	69.626.113
2005	77.023.817
2006	91.747.795
2007	103.009.182
2008	120.693.764
2009	121.726.745
2010	137.875.568
2011	166.231.563
2012	187.153.878
2013	211.856.032
2014 p	228.003.659

Fuente: Dossier UDAPE Vol. 25
p: Preliminar

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

Actividad Económica	2012	2013	2014p
A. Industrias	79,73	79,10	78,57
Agricultura, silvicultura, caza y pesca	12,27	12,03	11,85
Extracción de minas y canteras	12,17	12,42	12,47
Industrias manufactureras	16,56	16,45	16,22
Electricidad gas y agua	2,08	2,05	2,07
Construcción y obras públicas	3,67	3,80	3,88
Comercio	7,97	7,76	7,64
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	11,00	10,98	10,94
Establecimientos financieros, seguros, bienes, inmuebles y serv. Prestados a las empresas	11,87	11,87	11,93
Servicios comunales, sociales, personales y doméstico	3,91	3,78	3,73
Restaurantes y hoteles	2,51	2,43	2,40
Servicios bancarios imputados	(4,27)	(4,47)	(4,54)
B. Servicios de la administración pública	9,14	9,38	9,51
PIB a valores básicos	88,88	88,47	88,08
Derechos sobre Importaciones, Impuesto al Valor Agregado, Impuesto a las Transacciones y otros impuestos indirectos.	11,12	11,53	11,92
PIB: Precios de Mercado	100,00	100,00	100,00

Fuente: Dossier UDAPE Vol. 25
p: Preliminar

Mercado de trabajo

Indicadores de empleo	2014p		
	Nacional	Urbano	Rural
Índice de Carga Económica (ICE)	51,7	68,4	24,7
Hombres	33,2	46,1	12,2
Mujeres	74,8	96,6	40,1
Tasa de Oferta Potencial (TOP)	78,5	79,3	76,8
Hombres	77,6	78,1	76,6
Mujeres	79,4	80,5	77,1
Tasa Bruta de Participación (TBP)	51,8	47,1	61,6
Hombres	58,3	53,5	68,2
Mujeres	45,4	41,0	55,0
Tasa de Cesantía (TC)	1,5	2,3	0,2
Hombres	1,2	1,7	0,3
Mujeres	1,9	3,1	0,1
Tasa de Dependencia (TD)	1,0	1,2	0,6
Hombres	0,7	0,9	0,5
Mujeres	1,3	1,6	0,8
Tasa de Desempleo Abierto (TDA)	2,3	3,5	0,4
Hombres	1,7	2,5	0,4
Mujeres	3,1	4,9	0,3
Tasa Global de Participación (TGP)	65,9	59,4	80,2
Hombres	75,1	68,5	89,1
Mujeres	57,2	50,9	71,4

Fuente: UDAPE, DOSSIER Vol. 25
p: Preliminar

Comercio exterior
Año 2014p
(En millones de dólares)

Exportaciones totales	12.893
Principales productos de exportación	
Minerales y metales	3.928
Hidrocarburos	6.674
Soya y derivados	1.083
Maderas y manufacturas de maderas	59
Castaña	175
Otros*	974
Importaciones totales	10.560
Consumo	2.198
Materias primas y productos Intermedios	4.817
Capital	3.495
Diversos **	50

Fuente: UDAPE, DOSSIER Vol.25

* Incluye reexportaciones y efectos personales

** Incluye efectos personales

p: Preliminar

Cuadro resumen de situación de los indicadores ODM en Bolivia

Objetivo/Meta	Indicadores	Línea Base	Dato Actual	MDM 2015
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre				
Meta 1A. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar al día	1. Porcentaje de la población en pobreza extrema	41,2 (1996)	17,3 (2014p)	24,1
	2. Brecha de pobreza extrema	22,5 (1996)	7,7 (2014p)	--
	3. Participación del 20% más pobre en el ingreso nacional	1,5 (1996)	3,3 (2014p)	--
	4. Porcentaje de la población en pobreza moderada	64,8 (1996)	39,3 (2014p)	--
Meta 1B. Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes	1. Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada	-1,2 (1990)	1,4 (2014p)	--
	2. Relación empleo-población (en porcentaje)	66,5 (1996)	64,4 (2014p)	--
	3. Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema	42,0 (1996)	17,2 (2014p)	--
	4. Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o en una empresa familiar	66,1 (1996)	57,3 (2014p)	--
Meta 1C. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre*	1. Porcentaje de niños menores de 3 años con desnutrición crónica (baja talla para la edad)	41,7 (1989)	18,5 (2012)	21,0
	2. Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global (bajo peso para la edad)	8,3 (1989)	3,6 (2012)	4,1
Objetivo 2: Lograr la educación primaria universal				
Meta 2A. Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.	1. Tasa de término a 6° de primaria	69,1 (1992)	90,7 (2014p)	100,0
	2. Tasa de alfabetismo de la población de 15 a 24 años	97,4 (1997)	99,4 (2014p)	100,0
Objetivo 3: Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer				
Meta 3A. Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de enseñanza no más tarde de 2015	1. Brecha de género en la tasa de término a 6° de primaria	9,7 (1992)	0,9 (2014p)	0,0
	2. Brecha de género en la tasa de término a 6° de secundaria	3,2 (1992)	-6,4 (2014p)	0,0
	3. Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años	0,980 (1997)	0,995 (2014p)	1,0
	4. Proporción de mujeres en empleo remunerado en el sector no agrícola	31,3 (1999)	36,3 (2014p)	--
	5. Proporción de mujeres en el Parlamento Nacional	--	50,0 (2014)	--
	6. Proporción de mujeres en Concejos Municipales	19,0 (2004)	51,0 (2015)	--

Objetivo/Meta	Indicadores	Línea Base	Dato Actual	MDM 2015
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años				
Meta 4A. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	1. Tasa de mortalidad de la niñez (por mil nacidos vivos)	129,4 (1989)	56,0 (2013p)	43,1
	2. Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	81,9 (1989)	44,0 (2013p)	27,3
	3. Cobertura de vacunación con tercera dosis de Pentavalente en menores de un año (en porcentaje)	68,0 (1994)	86,0 (2014p)	95,0
Objetivo 5: Mejorar la salud materna				
Meta 5A. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	1. Razón de mortalidad materna (por cien mil nacidos vivos)	416 (1989)	229 (2003)	104
	2. Cobertura de parto institucional (en porcentaje)	33 (1996)	76,2 (2013p)	70,0
Meta 5B. Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	1. Prevalencia de uso de anticonceptivos (en porcentaje)	30,3 (1989)	60,6 (2008)	--
	2. Tasa de fecundidad entre las adolescentes (por mil habitantes entre 15-19 años)	94,3 (1989)	88,8 (2008)	--
	3. Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro consultas- en porcentaje)	31,9 (1989)	72,3 (2008)	--
	4. Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar (en porcentaje)	23,2 (1989)	20,2 (2008)	--
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades				
Meta 6A. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación de VIH/SIDA	1. Prevalencia del SIDA (por millón de habitantes)	2,3 (1996)	116,0 (2014p)	80 y 85
	2. Prevalencia de VIH/SIDA en personas de 15 a 24 años	--	1.663,0 (2014p)	--
	3. Proporción de población de 15 a 24 años que tiene conocimiento amplio y correcto sobre el VIH/SIDA	--	Mujeres 22,4 Hombres 27,7 (2008)	--
Meta 6B. Lograr para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten	1. Personas con infección avanzada que reciben terapia antiretroviral	382 (2006)	4.063 (2014p)	--
Meta 6C. Haber detenido, y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	1. Índice de parasitosis Anual (IPA) de la malaria (por mil habitantes)	7,5 (1990)	1,6 (2014p)	2,0
	2. Porcentaje de municipios con tasa de infestación de Chagas mayor a 3%.	56,0 (2003)	29,8 (2014p)	0
	3. Porcentaje de pacientes con tuberculosis curados del total de pacientes notificados	71,2 (2000)	84,4 (2013p)	95,0
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente				
Meta 7A. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y revertir la pérdida de recursos del medio ambiente	1. Porcentaje de la superficie nacional cubierta por bosques	--	51,4 (2013)	--
	2. Superficie nacional ocupada por áreas protegidas (millones de hectáreas)	16,8 (2001)	17,1 (2012)	17,2
	3. Consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO)**	80,3 (2001)	0,0 (2011)	0,0
Meta 7C. Reducir a la mitad el porcentaje de personas sin acceso sostenible a agua potable y a servicios básicos de saneamiento para el año 2015	1. Porcentaje de la población con acceso sostenible a agua potable	57,5 (1992)	83,9 (2014p)	78,5
	2. Porcentaje de la población con acceso a servicios de saneamiento básico	28,0 (1992)	56,1 (2014p)	64,0

Objetivo/Meta	Indicadores	Línea Base	Dato Actual	MDM 2015
Objetivo 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo				
Meta 8D. Abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales orientadas a lograr la deuda sostenible a largo plazo	1. Asistencia oficial para el desarrollo como porcentaje del ingreso de los países donantes	--	0,29 (2014)	0,7
	2. Servicio total de la deuda externa como porcentaje de las exportaciones	--	2,7 (2014p)	--
Meta 8F. En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las telecomunicaciones	1. Porcentaje de hogares que acceden a telefonía móvil.	--	89,5 (2014p)	--
	2. Porcentaje de la población de 5 años o más que dispone de celular para su uso personal	--	64,6 (2014p)	--
	3. Porcentaje de hogares con línea de teléfono fija	--	16,6 (2014p)	--
	4. Porcentaje de hogares con acceso a Internet en su vivienda	--	14,3 (2014p)	--
	5. Porcentaje de población mayores de 5 años que usan Internet	--	34,5 (2014p)	--

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

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

**PAO: Potencial de Agotamiento de Ozono

p: preliminar





OBJETIVO 1

**ERRADICAR LA
POBREZA EXTREMA
Y EL HAMBRE**





META 1A

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

Indicadores	Línea base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1. Porcentaje de la población en pobreza extrema	41,2 (1996)	17,3 (2014p)	24,1	Cumplida
2. Brecha de pobreza extrema	22,5 (1996)	7,7 (2014p)	--	--
3. Participación del 20% más pobre en el ingreso nacional	1,5 (1996)	3,3 (2014p)	--	--
4. Porcentaje de la población en pobreza moderada	64,8 (1996)	39,3 (2014p)	--	--

p: Preliminar

Bolivia presenta avances importantes en esta meta, tanto así, que a nivel nacional la proporción de la población en pobreza extrema habría superado la meta trazada para el año 2015. Las brechas en el ámbito geográfico, entre departamentos, por condición étnico lingüística y por nivel socioeconómico aún persisten. Las personas que viven en el área rural, las que viven con bajo ingreso o las que son clasificadas como población indígena son las que presentan mayor rezago en los indicadores de desarrollo.

Porcentaje de la Población en Pobreza Extrema¹

De acuerdo a datos de la encuesta de hogares del Instituto Nacional de Estadística

(INE), entre los años 2009 y 2014 se observa un crecimiento de los ingresos de los hogares en términos reales del 16%² a nivel nacional, mientras que a nivel geográfico, el área urbana tuvo un crecimiento de los ingresos del 17% y el incremento reportado para el área rural fue de 12%. Entre los ingresos de los hogares se contemplan los ingresos laborales y los ingresos no laborales (intereses, transferencias, rentas); los ingresos laborales tienen una participación del 80% en el total de los ingresos que generan los hogares, lo que se explicaría en gran medida por los ingresos que provienen de las personas que se encuentran ocupadas.

En los últimos siete años, la pobreza extrema en Bolivia ha ido disminuyendo paulatinamente hasta alcanzar el año 2014 el valor de 17,3% a nivel nacional, lo que significa que antes del año 2015 se alcanzó la meta del milenio de reducir la pobreza extrema a la mitad entre 1990 y 2015, es decir, a 24,1%. Los avances más importantes en la reducción de la pobreza extrema se observan a partir del año 2007, como resultado de diferentes factores, entre los cuales se pueden señalar: el crecimiento económico que presentó el país en los últimos años, que permitió mejorar los ingresos de los hogares que provienen de fuentes laborales; las políticas realizadas por el Gobierno para estabilizar los precios de alimentos y la política de transferencia de recursos a la población vulnerable mediante la creación de programas sociales

1 El indicador de incidencia de pobreza extrema o indigencia mide el porcentaje de personas que vive con un ingreso inferior a la canasta básica alimentaria. Las líneas de pobreza extrema se han definido a partir de la construcción de una canasta básica de alimentos (CBA), sobre la base de un conjunto de productos que son suficientes para proporcionar una ingesta adecuada de calorías, proteínas y otros nutrientes, dada la masa corporal promedio de los individuos y su actividad física (CEPAL-UDAPSO, 1995). La especificación del valor de los productos de la CBA para el área urbana corresponde a los del Índice de Precios al Consumidor, que desde el año 2008 se desagrega para todas las ciudades capitales. Para el año 2014, en el área urbana la CBA (línea de pobreza extrema) tiene un valor promedio de Bs401 (US\$58) por persona al mes, en tanto que para el área rural el valor de la CBA es de Bs315 (US\$45) por persona al mes.

2 Entre 2008 y 2011 habrían crecido en 12% a nivel nacional, 9% en las áreas urbanas y 21% para las áreas rurales.

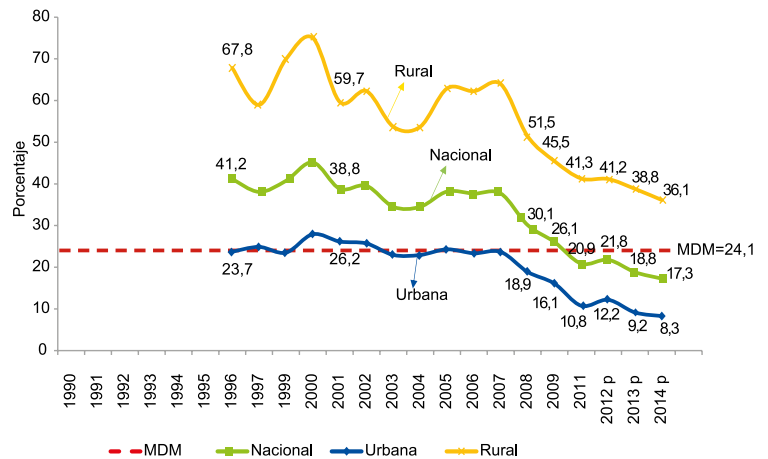
como el bono Juancito Pinto (2006), la Renta Dignidad (2008) y el bono Juana Azurduy (2009) (Gráfico 1).

Según área de residencia, el área rural presentó la mayor reducción del porcentaje de pobres extremos, de 75,0% en 2000 a 36,1% en 2014 (38,9 puntos porcentuales), a pesar de este avance, la brecha entre el área urbana y el área rural en el año 2014 es aún de 27,8 puntos porcentuales. En términos absolutos, se estima que el año 2014 se tenían 2,0 millones de personas pobres extremas en el territorio nacional, de las cuales, 641 mil personas residen en el área urbana y 1,3 millones están en el área rural.

En cuanto al impacto de las transferencias monetarias (Renta Dignidad, Bono Juancito Pinto y Bono Juana Azurduy) realizadas desde el nivel central, éste ha sido positivo en el agregado de ingresos de los hogares³ (Gráfico 2). En el año 2014, se estima que el impacto de los mismos habría sido de alrededor de 2 puntos porcentuales.

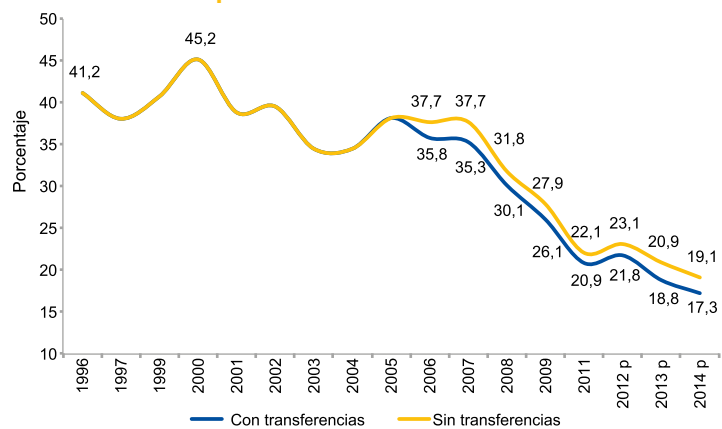
La pobreza extrema afecta de igual manera a hombres y mujeres, sin que haya grandes diferencias entre ambos sexos. En el período 1999-2014, la diferencia entre hombres y mujeres fue alrededor de un punto porcentual en cada año, es decir las mujeres registraron levemente mayores niveles de pobreza extrema respecto a los hombres.

Gráfico 1
Evolución de la incidencia de pobreza extrema, 1990-2014



Fuente: Encuestas a Hogares INE, 1996-2014
p: Preliminar
Nota: El recorrido de la Primera Meta se resalta con una línea punteada.

Gráfico 2
Estimación de pobreza extrema con la inclusión de bonos



Fuente: UDAPE con datos de INE, Encuestas de Hogares.
p: Preliminar
Nota: Los años 2006 y 2007 incluyen el Bonosol.

3 Adicionalmente, mediante Evaluaciones de Impacto realizadas por diversas instituciones, se advierten importantes impactos en variables específicas. Algunos resultados importantes se encuentran en UDAPE (2013a) para la Renta Dignidad y UDAPE (2015) para el Bono Juana Azurduy.

Cuadro 1
Incidencia de pobreza extrema por año, según sexo (en porcentaje)

Detalle	1996	1997	1999	2000	2001	2002	2003-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012p	2013p	2014p
Total	41,2	38,1	40,7	45,2	38,8	39,5	34,5	38,2	37,7	37,7	30,1	26,1	20,9	21,8	18,8	17,3
Hombres	40,6	37,7	39,8	44,6	38,3	39,8	34,1	37,7	37,1	36,6	29,9	25,7	20,6	21,3	18,5	16,8
Mujeres	41,8	38,5	41,7	45,7	38,3	39,3	34,9	38,6	38,3	38,7	30,4	26,4	21,1	22,2	19,2	17,8

Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 1996-2014p
 p: Preliminar.

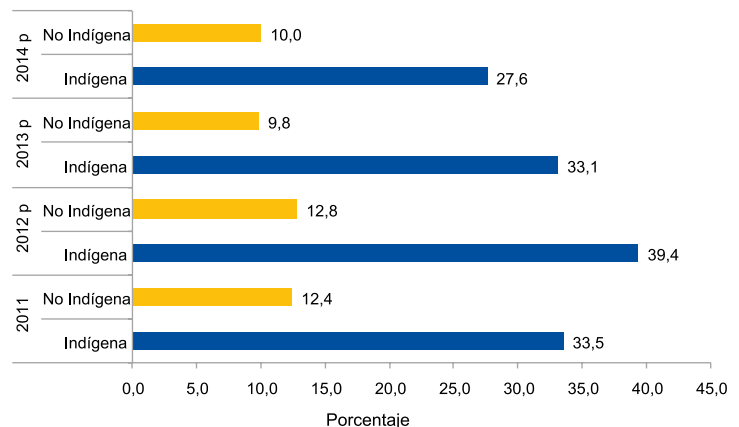
Según condición étnica lingüística⁴, en el año 2014 la incidencia de pobreza extrema en la población identificada como indígena en Bolivia fue aproximadamente el triple respecto a la población no indígena, 27,6% y 10,0%, respectivamente (Gráfico 3).

Brecha de Pobreza Extrema⁵

La brecha de pobreza extrema a nivel nacional disminuyó de 22,5% en el año 1996 a 7,7% en el año 2014, es decir, que la distancia promedio de los ingresos de los hogares respecto a la línea de pobreza extrema se ha reducido⁶ (Gráfico 4). Sin embargo, el área rural presenta la mayor brecha respecto a la línea de pobreza extrema (17,9%), mientras que el área urbana presenta una brecha de 2,9%.

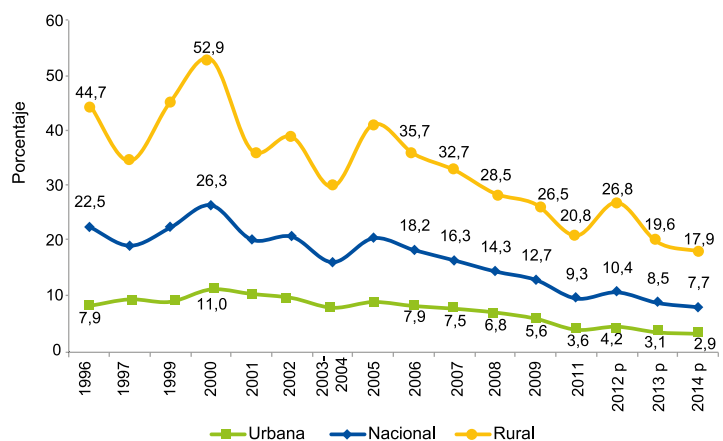
Asimismo, considerando este indicador según sexos, la diferencia es de apenas 0,1 puntos porcentuales (Cuadro 2).

Gráfico 3
Evolución de la pobreza extrema según condición étnica lingüística CEL, 2011-2014



Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 2011-2014p;
 p: Preliminar

Gráfico 4
Evolución de la brecha de pobreza extrema según área, 1996-2014



Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 2011-2014p;
 p: Preliminar

4 Las preguntas de pertenencia a pueblos indígenas y pueblos originario campesinos desde la encuesta 2011 variaron respecto a las anteriores encuestas, razón por lo cual no se puede realizar un seguimiento a este indicador en el tiempo. La anterior serie se encuentra disponible en el Sexto Informe de Progreso de los ODM.

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

6 La evolución del indicador de brecha de pobreza extrema está directamente relacionada con el comportamiento de la incidencia de pobreza extrema; cuando la pobreza extrema aumenta (disminuye), la distancia promedio de los ingresos a la línea de pobreza extrema aumenta (disminuye).

Cuadro 2
Porcentaje de brecha de pobreza extrema por año, según sexo, 1996-2014 (en porcentaje)

Detalle	1996	1997	1999	2000	2001	2002	2003-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012p	2013p	2014p
Total	22,5	18,9	22,2	26,3	20,1	20,6	15,9	20,3	18,2	16,3	14,3	12,7	9,3	10,4	8,5	7,7
Hombres	22,3	18,8	21,8	26,1	19,8	20,6	15,8	20,1	18,2	15,6	14,2	12,7	9,3	10,2	8,5	7,7
Mujeres	22,7	19,1	22,6	26,5	20,3	20,5	16,0	20,5	18,1	16,9	14,3	12,7	9,3	10,7	8,6	7,8

Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 1996-2014p;
 p: Preliminar.

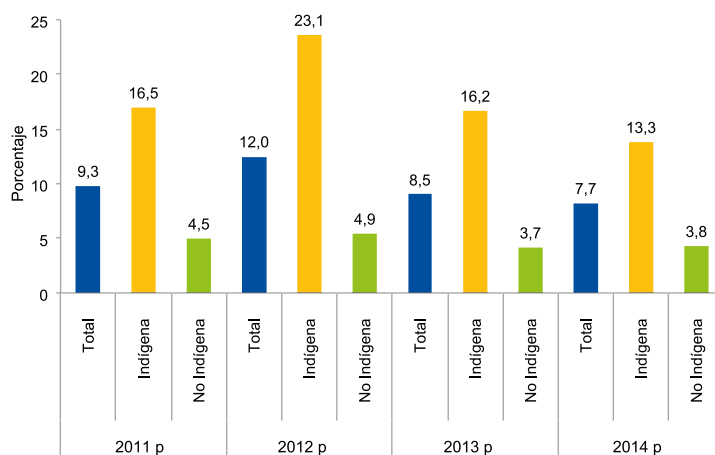
Los ingresos de los hogares indígenas distan más de la línea de pobreza extrema que los ingresos de los hogares no indígenas. El año 2013, la distancia promedio de los ingresos de los hogares indígenas respecto de la línea de pobreza extrema era de 16,2%, valor que redujo a 13,3% el año 2014. Mientras que para las personas catalogadas como población no indígena, esta distancia se mantuvo alrededor de 3,8% para los años 2013 y 2014 (Gráfico 5).

Participación del 20% más pobre en el ingreso nacional⁷

A partir del año 2005, la participación del 20% más pobre en el ingreso nacional ha ido aumentando hasta alcanzar a nivel nacional el 3,3% en el año 2014. El 20% más pobre del área urbana contribuía a generar el 5,2% del total del ingreso urbano, mientras que en el área rural, éstos contribuían a la generación del 2,5% del ingreso de este ámbito geográfico. Estas diferencias son una muestra de la desigualdad en la generación del ingreso (Gráfico 6).

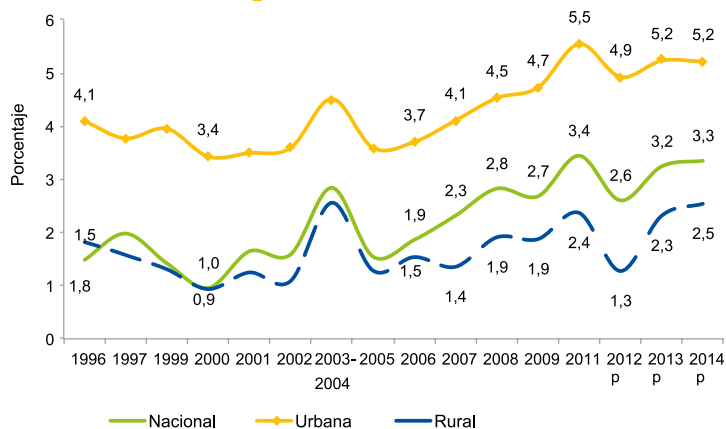
Según Condición Étnico Lingüística, no se advierte mayor cambio en este indicador, debido a que el año 2013, el 20% más pobre de la población indígena contribuía con el 8,0% de los ingresos de este grupo poblacional, mientras que el 20% más pobre de la población no indígena sólo aportaba el 1,6 de los ingresos totales que genera este grupo. En tanto que, el año 2014 el aporte era de 6,8% y 1,8%, respectivamente. Estas cifras muestran que entre

Gráfico 5
Evolución de la brecha de pobreza extrema según condición étnico-lingüística CEL, 2011-2014



Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 2011-2014;
 p: Preliminar.

Gráfico 6
Evolución de la participación del 20% más pobre en el ingreso nacional 1996-2014



Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 1996-2014p
 p: Preliminar.

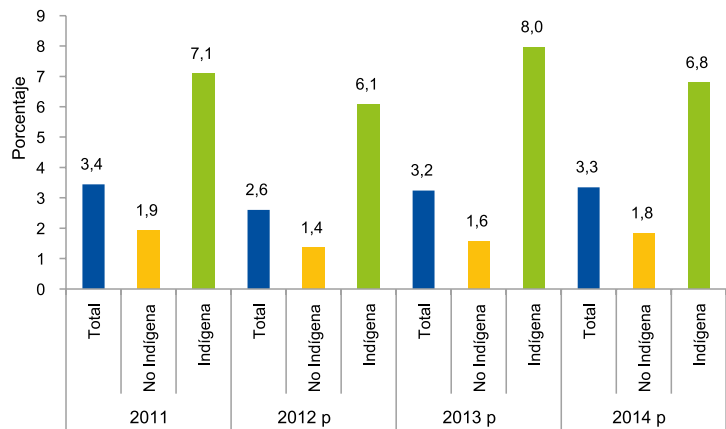
⁷ El indicador al que se hace seguimiento es el de participación del 20% más pobre en el ingreso nacional.

la población indígena hay una distribución del ingreso más homogénea que entre la población no indígena (Gráfico 7).

Porcentaje de Población en Pobreza Moderada⁸

El número de pobres que vive con un ingreso que no satisface los requerimientos de una Canasta Básica de Alimentos (CBA) y de los principales bienes y servicios no alimentarios, se redujo de 64,8% en 1996 a 39,3% en 2014 (Cuadro 3). El año 2014, de cada 100 personas que viven en Bolivia, 39 se encuentran en condición de pobreza moderada; los mayores niveles están en las áreas rurales donde aproximadamente 58 de cada 100 personas son pobres moderados.

Gráfico 7 Evolución de la participación del 20% más pobre en el ingreso nacional, según Condición Étnico-lingüística, 2011-2014

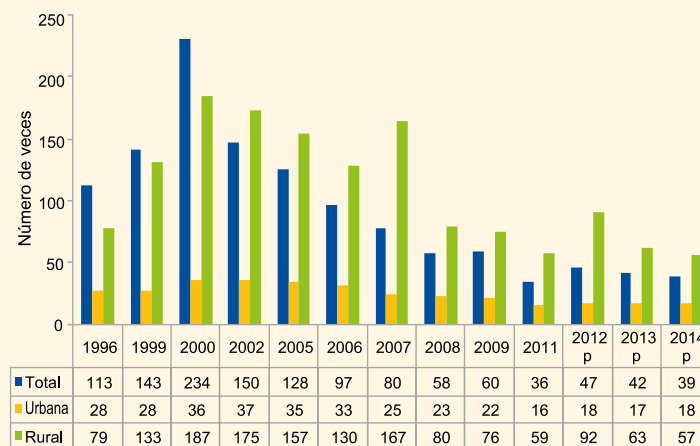


Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 2011-2014p;
p: Preliminar.

Recuadro I Relación del ingreso del 10% más rico y el 10% más pobre

A nivel nacional, el año 1996 el 10% más rico ganaba 113 veces más que el 10% más pobre, valor que se redujo a 39 veces el año 2014. Para este último año, este indicador en el área urbana es de 18 veces y en el rural de 57 veces.

Evolución de la relación entre el 10% más rico y el 10% más pobre (número de veces) (*)



Fuente: UDAPE, en base a Encuestas a Hogares, INE, 1996-2014p
p: Preliminar
(*) Corresponde al ingreso del hogar per cápita.

8 El indicador de incidencia de pobreza moderada mide el porcentaje de personas que viven con un ingreso inferior a la línea de pobreza moderada (CBA más principales bienes y servicios no alimentarios). Para el año 2014, la línea de pobreza moderada promedio por persona al mes para el área urbana y el área rural es de Bs759 (US\$109) y Bs553 (US\$79), respectivamente.

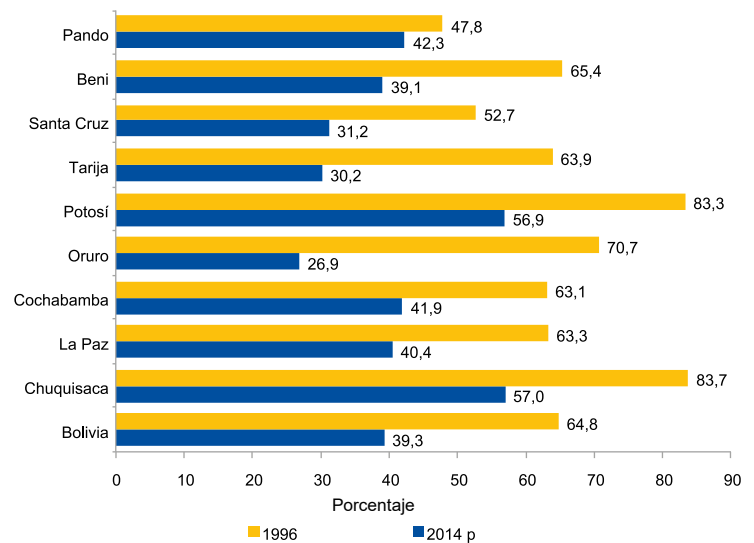
Cuadro 3
Porcentaje de pobreza moderada⁹ por año, según área de residencia (en porcentaje)

Detalle	1996	1997	1999	2000	2001	2002	2003-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012p	2013p	2014p
Nacional	64,8	63,6	63,5	66,4	63,1	63,3	63,1	60,6	59,9	60,1	57,3	51,3	45,0	44,4	39,1	39,3
Urbana	51,9	54,5	51,4	54,5	54,3	53,9	54,4	51,1	50,3	50,9	48,7	43,5	36,8	35,5	29,0	30,6
Rural	84,4	78,0	84,0	87,0	77,7	78,8	77,7	77,6	76,5	77,3	73,6	66,4	61,3	62,4	59,9	57,6

Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 1996-2014p;
 p: Preliminar

A nivel departamental, en los últimos dieciocho años, los departamentos de Santa Cruz, Tarija, Oruro y Beni han reducido el porcentaje de población en pobreza moderada en más del 30% y se encuentran por debajo del promedio nacional. En cambio, Chuquisaca, La Paz, Cochabamba, Potosí y Pando, a pesar de los esfuerzos realizados, han mantenido niveles de pobreza moderada por encima del promedio nacional (Gráfico 8).

Gráfico 8
Incidencia de pobreza moderada por departamento, 1996-2014



Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 1996 y 2014;
 p: Preliminar

Nota: Los valores de Beni y Pando son referenciales. El INE presenta a estos departamentos como un solo estrato estadístico.

9 Tal cual se presentó en el Gráfico 2 "Estimaciones de pobreza extrema con la inclusión de los bonos", se estima que la pobreza moderada habría sido dos puntos adicionales, si no se incluyera la Renta Dignidad.



META 7B

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

Indicadores	Línea base	Dato actual
1. Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada	-1,2 (1990)	1,4 (2014)
2. Relación empleo-población	66,5 (1996)	64,4 (2014p)
3. Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema	42,0 (1996)	17,2 (2014p)
4. Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o en una empresa familiar	66,1 (1996)	57,3 (2014)

p: Preliminar

Tasa de Crecimiento del PIB por Persona Empleada

Las tasas de crecimiento del PIB de Bolivia, entre los años 2013 y 2014, en términos de poder de capacidad de compra (ppc) por persona empleada fue de 1,4%. En comparación con otros países de la región, Bolivia en el período 1990-2014 presentó una tasa de crecimiento del PIB ppc por persona empleada incluso superior a países como Argentina (-1,1%), Brasil (0,3%), Chile (0,3%) y Venezuela (-8,1%) (Cuadro 4).

Relación Empleo Población¹⁰

Según Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el año 2014 se caracterizó por una disminución en el crecimiento de la actividad económica, lo que derivó en la generación de menos empleos en América Latina y El Caribe. Adicionalmente, se advierte una reducción de los niveles de desempleo en la región, que en años anterior-

Cuadro 4
Tasas de crecimiento promedio anual del PIB ppc por persona empleada por período, según país (en porcentaje)

Período	Promedio tasa de crecimiento anual				Crecimiento anual		
	1990-1997	1998-2005	2006-2014	1990-2014	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Argentina	3,8	-1,6	1,2	1,1	-2,2	0,9	-1,1
Bolivia, EP	0,4	0,3	1,8	0,9	2,7	4,2	1,4
Brasil	1,5	-0,4	1,5	0,9	-1,1	1,8	0,3
Chile	5,1	1,9	1,7	2,9	3,3	2,0	0,3
Colombia	0,4	-0,4	1,9	0,7	0,6	2,9	2,3
Ecuador	-0,3	-0,1	2,5	0,8	3,3	0,9	1,7
Perú	0,2	0,4	3,8	1,5	4,2	3,2	1,3
Uruguay	3,5	1,4	3,6	2,8	5,5	4,2	2,9
Venezuela, RB	1,1	-1,2	-0,4	-0,2	3,9	-1,5	-8,1

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

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

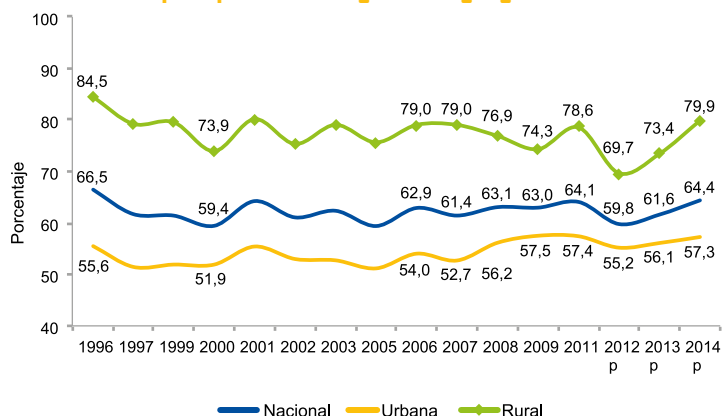
res se debió a la mayor oferta de trabajo, sin embargo, en la actualidad esta reducción se explica por la salida del mercado laboral de un número importante de personas.

En Bolivia, el año 2014 el 64,4% de la población de diez años y más estaba ocupada, siendo el área rural el que presentó la mayor relación empleo-población (79,9%), en tanto que el área urbana registró el 57,3% (Gráfico 9).

Según sexo, este indicador presenta diferencias significativas en el período 1996-2014. El año 2014, cerca de la mitad de la población femenina de diez años y más estaba ocupada (55,4%), cerca de tres cuartas partes de los hombres en edad de trabajar estaban ocupados (73,8%), lo que sugiere que hay un mayor número de mujeres que son económicamente inactivas¹¹ en comparación con los hombres (Gráfico 10).

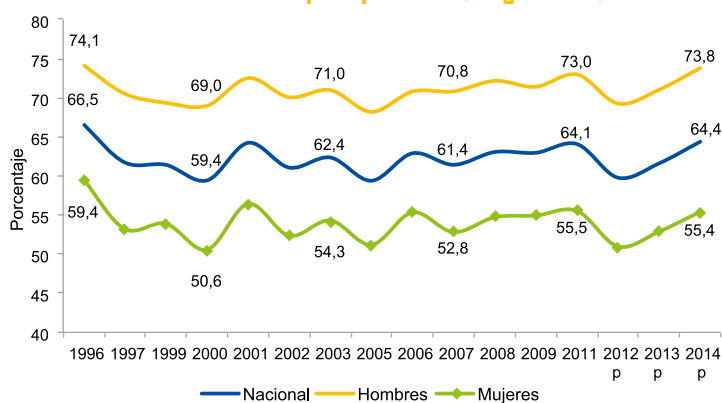
Según el nivel de ingresos de las personas, en el período 1996-2014, en promedio, el 73% de las personas mayores a 10 años del quintil más pobre se encontraban ocupadas, mientras que en el resto de grupos de ingresos, en promedio el 64% de las personas se encontraban en la misma condición. A partir del año 2007, se registra un crecimiento del porcentaje de ocupados en el quintil más rico, hasta conseguir en el año 2014 el mismo nivel de participación del primer quintil (Gráfico 11).

Gráfico 9
Relación empleo-población, según área geográfica, 1996-2014



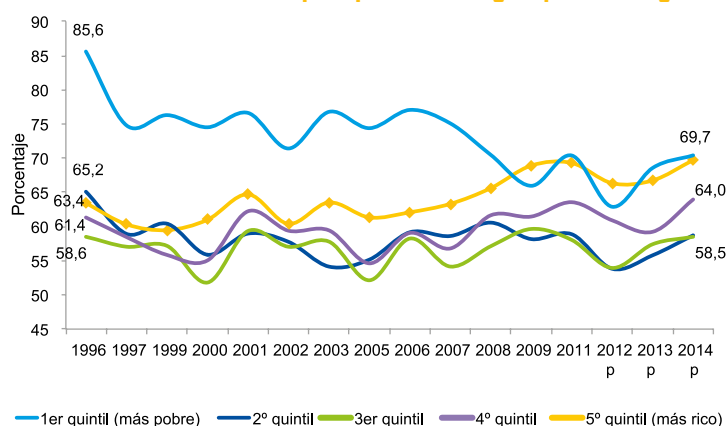
Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 1996-2014p
p: Preliminar

Gráfico 10
Evolución de la relación empleo-población, según sexo, 1996-2014



Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 1996-2014p
p: Preliminar

Gráfico 11
Evolución de la relación empleo-población, según quintil de ingreso



Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 1996-2014p
p: Preliminar

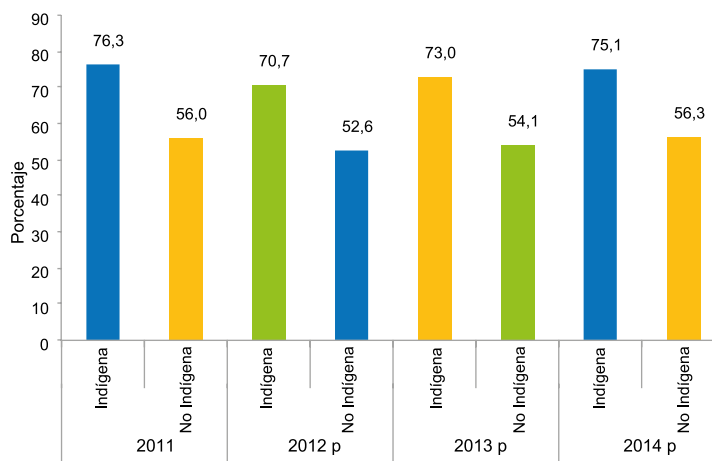
11 En la clasificación de inactivos, se encuentran las personas que realizan labores domésticas, estudiantes, jubilados o con alguna discapacidad permanente.

El año 2014, el 75,1% de la población indígena de diez años y más estaba trabajando a diferencia del 56,3% de la población no indígena mayor a diez años que estaba ocupada (Gráfico 12).

Proporción de la Población Ocupada con Ingresos Inferiores a la Línea de Pobreza Extrema¹²

En el período 1996-2014, se observa una disminución importante en el número de personas ocupadas en situación de pobreza extrema, de 42,0% en 1996 a 17,2% en 2014 (Cuadro 5). En este último año, el área rural presenta el mayor porcentaje de población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema (35,0%), mientras que el área urbana reporta un indicador mucho menor, 5,8%.

Gráfico 12
Evolución de la relación empleo-población, según condición étnico-lingüística CEL, 2011-2014



Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 2011-2014;
p: Preliminar

Cuadro 5
Población ocupada pobre extrema (en porcentaje)

Detalle	1996	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012p	2013p	2014p
Según área de residencia																
Nacional	42,0	37,3	40,4	43,7	37,0	37,8	38,2	38,1	37,4	38,0	29,1	23,7	20,0	21,8	18,9	17,2
Urbana	17,3	18,0	17,9	20,9	19,0	18,7	18,6	17,8	17,2	18,6	13,5	11,0	7,1	8,7	6,2	5,8
Rural	68,9	58,8	68,3	74,5	59,4	61,5	60,8	65,2	60,0	64,1	51,8	44,2	40,5	44,1	39,8	35,0
Según sexo																
Nacional	42,0	37,3	40,4	43,7	37,0	37,8	38,2	38,1	37,4	38,0	29,1	23,7	20,0	21,8	18,9	17,2
Hombre	40,2	35,8	38,7	42,5	36,5	38,0	37,5	36,9	36,0	36,1	27,5	22,9	18,9	20,5	17,7	16,2
Mujer	44,1	39,3	42,3	45,2	37,5	37,6	39,0	39,5	39,1	40,3	30,9	24,7	21,5	23,4	20,5	18,4

Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 1996-2014p;
p: Preliminar

Según sexo, las mujeres en situación de pobreza extrema que se encontraban ocupadas en 2014 eran 18,4%, en tanto que el 16,2% de los hombres ocupados tenían ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema.

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

En lo que respecta a la población clasificada como indígena, el 26,8% se encontraba ocupada y poseía ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema. Por el otro lado, el 7,6% de la población no indígena ocupada eran pobres extremos.

Proporción de la Población Ocupada que Trabaja por Cuenta Propia o en una Empresa Familiar¹³

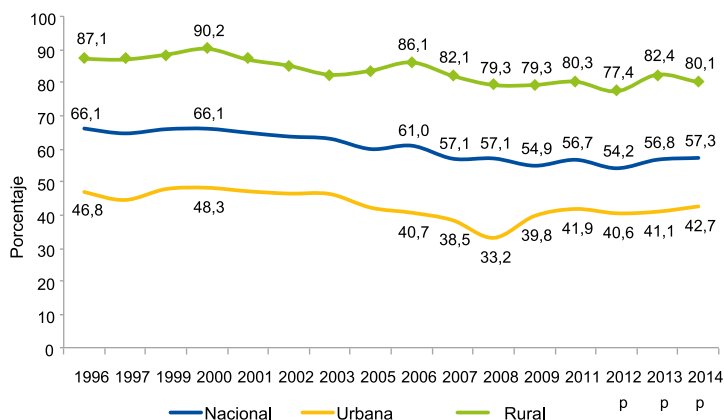
En los últimos dieciocho años, el porcentaje de la población total ocupada que trabaja como cuenta propia o trabajador familiar ha ido disminuyendo de 66,1% a 57,3% (Gráfico 13). En el año 2014, de cada 10 personas ocupadas, alrededor de 6 trabajaban por cuenta propia o en una empresa familiar, considerados como empleos vulnerables, dado que los mismos no gozan de un salario seguro y no poseen protección social (pensiones), entre otros aspectos.

Por las características del trabajo en el área rural, el año 2014 el 80,1% de la población trabajaba como cuenta propia o como trabajadores familiares, mientras que en el área urbana, el 42,7% de la población trabajaba en este tipo de empleos.

Según sexo, el 65,6% de las mujeres ocupadas trabajaba como cuenta propia o como trabajador familiar, en cambio, del total de hombres sólo el 50,8% se encontraba en esta condición de actividad (Gráfico 14).

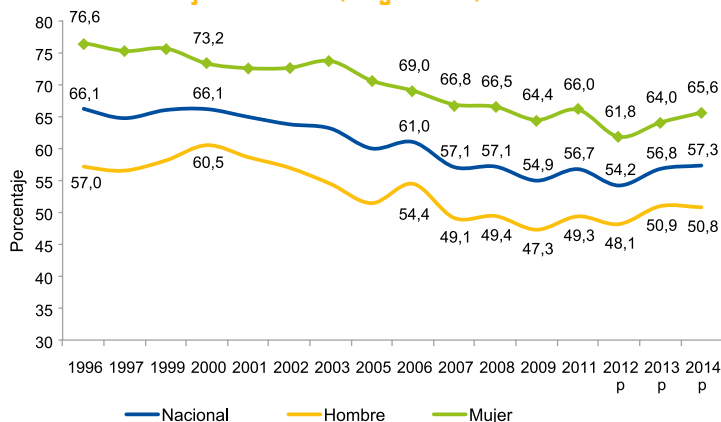
El mayor porcentaje de personas que trabajan como cuenta propia o trabajadores familiares se concentra en el quintil más pobre, donde el 89,9% de los ocupados trabaja en empleos vulnerables, mientras que en los hogares del quintil más rico el 35,6% de los ocupados se encontraba en la misma situación (Cuadro 6).

Gráfico 13
Evolución de la población ocupada como cuenta propia o trabajador familiar por quintil de ingreso, 1996-2014



Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 1996-2014p
p: Preliminar

Gráfico 14
Evolución de la población ocupada como cuenta propia o trabajador familiar, según sexo, 1996-2014



Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 1996-2014p
p: Preliminar

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

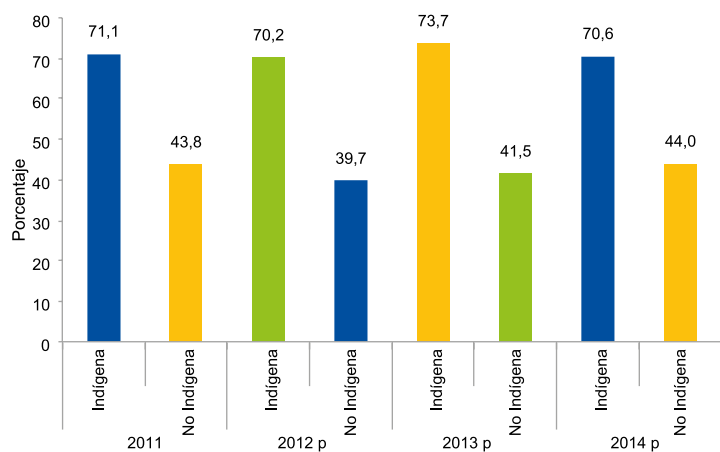
Cuadro 6
Evolución de la población ocupada como cuenta propia o trabajador familiar, según sexo, (en porcentaje)

Detalle	1996	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012p	2013p	2014p
Nacional	66,1	64,7	66,0	66,1	64,9	63,7	63,1	60,0	61,0	57,1	57,1	54,9	56,7	54,2	56,8	57,3
1er quintil (más pobre)	96,5	95,3	97,2	99,3	97,1	93,7	93,7	95,2	97,0	93,2	90,4	90,2	91,4	90,3	92,1	89,9
2° quintil	81,4	77,5	80,4	83,0	76,6	75,4	72,4	70,8	76,1	71,5	69,8	68,0	66,4	61,6	68,7	65,9
3er quintil	59,9	61,2	62,3	59,0	62,3	62,7	59,6	53,2	57,9	50,7	47,3	52,2	50,9	48,0	49,7	52,9
4° quintil	49,5	50,7	49,2	52,1	51,4	50,7	51,7	43,1	43,0	41,1	45,6	40,1	42,6	41,9	43,0	46,7
5° quintil (más rico)	39,2	38,6	40,1	38,3	39,6	38,6	38,6	35,9	30,9	29,2	35,5	32,3	37,7	35,1	34,2	35,6

Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 1996-2014p;
p: Preliminar

Por condición étnico-lingüística, el 70,6% de la población indígena ocupada estaba clasificada como cuenta propia o trabajador familiar; en tanto que el 44,0% de los no indígenas estaba clasificado en una de estas dos categorías de empleo consideradas como vulnerables (Gráfico 15).

Gráfico 15
Evolución de la población ocupada como cuenta propia o trabajador familiar, según CEL, 2011-2014



Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 2011-2014p;
p: Preliminar





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

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

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

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

Actualmente, el mundo enfrenta una doble carga de malnutrición que contiene la desnutrición y la alimentación excesiva, que representan riesgos para la salud humana en todo el ciclo de la vida. En el caso de la desnutrición, ésta contribuye a cerca de un tercio de todas las muertes infantiles (Organización Mundial de la Salud).

Para el seguimiento de los indicadores de desnutrición crónica y desnutrición global, se han venido utilizando los datos provenientes de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA) y la Encuesta de Salud y Nutrición del año 2012¹⁴. Dado que la última información disponible de estos indicadores corresponde al año 2012 y fue exhibida en el Séptimo Informe de Progreso de los ODM (2013), en el presente informe se realiza una breve revisión de este indicador.

Las diferentes intervenciones implementadas en el país dirigidas a reducir la desnutrición, se ven reflejadas en la disminución del porcentaje de niños con desnutrición crónica y global, alcanzando la meta del milenio antes del plazo establecido.

Porcentaje de niños menores de 3 años con desnutrición crónica (baja talla para la edad)

En el año 2012, el porcentaje de niños menores de 3 años con desnutrición crónica era de 18,5%, alcanzando la MDM antes del plazo establecido (21,0%). Desde 1989 se observa una reducción de 55,6% de niños menores de tres años con desnutrición crónica, dato que supera la meta planteada para el año 2015, de reducir este indicador a la mitad.

Según el área de residencia, el porcentaje de niños menores de tres años con desnutrición crónica del área rural disminuyó de 49,1% en 1989 a 25,9% en 2012, representando una reducción de 52,7%. Mientras tanto, en el área urbana este indicador se redujo de 34,4% a 14,6% en el mismo período.

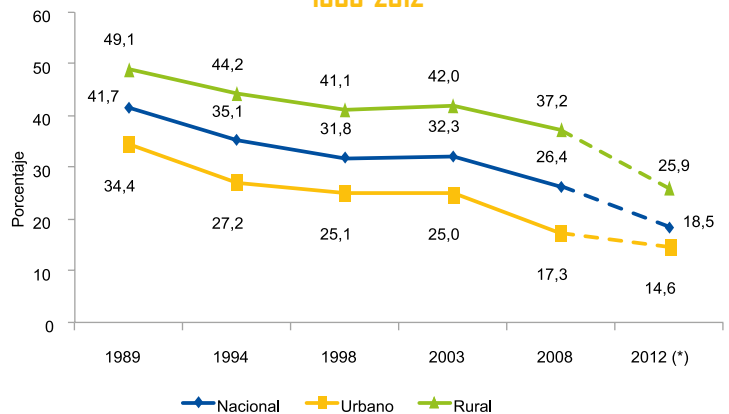
14 La Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012 fue realizada por la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) y el Ministerio de Salud sobre una muestra representativa de hogares con niñas y niños menores de cinco años en todo el país.

Respecto a la brecha entre áreas de residencia, la misma ha disminuido de 14,7% en 1989 a 11,3% en 2012, destacando de esta manera el reforzamiento de acciones dirigidas a cerrar brechas entre el área urbana y el área rural (Gráfico 16).

La proporción de niños menores de tres años que sufre desnutrición crónica es 3 veces mayor en el quintil más pobre respecto al quintil más rico de la población, que se explica tanto por las desigualdades de ingreso así como por el acceso y utilización de los servicios públicos (Gráfico 17).

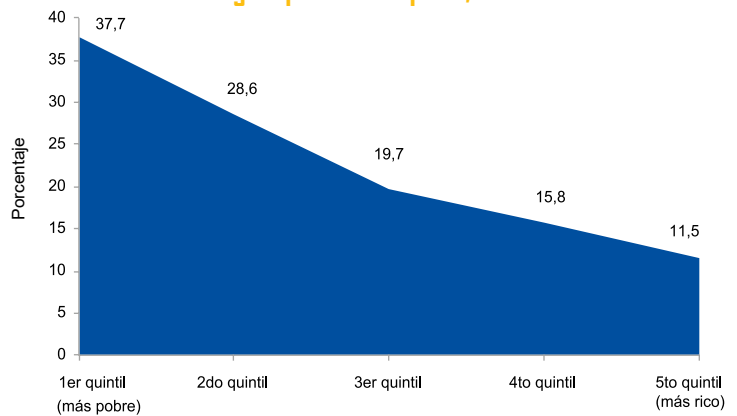
Si bien a nivel nacional se alcanzó la meta del milenio establecida para el año 2015, entre departamentos se observan brechas, en el año 2008 los departamentos de Santa Cruz (11,2%), Tarija (13,9%), Beni (19,7%) y Pando (15,0%) habrían cumplido la meta del milenio; en cambio, los departamentos de Potosí (42,5%), Oruro (35,3%) y Chuquisaca (34,1%) aún presentan brechas importantes respecto a la meta del año 2015 (21,0%) (Gráfico 18).

Gráfico 16
Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de tres años, 1989-2012



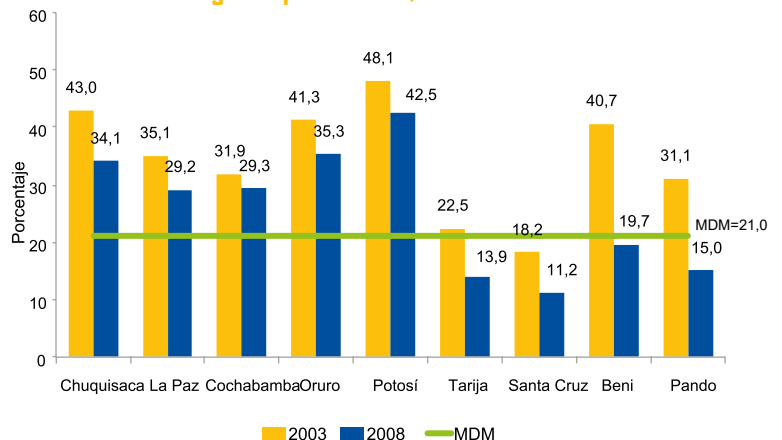
Fuente: UDAPE con datos de la ENDSA 1989, 1994, 1998, 2003 y 2008 y Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012.
(*) Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición (ESNUT-2012), UDAPE y MS

Gráfico 17
Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de tres años según quintil de riqueza, 2012



Fuente: En base a Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición (ESNUT-2012), UDAPE y MS

Gráfico 18
Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de tres años según departamento, 2003-2008



Fuente: UDAPE con datos de la ENDSA 2003 y 2008

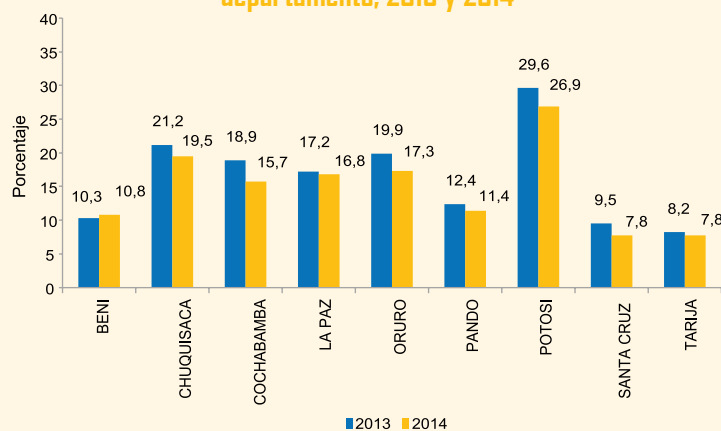
Recuadro 2

Porcentaje de desnutrición crónica (talla para la edad) diagnosticada en establecimientos de salud

De acuerdo a información del Software de Atención Primaria en Salud (SOAPS)* del Ministerio de Salud, para el año 2013, el 17,4% de los niños menores de tres años atendidos fueron diagnosticados con desnutrición crónica (baja talla para la edad) mientras que el año 2014 el 15,7% de los menores de tres años se encontraba en esta situación, representando en términos absolutos a 42.189 de 269.556 niños atendidos en la gestión 2014.

A nivel departamental, Potosí registra el mayor porcentaje de niños menores de tres años con diagnóstico de desnutrición crónica en el primer nivel de atención, mientras que los departamentos de Santa Cruz y Tarija reportan los menores niveles.

Porcentaje de desnutrición crónica en menores de 3 años diagnosticada en establecimientos de salud según departamento, 2013 y 2014



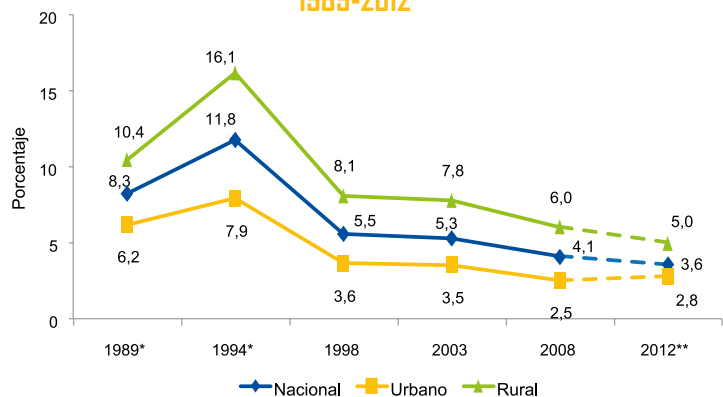
Fuente: Ministerio de Salud (SOAPS/SNIS-VE)

*El SOAPS recoge información de 1.826 establecimientos de salud de primer nivel de atención, dado que recién se viene implementando este software desde el año 2012 por lo que aún no reportan información todos los establecimientos, sin embargo, los datos presentados contienen la información que han proporcionado los establecimientos de ciudades capitales e intermedias que atienden a la mayor cantidad de población, por lo que esta información es representativa de las atenciones realizadas en el primer nivel de atención. El 2013 reportó el 57% de los establecimientos y el 2014 el 61%.

Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global (bajo peso para la edad)

Al igual que la desnutrición crónica, también la desnutrición global ha ido disminuyendo alcanzando el año 2012 el valor de 3,6% a nivel nacional. Según área de residencia, el área rural (5,0%) presenta un mayor porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición global respecto al área urbana (2,8%), a pesar de esta situación, se advierte una disminución notable de la brecha entre áreas urbana y rural llegando a 2,2 puntos porcentuales el año 2012 (Gráfico 19).

Gráfico 19 Prevalencia de la desnutrición global en menores de cinco años, 1989-2012**



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

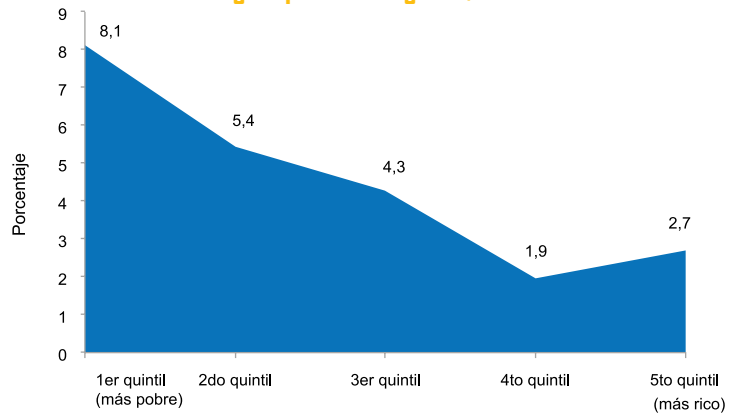
(*) Debido a disponibilidad de datos, los años 1989 y 1994 corresponden a niños de 3-35 meses.

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

Según niveles de ingreso, el año 2012 la desnutrición global de niños menores de 5 años en el quintil más pobre de la población era de 5,4 puntos porcentuales superior al quintil más rico (Gráfico 20).

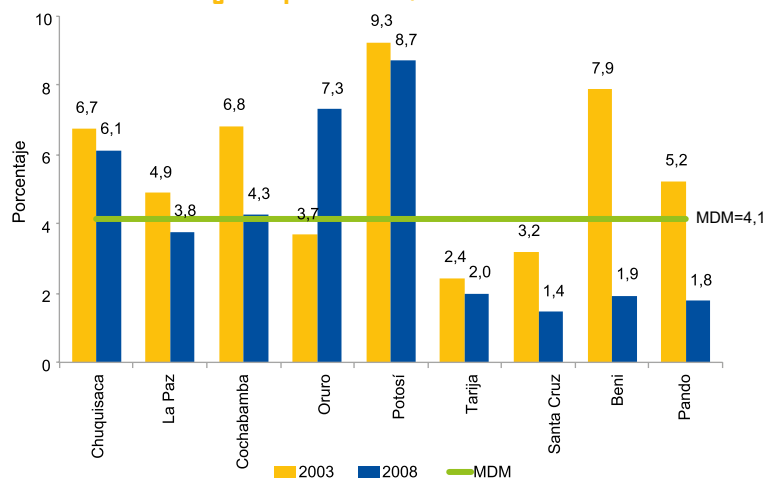
A nivel departamental, el año 2008, La Paz (3,8%), Tarija (2,0%), Santa Cruz (1,4%), Beni (1,9%) y Pando (1,8%) habrían alcanzado la MDM. Sin embargo, el incremento de la desnutrición global en el departamento de Oruro es una alerta para que el sector salud tome las previsiones correspondientes que garanticen la sostenibilidad de los resultados alcanzados (Gráfico 21).

Gráfico 20
Prevalencia de la desnutrición global en menores de cinco años según quintil de ingreso, 2012



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

Gráfico 21
Prevalencia de la desnutrición global en menores de cinco años según departamento, 2003-2008



Fuente: Cálculo UDAPE con datos de la ENDSA 1989, 1994, 1998, 2003 y 2008

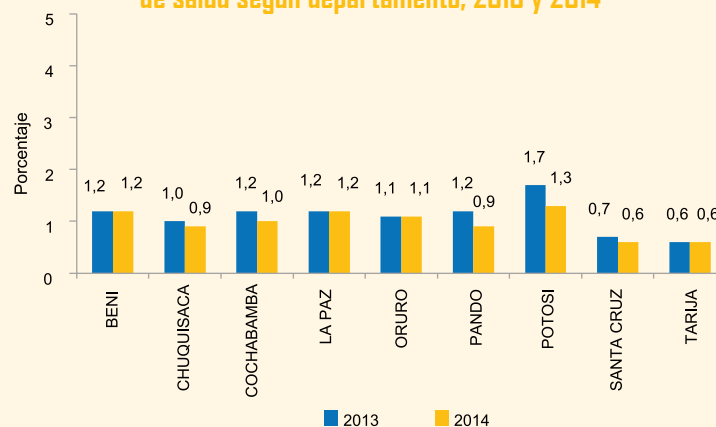
Recuadro 3

Porcentaje de desnutrición global (peso para la edad) diagnosticada en establecimientos de salud

El indicador de Desnutrición Global en menores de cinco años diagnosticados en el primer nivel de atención, con información del SOAPS, fue de 1,1% en 2013 y de 1,0% en 2014. Este último año, significa que 3.907 niños menores de cinco años han sido diagnosticados con desnutrición global de un total de 387.330 menores de 5 años que fueron atendidos en los establecimientos de salud de primer nivel de atención.

A nivel departamental, el año 2014 los departamentos de Pando, Santa Cruz y Tarija presentaron los porcentajes más bajos de niños menores de cinco años con desnutrición global.

Porcentaje de desnutrición global en menores de 5 años diagnosticada en establecimientos de salud según departamento, 2013 y 2014



Fuente: Ministerio de Salud (SOAPS/SNIS-VE)

PRINCIPALES ACCIONES

Las dos primeras metas del primer Objetivo de los ODM relaciona dos aspectos, la pobreza y el empleo, principalmente por el hecho que aproximadamente el 80% de los ingresos de los hogares provienen de fuentes laborales, por ende, cuantas más personas estén ocupadas y además posean mayores ingresos, se reflejará en menor proporción de personas que se encuentren en situación de pobreza. Las acciones que se han venido implementando en estos temas son:

- ◆ Ejecución de políticas económicas nacionales que han generado mayor crecimiento del PIB, incidiendo en un incremento de la población ocupada. Adicionalmente, con este escenario macroeconómico favorable, desde mediados de la década pasada se ha incrementado el salario mínimo nacional con lo cual se ha mejorado el poder adquisitivo de los salarios.
 - ◆ Implementación de políticas dirigidas a evitar el incremento de los precios de la canasta básica familiar, lo que ha significado que los hogares puedan adquirir los productos de la canasta de bienes y servicios básicos.
 - ◆ Implementación de programas sociales de transferencias monetarias que han permitido mejorar los ingresos no laborales de algunos grupos poblacionales.
- En cuanto a la nutrición, entre algunas de las acciones que se han venido implementando desde el Ministerio de Salud a través de la Unidad de Alimentación y Nutrición se pueden citar los siguientes:
- ◆ Fomento y protección de la Lactancia Materna apoyados en la Ley N° 3460, que es fortalecida con la estrategia Iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y el Niño (IHAMN) y la implementación del primer banco de leche en el departamento de La Paz, para así minimizar la problemática de desnutrición en los niños y niñas menores de 6 meses.
 - ◆ Fomento al inicio adecuado de la alimentación complementaria que se da a partir del 6to mes de vida de los niños y niñas, dando continuidad a la lactancia materna.

- ◆ Dotación del Alimento complementario (Nutribebé), cuyo objetivo es prevenir las carencias nutricionales debido a las deficiencias alimentarias que pueda existir en los hogares de las niñas y niños de 6 a 23 meses de edad. De acuerdo a la zona del país, este producto adquiere diferentes nombres como: Bebe Churo y Sanito (Tarija), Wawamanq'aña (El Alto), Dino Bebe (Chuquisaca). Además, esta iniciativa ha originado la creación de un alimento complementario análogo en el municipio de Caripuyo del departamento de Potosí denominado Kallpawawa, que es elaborado principalmente de charque de llama.
- ◆ Fortalecimiento de la suplementación con micronutrientes (Vitamina A y Hierro), cuyo objetivo es disminuir las deficiencias micronutrientes en niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y puérperas, por medio de la dotación de Vitamina A, Chispitas Nutricionales y Sulfato Ferroso en los establecimientos de salud.
- ◆ Implementación de Unidades de Nutrición Integrales (UNI), con el objeto de promover la aplicación de estrategias de alimentación y nutrición y cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades durante el ciclo de la vida, contribuyendo de esta manera a mejorar el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años con énfasis en el menor de dos años.
- ◆ Fortificación de alimentos (Harina de trigo con hierro, aceite vegetal con vitamina A y sal con yodo), para disminuir las carencias micronutrientes en la población en general.

El Ministerio de Salud, como Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) coordina las acciones con los Ministerios sectoriales a través del Programa Multisectorial Desnutri-

ción Cero (PMDC), que articula diferentes intervenciones intersectoriales e integrales dirigidas a eliminar la desnutrición crónica en los menores de cinco años, con énfasis en los menores de dos años. Entre las principales acciones del PMDC se encuentran:

- ◆ Implementación del Incentivo Municipal, que consiste en una transferencia monetaria condicionada de Bs350.000 a municipios que cumplan con los requisitos establecidos por el PMDC, entre ellos, la formulación de un proyecto que promueva la intersectorialidad y cuente con la revisión del Ministerio involucrado. Hasta la fecha, en los 166 municipios priorizados por el PMDC se tienen los siguientes proyectos:

Ámbito	Ministerio cabeza de sector	Número de proyectos
Producción agrícola y pecuaria	MDRyT	90
Agua	MMAyA	24
Riego	MMAyA	15
Justicia	MJ	3
Educación y justicia	ME	1
Salud	MS	16
Salud y Producción agrícola	MS	2
Saneamiento	MMAyA	3
Transformación	MDPyEP	12
Total		166

Fuente: Ministerio de Salud

- ◆ Conformación, hasta la gestión 2014, de 8 Consejos Departamentales (CODAN), excepto Santa Cruz, y 166 Consejos Municipales de Alimentación y Nutrición (COMAN), los cuales trabajan de manera articulada con todos los sectores a nivel municipal y departamental, generando planes de acción en busca de mejorar el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años así como de mujeres gestantes y en periodo de lactancia.
- ◆ El año 2014, se aprobó el Decreto Supremo N° 2167 que aprueba la Política de Alimentación y Nutrición, que establece programas que impulsan la implementación de estrategias de alimentación y nutrición de los diferentes sectores que integran el CONAN de manera coordinada con el fin de reducir la malnutrición de la población boliviana.

Desde el año 2009, se viene implementando el Programa Bono Juana Azurduy (BJA), que incentiva a las madres a utilizar los servicios gratuitos de salud en el marco de la Ley N°475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral y del PMDC a través de una transferencia monetaria por el cumplimien-

to de corresponsabilidades asociadas a la mujer (controles prenatales, parto y atención postparto) y al menor de dos años (controles de crecimiento y desarrollo) cada dos meses hasta cumplir los dos años de edad. El objetivo de este bono es coadyuvar a reducir la mortalidad de la madre, la mortalidad infantil y la desnutrición crónica en los menores de dos años.





OBJETIVO 2

**LOGRAR LA ENSEÑANZA
PRIMARIA UNIVERSAL**




META 2A

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

Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015*
Tasa de término a 6° de primaria	69,1 (1992)	90,7 (2014p)	100,0	9,3
Tasa de alfabetismo de la población de 15 a 24 años	93,9 (1992)	99,4 (2014p)	100,0	0,6

p: Preliminar.

(*) MDM – dato actual.

El segundo objetivo de desarrollo del milenio está relacionado con la universalización de la educación primaria. La evaluación del progreso de este objetivo se realiza en base a los indicadores de tasa de término de primaria (indicador de permanencia/culminación del nivel primario) y la tasa de analfabetismo de la población de 15 a 24 años. En informes anteriores se incluyó como indicador de seguimiento la tasa de cobertura neta del nivel primario para medir los avances hacia la en-

señanza primaria universal, sin embargo, debido a discrepancias en la metodología de cálculo de este indicador, en el presente documento se presenta información sobre la tasa de asistencia escolar.

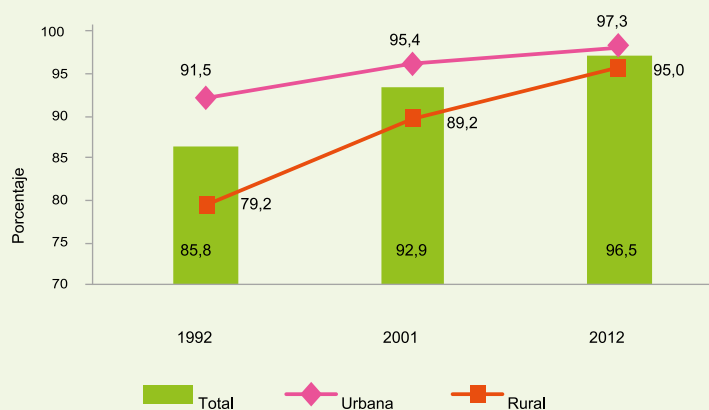
La educación primaria universal no es solamente un medio para el crecimiento y desarrollo, es un fin en sí misma, un derecho humano, y una parte esencial de la capacidad de las personas de llevar sus vidas de acuerdo a lo que valoran (UN Millennium Project, 2005).

Recuadro 4 Tasa de asistencia escolar entre los 6 y 11 años

Para medir los avances hacia la universalización de la educación primaria, puede emplearse como indicador de seguimiento la tasa de asistencia escolar de la población entre 6 y 11 años¹⁵.

Entre 1992 y 2012, ha existido un incremento notable en la asistencia escolar; en 1992 la tasa de asistencia escolar entre 6 y 11 años era de 85,8%, misma que llegó a 96,5% en el 2012. El incremento se ha registrado tanto a nivel de área geográfica (urbana y rural) como por sexo; sin perjuicio de ello, también se constata que los mayores avances se efectivizaron en las poblaciones rurales y en las mujeres, lo que sugiere avances considerables hacia la igualdad en los derechos de estas poblaciones y en el cumplimiento de la MDM.

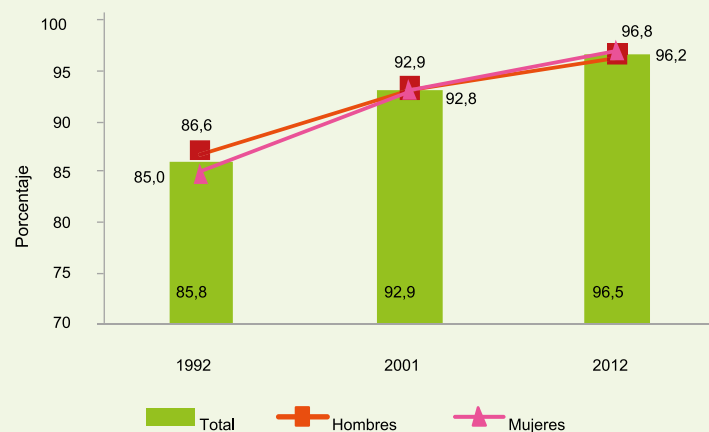
Tasa de asistencia escolar de la población de 6 a 11 años de edad por área geográfica (1992, 2001 y 2012)



Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda 1992, 2001, 2012 (NE).

(*) No incluye personas que residen habitualmente en el exterior y personas que no especifican la pregunta de asistencia escolar.

Tasa de asistencia escolar de la población de 6 a 11 años de edad por sexo (1992, 2001 y 2012)



Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda 1992, 2001, 2012 (NE).

(*) No incluye personas que residen habitualmente en el exterior y personas que no especifican la pregunta de asistencia escolar.

15 Este indicador se obtiene principalmente de los censos de población y vivienda, aunque también de encuestas de hogares si el tamaño muestral lo permite. Brinda una adecuada medida de acceso escolar en el momento mismo del levantamiento de la información. Se define como la proporción de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en la edad correspondiente al nivel primario de educación (6 a 11 años) que están inscritos y que efectivamente asisten a clases.

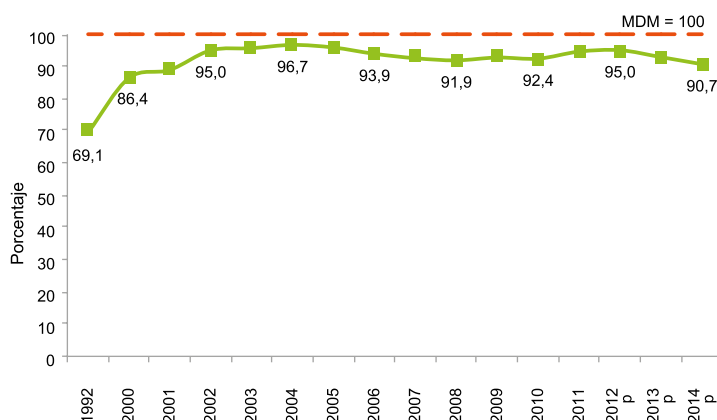
Tasa de término a 6º de primaria¹⁶

El objetivo de universalización en el acceso a la educación primaria debe ir, necesariamente, acompañado de políticas que garanticen la permanencia y egreso de los estudiantes, a fin de brindarles la oportunidad de continuidad en la educación superior de formación profesional y su proyección al ámbito productivo. Una forma de seguir la culminación de los estudios del nivel primario, es medir la tasa de término en el último año de escolaridad de ese nivel¹⁷. El indicador está ligado a la eficiencia del sistema educativo que, entre otros factores, depende de una oferta educativa adecuada para viabilizar la continuidad de los itinerarios escolares hacia niveles superiores (Gráfico 22).

La tasa de término a 6º de primaria en Bolivia se incrementó de 69,1% en 1992 a 90,7% en el año 2014. Para el 2015, se estima que la tasa de término a 6º de primaria alcanzaría a 91%, esto significaría que aproximadamente 214.501 niñas y niños estarían promoviendo de primaria, 2.508 más respecto a los 211.993 que lo hicieron en el 2014 (Gráfico 23), lo que sugiere que aún existiría una brecha para alcanzar la MDM.

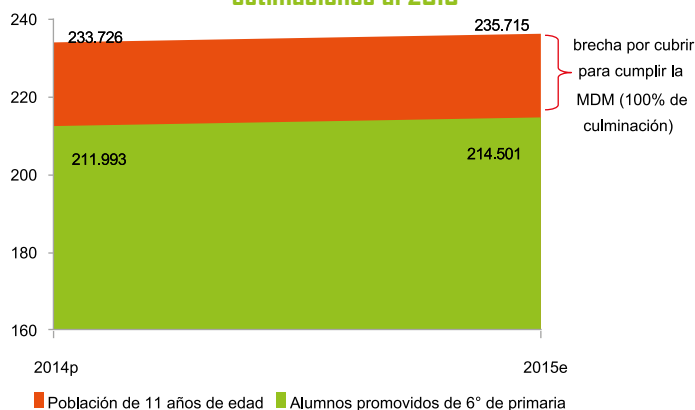
Este indicador se ve afectado no sólo por factores inherentes al sistema educativo: condiciones de oferta educativa, maestros, infraestructura, materiales y otros, sino también es sensible a factores externos, principalmente relacionados con el contexto socio-económico de las regiones, características de la población, disponibilidad de ingresos de los hogares y otros. Otros estudios encuentran también que una alta concentración de población indígena y alta dispersión de la población, entre otros, son características comunes de municipios con bajas tasas de culminación de primaria¹⁸.

Gráfico 22
Evolución de la tasa de término a 6º de primaria, 1992-2014



Fuente: Elaborado en base a información del Sistema de Información Educativa del Ministerio de Educación (SIE – ME).
p: Preliminar.

Gráfico 23
Número de alumnos promovidos de 6º de primaria en el 2014 y estimaciones al 2015



Fuente: Elaborado en base a información del SIE – ME y del INE.
e: Estimado.
p: Preliminar.

16 A partir de la Ley N° 070 de 20 de diciembre de 2010, de la Educación "Avelino Siñani" - Elizardo Pérez", el nivel primario pasa a denominarse "Educación Primaria Comunitaria Vocacional", reduciéndose su duración de 8 a 6 años. Para guardar coherencia en las series históricas, se adopta la estructura definida en dicha Ley: Inicial 2 años, Primaria 6 años y Secundaria 6 años.

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

18 Ver por ejemplo, Ochoa y Bonifaz (2002).

A nivel departamental, Cochabamba (100,1%), Beni (93,0%) y La Paz (92,3%) presentan las tasas de término a 6° de primaria más altas del país, además son los departamentos con valores por encima del promedio nacional; los departamentos de Pando (76,8%), Potosí (80,4%) y Oruro (84,2%) exhiben las tasas de término a 6° de primaria más bajas (Gráfico 24).

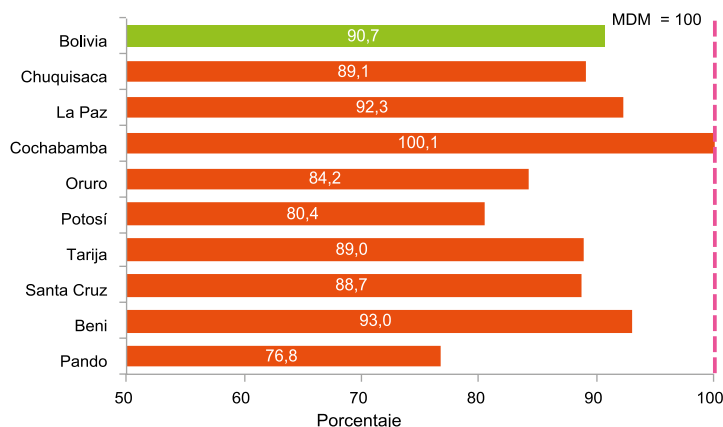
El departamento de Cochabamba habría alcanzado la MDM antes del plazo establecido, manteniendo una considerable ventaja sobre Pando y Potosí, los más rezagados. Santa Cruz, Tarija, Chuquisaca, La Paz y Beni rondan el promedio del país.

Respecto a la tasa de término a 6° de primaria por sexo, se observa que antes del 2005 los hombres presentaban tasas más altas que las mujeres, situación que se revierte ese año y permanece hasta el año 2013, sugiriendo mayores niveles de permanencia en el nivel primario para las mujeres (Gráfico 25). En el 2014, la brecha en la tasa de término a 6° de primaria llega a 0,9 puntos porcentuales favoreciendo ligeramente a los hombres.

Tasa alfabetismo de la población de 15 a 24 años

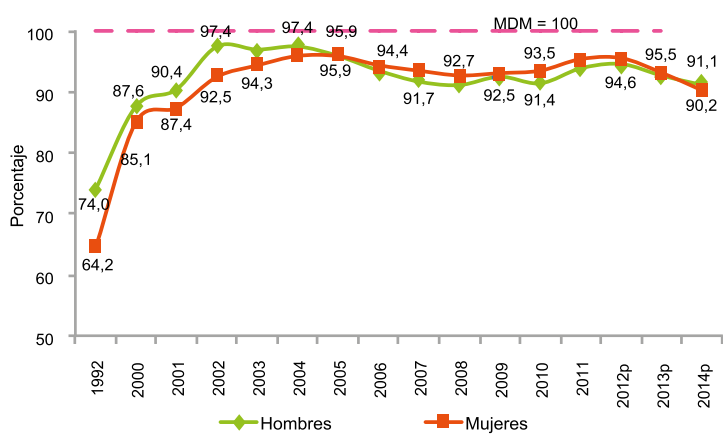
La tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años¹⁹ es uno de los indicadores internacionalmente utilizados para hacer seguimiento al objetivo de educación primaria universal. Refleja los resultados más inmediatos de la educación primaria en términos de haber logrado la aprehensión de capacidades básicas como son la lectura y escritura.

Gráfico 24
Tasa de término a 6° de primaria por departamento, 2014p



Fuente: Elaborado en base a información del SIE - ME.
p: Preliminar.

Gráfico 25
Tasa de término a 6° de primaria por sexo, 2000-2014



Fuente: Elaborado en base a información del SIE - ME y del INE.
p: Preliminar.

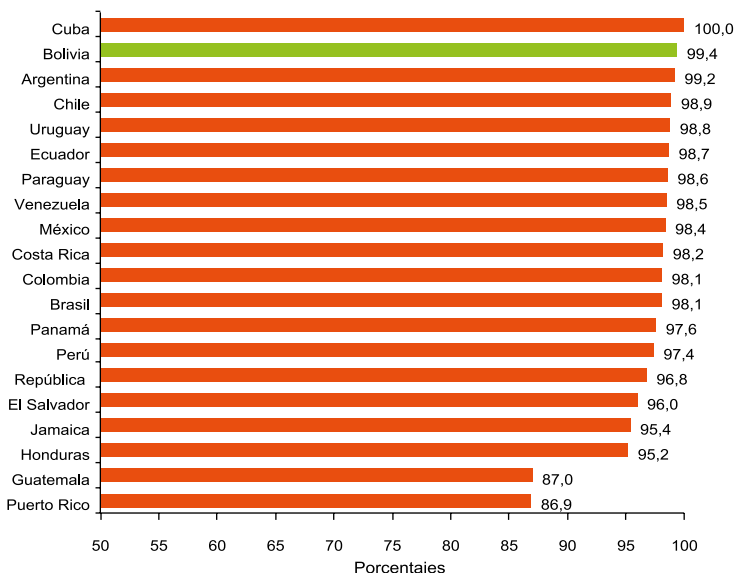
19 La tasa de alfabetismo de la población de 15 a 24 años o tasa de alfabetismo de jóvenes se define como el porcentaje de población entre 15 y 24 años de edad que sabe leer y escribir.

Respecto a este indicador, de acuerdo a información de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Bolivia ocupa la segunda posición luego de Cuba entre los países de la región (Gráfico 26).

La tasa de alfabetismo entre 1992 y 2014 presenta una tendencia creciente con un incremento neto de 5,5 puntos porcentuales. El año 2014, la tasa de alfabetismo de la población de 15 a 24 años fue de 99,4%, que sugiere que se habría alcanzado la meta del milenio antes del plazo establecido (Gráfico 27).

La tasa de alfabetismo de la población rural históricamente ha estado por debajo de la correspondiente a la población urbana (Gráfico 28). Sin embargo, la brecha se ha ido acortando cada vez más, observándose una brecha de 0,3 puntos porcentuales el año 2014.

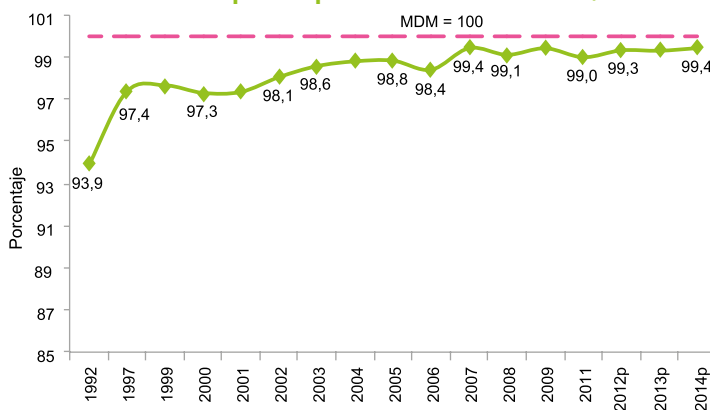
Gráfico 26
Tasas de alfabetismo de jóvenes (15 a 24 años de edad) en América Latina y el Caribe, 2007-2010*



Fuente: Elaborado en base a UIS-UNESCO (2012).

(*): Los indicadores de alfabetización para los diferentes países corresponden a los datos más recientes disponibles para el período 2007-2010.

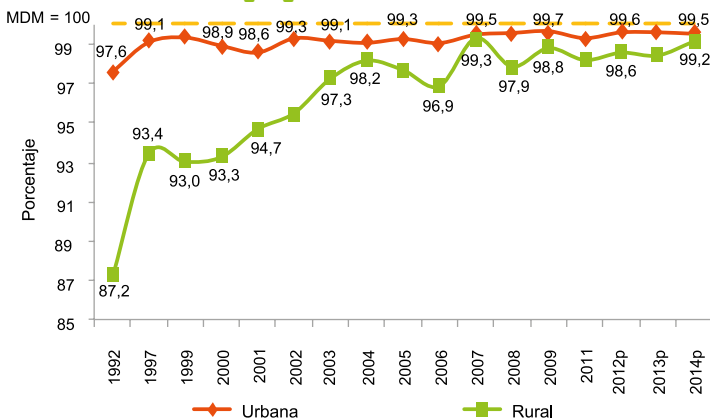
Gráfico 27
Tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años, 1992-2014



Fuente: Elaborado en base a encuestas de hogares (INE).

p: Preliminar

Gráfico 28
Tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años por área geográfica, 1992-2014



Fuente: Elaborado en base a encuestas de hogares (INE).

p: Preliminar

Asimismo, desagregando este indicador según sexo, durante el período 1992-2006 los hombres han presentado tasas superiores a la de las mujeres (Gráfico 29); no obstante, a partir del año 2007 la brecha se ha ido acortando hasta que el 2014 prácticamente no existen diferencias entre ambos sexos.

Según quintiles de ingreso, en 1997 la tasa de alfabetismo de los quintiles 2º al 5º era bastante elevada (mayores al 97%), mientras que el 1º quintil (quintil más pobre) reportaba una cifra mucho menor (92,1%). Sin embargo, durante el período 1997-2014 esta brecha se ha ido cerrando debido al incremento en la tasa de alfabetismo del 1º quintil. El año 2014, prácticamente no se presenta diferencia alguna en el alfabetismo entre los grupos clasificados por quintiles de ingreso (Gráfico 30).

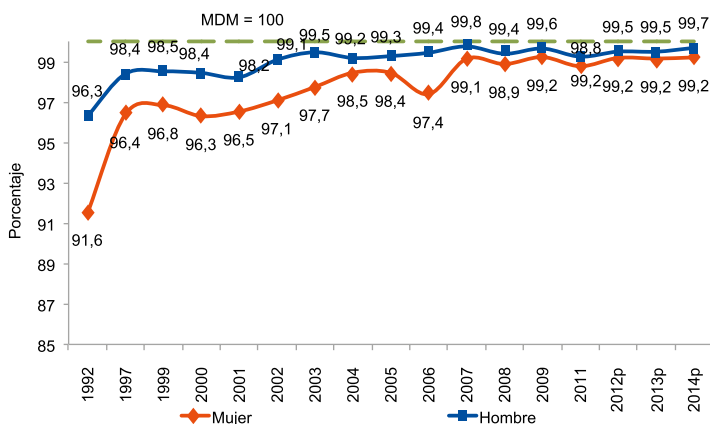
PRINCIPALES ACCIONES

La universalización de la educación primaria no sólo depende de factores propios del servicio educativo como la infraestructura, maestros, materiales y otros, sino es muy sensible también a factores externos, principalmente relacionados con el contexto socio-económico de las regiones, características de la población, disponibilidad de ingresos de los hogares y otros.

A partir de la gestión 2006, desde el Estado se han iniciado acciones concretas orientadas a universalizar la educación primaria.

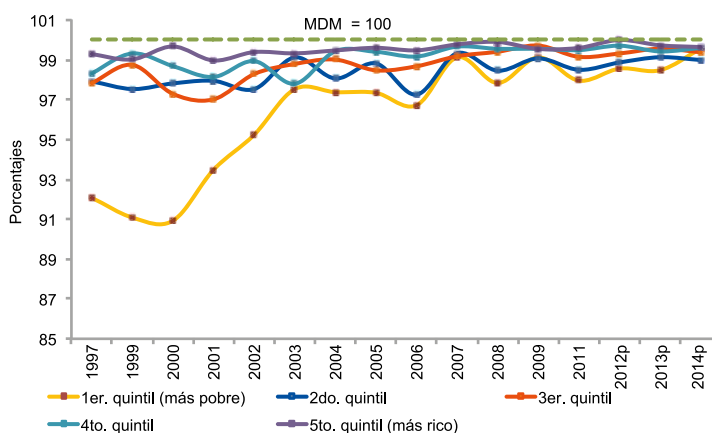
- ◆ El Gobierno Central hizo un mayor esfuerzo, comparado con el de las gestiones precedentes, en la asignación de nuevos ítems para personal docente y administrativo de todo el Sistema Educativo Plurinacional. Mientras que en las gestiones 2004 y 2005 se crearon 2.600 nuevos ítems cada año, a partir del 2006 se crean más de 4.000 ítems cada año.
- ◆ Acciones dirigidas a mejorar la formación pedagógica y didáctica de los maestros para incidir directamente en la calidad del aprendizaje de los alumnos e indirectamente en el incremento de los

Gráfico 29
Tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años por sexo, 1992-2014



Fuente: Elaborado en base a encuestas de hogares (INE).
p: Preliminar

Gráfico 30
Tasa de alfabetismo para la población de 15 a 24 años por quintiles de ingreso, 1997-2014



Fuente: Elaborado en base a encuestas de hogares (INE).
p: Preliminar

índices de asistencia, en el entendido de que el desempeño del maestro juega un papel importante en las decisiones familiares de enviar a sus hijos a las escuelas. Algunas de estas acciones son:

- El Plan Nacional de Profesionalización de Maestros Interinos y el proyecto de formación continua a todos los maestros en aspectos pedagógicos y disciplinares, en concordancia con la nueva política educativa.
 - Programa de Formación Complementaria para Maestras y Maestros en Ejercicio – PROFOCOM, que se viene ejecutando desde el año 2012, que implementa procesos formativos orientados a la aplicación del nuevo currículo del Sistema Educativo Plurinacional, que concretice el Modelo Educativo Sociocomunitario Productivo.
 - Entrega de computadoras portátiles a los docentes, que se ejecuta desde el año 2011, para que tengan acceso y uso adecuado de las Tecnologías de Información y Comunicaciones en el desarrollo de los procesos educativos
- ◇ El Gobierno sigue fortaleciendo la infraestructura educativa a través del “Programa de Infraestructura Educativa, Equipamiento y Procesos Pedagógicos a través de los Gobiernos Municipales” (PIEE-GM). Mediante este programa se construyen escuelas, se adquiere equipamiento y mobiliario y se aplican procesos pedagógicos. Contar con más y mejores escuelas es importante para ampliar la cobertura del servicio educativo.
 - ◇ Desde el 2014, en un esfuerzo conjunto del nivel central del Estado y los gobiernos subnacionales se dotan computadoras portátiles a las Unidades Educativas Fiscales y de Convenio del Subsistema de Educación Regular, para las y los estudiantes del nivel Secundario Comunitario Productivo.
 - ◇ Por el lado de la demanda, la principal estrategia orientada hacia la universalización de la primaria, es el Bono Juancito Pinto, que tiene el objetivo de incentivar la matriculación, permanencia y culminación de los niños y niñas que asisten de forma regular a los niveles primario y secundario de la educación regular en todas las escuelas públicas, a través de la entrega de un bono anual de Bs200, monto que ayudaría a las familias a cubrir costos de materiales de estudio, transporte, alimentación u otros, en que incurren por el envío de sus hijos a la escuela. En el 2014, se beneficiaron alrededor de 2,1 millones de niños y niñas en todo el país, incluyendo a alumnos de los centros de Educación Especial.
 - ◇ Se conocen también experiencias de programas de incentivos a la demanda de educación a nivel municipal como la experiencia del Gobierno Municipal de El Alto que empezó el año 2003 con el “Bono Esperanza” y posteriormente “Wawanacasataki” (para nuestros hijos), que consistía en la entrega de Bs200 anuales a los niños entre 1º y 5º de primaria.
 - ◇ Otros programas orientados a la universalización de la educación primaria, son apoyados por organismos de la cooperación internacional, u otras instancias no públicas. Algunas de estas experiencias tienen que ver con la ejecución de internados escolares, siendo una de las más conocidas el programa de “Hospedaje Estudiantil en Familia” apoyado por la Fundación Pueblo en algunos municipios de los departamentos de Potosí y La Paz.
 - ◇ El programa “Yachay Wasi” ejecutado por Fe y Alegría, está orientado a escolarizar en áreas rurales y evitar la deserción escolar, además de cerrar la brecha de acceso y permanencia entre hombres y mujeres. Las “yachay wasis” o “casas del saber” son internados en los que los estudiantes reciben alimentación y recursos necesarios para realizar sus estudios, desde el nivel primario hasta concluir el bachillerato.
 - ◇ El programa “Niña Indígena” en los departamentos de Chuquisaca, Potosí y Cochabamba apoyado por UNICEF, busca lograr objetivos relacionados con la universalización de la educación primaria y la reducción de brechas de género, entre otros. Tiene que ver con programas de transporte escolar, mejoramiento de infraes-

estructura, desayuno escolar, dotación de material escolar e internados escolares.

- ◆ Otro programa que favoreció el alcance del objetivo de universalización de la educación, fue la ejecución del Programa Nacional de Alfabetización “Yo sí puedo”, particularmente en cuanto a la tasa de alfabetismo en la población de 15 a 24 años. Este programa, ejecutado entre marzo de 2006 y diciembre de 2008, logró alfabetizar a 823.256 participantes. Como continuación del Programa Nacional de Alfabetización – PNA desde el año 2009 se ejecuta el Progra-

ma Nacional de Post-Alfabetización – PNP con el objetivo de proporcionar educación primaria a los recién alfabetizados y a todas las personas mayores de 15 años que han abandonado o no han tenido acceso a la educación, otorgándoles un currículo de primero a sexto curso de primaria. Este programa tiene un componente de alfabetización para las personas mayores de 15 años que son parte de la población analfabeta residual.

A pesar de los cambios que se han llevado adelante en el sector educativo en los últimos años, es necesaria continuar y mejorar las acciones implementadas así como garantizar la sostenibilidad de los recursos financieros, para lograr la universalización de la educación.







OBJETIVO 3

**PROMOVER LA IGUALDAD DE
GÉNERO Y EL EMPODERAMIENTO
DE LA MUJER**



HUMANITA

VVVV VVVVVVVV
VVVVVVVV VVVVV

Mo colani

Río Jora Waj

ARI


 META 3A

Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de enseñanza para el año 2015

Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1. Brecha de género en la tasa de término o 6° de primaria	9,8 (1992)	0,9 (2014p)	0,0	-0.9
2. Brecha de género en la tasa de término a 6° de secundaria	3,2 (1992)	-6,4 (2014p)	0,0	6,4
3. Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años	0,980 (1997)	0,995 (2014p)	1,0	Cumplida
4. Proporción de mujeres en empleo remunerado en el sector no agrícola	31,3 (1999)	36,3 (2014p)	-	-
5. Proporción de mujeres en el Parlamento Nacional	-	50,0 (2014)	-	-
6. Proporción de mujeres en concejos municipales	19,0 (2004)	51,1 (2015)	-	-

p: Preliminar

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio reflejan el amplio reconocimiento internacional de que el empoderamiento de las mujeres y el logro de la igualdad entre los géneros son asuntos relacionados con los derechos humanos y la justicia social.

El tercer objetivo de desarrollo del milenio está relacionado con el empoderamiento de las mujeres y la promoción de la equidad de género. Establece metas concretas para eliminar la disparidad de género en todos los niveles de educación antes del año 2015, e incluye además indicadores sobre empleo y participación política de mujeres. El empoderamiento de la mujer y la equidad de género es esencial para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Brecha de género en la tasa de término a 6° de primaria

Este indicador mide la equidad entre géneros en uno de los aspectos de mayor importancia cuando se evalúa la eficiencia del sistema educativo: la culminación de la primaria y la secundaria.

Entre 1992 y 2014, la tasa de término a 6° de primaria para las mujeres se incrementó de 64,2% a 90,2%, mientras que en el caso de los hombres se incrementó de 74,0% a 91,1%, hecho que tuvo como efecto que la brecha en la tasa de término a 6° de primaria²⁰ pase de 9,8 puntos a 0,9 puntos durante el mismo período. Entre 1992 y 2005, la brecha era positiva, aspecto que reflejaba una mejor situación relativa para los hombres; a partir del 2006 la brecha se hizo negativa manteniéndose así hasta el 2013 lo que implica que, en términos relativos, las mujeres alcanzaron mejores niveles de culminación que los varones. En el 2014, la brecha se

20 Se la calcula como la diferencia aritmética simple de la tasa de término a 6° de primaria de los hombres menos la de las mujeres. Una brecha positiva favorece a los varones, en tanto que una brecha negativa, a las mujeres.

torna nuevamente positiva a favor de los varones, con una pequeña diferencia respecto a las mujeres (Gráfico 31).

A partir de la tendencia del indicador se estima que en los siguientes años la brecha fluctuará en torno a la meta del milenio, lo que sugiere que en el promedio nacional, se habría logrado alcanzar la meta.

A nivel departamental, el año 2014, Chuquisaca, Tarija, Cochabamba, Beni y Potosí presentan brechas positivas, es decir, que los varones culminan el 6° de primaria en mayor proporción que las mujeres. El departamento de Pando exhibe una brecha que desfavorece a los varones. En La Paz, Oruro y Santa Cruz se observan brechas cercanas a la MDM²¹. En los departamentos donde existen las mayores brechas se deben realizar mayores esfuerzos orientados a la reducción de las mismas²² (Gráfico 32).

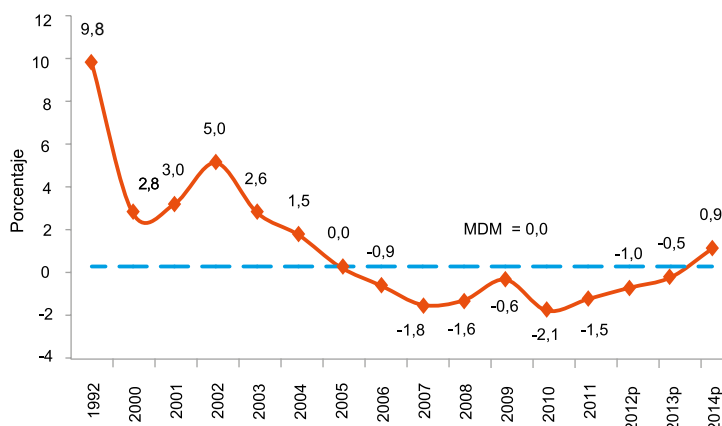
Brecha de género en la tasa de término a 6° de secundaria

En 1992, la brecha de género en la tasa de culminación de secundaria desfavorecía a las mujeres debido a que los hombres se encontraban 3,2 puntos por encima. Esta brecha fue paulatinamente disminuyendo hasta que en el año 2003 llegó a ser prácticamente nula, reflejando equidad total. En los años posteriores, particularmente a partir de 2009, esta brecha se fue expandiendo hacia valores negativos, lo que sugiere que las mujeres culminan el nivel secundario en mayor proporción que los varones (Gráfico 33).

21 La Paz, Oruro y Santa Cruz, concentran el 56% de la matrícula en la educación primaria, por lo que tienen gran peso en el promedio nacional.

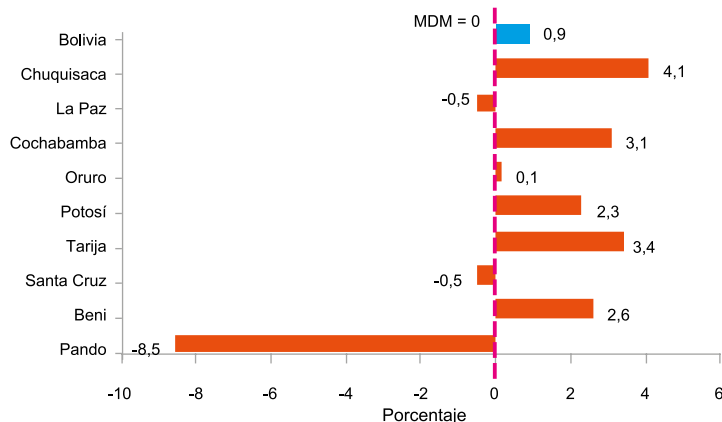
22 Debido a que el indicador se calcula en base a los registros administrativos del Ministerio de Educación, no es posible contar con una desagregación por área geográfica, condición étnica y quintil de ingreso.

Gráfico 31
Brecha en la tasa de término a 6° de primaria, 1992-2014



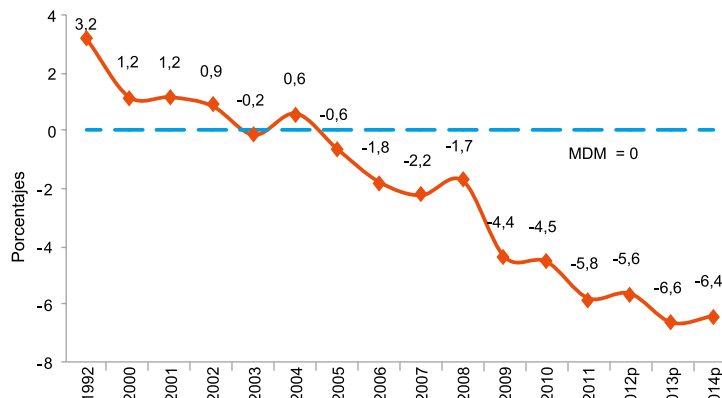
Fuente: Elaborado en base a información del Sistema de Información Educativa del Ministerio de Educación (SIE – ME).
p: Preliminar.

Gráfico 32
Brecha en la tasa de término a 6° de primaria según departamento, 2014p



Fuente: Elaborado en base a información del Sistema de Información Educativa del Ministerio de Educación (SIE – ME).
p: Preliminar.

Gráfico 33
Brecha en la tasa de término a 6° de secundaria, 1992-2014



Fuente: Elaborado en base a información del Sistema de Información Educativa del Ministerio de Educación (SIE – ME).
p: Preliminar.

A nivel departamental, todos los departamentos presentan brechas negativas, indicando que las mujeres culminan sus estudios secundarios en un porcentaje mayor que los varones (Gráfico 34). Tarija, Santa Cruz, Pando y Oruro presentan la brechas más amplias.

Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años

En 1992, por cada 100 varones de 15 a 24 años que sabían leer y escribir, había 95 mujeres que lo hacían²³. En el 2014, el ratio de mujeres a hombres alfabetos es prácticamente igual a la unidad, lo que significa que la brecha ha sido eliminada (Gráfico 35).

La brecha entre mujeres y varones en el área rural ha estado históricamente por debajo de la del área urbana (Gráfico 36); no obstante, la diferencia entre el área urbana y rural ha ido eliminándose paulatinamente, pasando de una diferencia de 0,12 puntos en 1992 a 0,02 puntos en el año 2014.

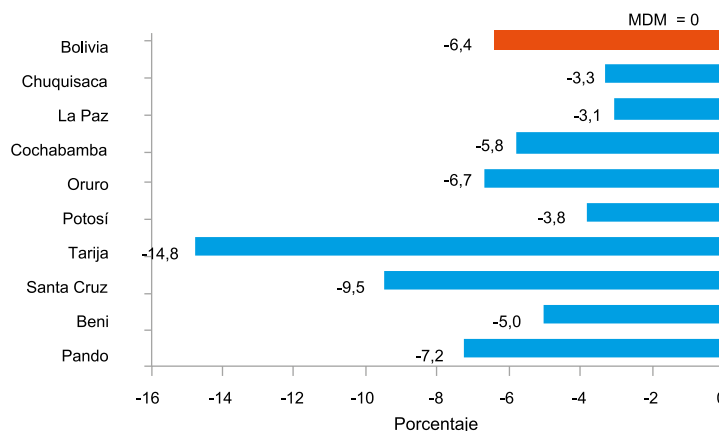
Proporción de mujeres en empleo remunerado en el sector no agrícola

La inclusión de las mujeres en los mercados laborales es importante para el desarrollo, toda vez que una mayor participación de la mujer en trabajos asalariados no agrícolas puede garantizar mejores ingresos, seguridad económica y bienestar para las mujeres y para sus familias.

En 2014, alrededor de un tercio (36,3%) de los trabajadores asalariados en el sector no agrícola eran mujeres. Estos datos indican que existe aún una segregación por género en los mercados laborales. A nivel nacional, entre 1996 y 2014 la participación de las mu-

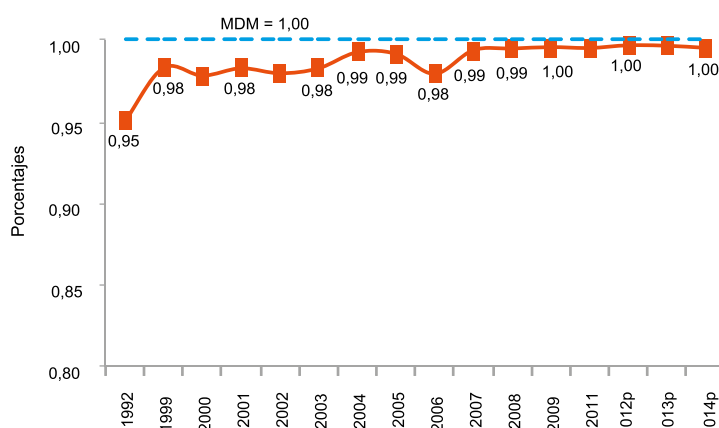
23 En este documento, acorde a las directivas internacionales (United Nations, 2003), las brechas en alfabetismo se calculan como el cociente entre la tasa de alfabetismo calculada para varones y la obtenida para las mujeres, por lo que una brecha cercana a uno refleja inexistencia de inequidad.

Gráfico 34
Brecha en la tasa de término a 6º de secundaria según departamento, 2014p



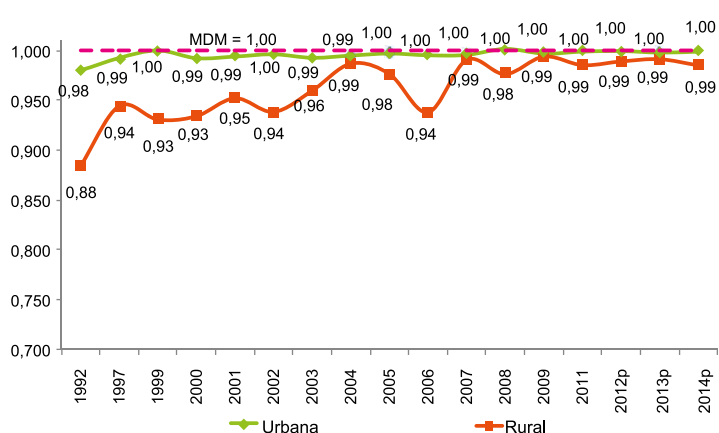
Fuente: Elaborado en base a información del Sistema de Información Educativa del Ministerio de Educación (SIE – ME).
p: Preliminar.

Gráfico 35
Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años, 1992-2014



Fuente: Elaborado en base a encuestas de hogares (INE).
p: Preliminar.

Gráfico 36
Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años según área geográfica, 1992-2014



Fuente: Elaborado en base a encuestas de hogares (INE).
p: Preliminar.

jeros en el empleo remunerado no agrícola²⁴ subió de 31,3% a 36,3% (Gráfico 37).

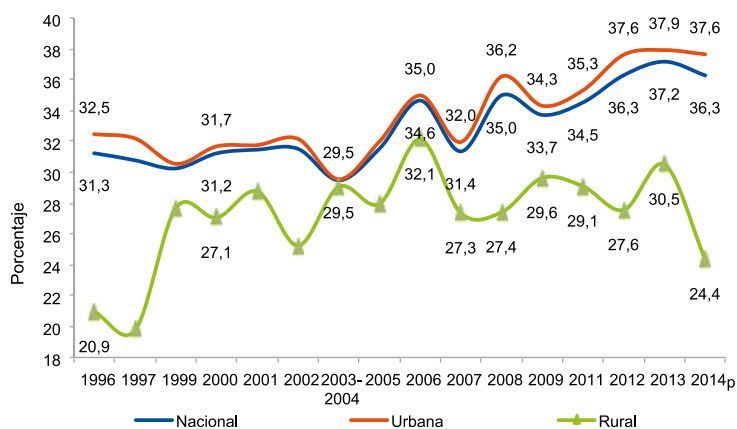
Desagregando este indicador por área de residencia, se observa que en 2014 el porcentaje de mujeres entre las empleadas asalariadas fue de 24,4% en zonas rurales y 37,6% en zonas urbanas. Hace dieciocho años atrás, la participación de la mujer en el mercado laboral asalariado en zonas rurales era de apenas 20,9%, lo que evidencia que conforme pasan los años, hay un mayor contingente de mujeres que trabajan como asalariadas. Si bien se registra un incremento en la participación laboral de la mujer rural en sectores de la industria y servicios, se debe notar que la mayor parte del empleo rural en Bolivia es agrícola.

Aunque mejoró la participación de las mujeres en el mercado laboral, principalmente en el área rural y en la población indígena, muchas de ellas se insertan en ocupaciones con menores niveles de calificación. De acuerdo a datos de censos y encuestas a hogares, las mujeres tienen, en promedio, menos años de escolaridad que los hombres, por lo tanto, se insertan en trabajos menos calificados.

Proporción de puestos ocupados por mujeres en la Cámara de Diputados de la Asamblea Legislativa Plurinacional

La participación política y participación en cargos de toma de decisión es un derecho de las mujeres que constituye un aspecto fundamental para la igualdad de oportunidades de la mujer en la vida política y pública. El indicador de porcentaje de escaños ocupados por mujeres en los parlamentos nacionales mide los avances hacia el ejercicio de los derechos políticos de las mujeres y está vinculado con su empoderamiento. En la organización y estructura del poder público del Estado, el Órgano Legislativo está representado por la Asamblea Legislativa Plurinacional que está compuesta por la Cámara de Diputados y la Cámara de Senadores.

Gráfico 37
Evolución del porcentaje de mujeres entre los empleados asalariados del sector no agrícola



Fuente: Encuestas a Hogares, INE, 1996-2014
p: Preliminar

Para Bolivia, este indicador está definido como el número de puestos titulares ocupados por mujeres en la Cámara de Diputados, expresado en porcentaje de todos los puestos titulares ocupados. Con fines de comparabilidad internacional, el indicador considera únicamente los 130 asientos en la Cámara de Diputados ocupados tanto por diputados plurinominales como uninominales y especiales.

En 2010, la paridad y alternancia se consolida a través de dos leyes fundamentales: Ley N° 018 del Órgano Electoral Plurinacional que incluye como principios rectores la equivalencia (Artículo 4) y entre los postulados electorales los de paridad y alternancia (Artículo 8), y la Ley N° 026 de Régimen Electoral que consagra en sus principios el acceso a los derechos políticos en igualdad de condiciones para hombres y mujeres, reglamentando en el Artículo 11 la paridad y alternancia para candidaturas por lista (plurinominales), así como el 50% de representación para candidaturas uninominales y para los pueblos indígenas.

Como resultado, las elecciones generales de diciembre de 2014 muestran una participación igualitaria de hombres y mujeres en la Cámara de Diputados. Del total de 130 diputados titulares, 65 son mujeres, lo que equivale a un porcentaje de **50%**, más del doble de la participación reportada en 2009 que alcanzó a 23,1% (Gráfico 38).

²⁴ Según el documento de las Naciones Unidas (2003), para el cálculo de este indicador se considera el total de mujeres en empleos asalariados en el sector no agrícola dividido por el número total de personas asalariadas en el mismo sector (hombres y mujeres).

Si se considera la desagregación de la presencia femenina en la Cámara de Diputados entre diputados plurinominales y uninominales, las cifras muestran que las mujeres han incrementado considerablemente su participación sobre todo en los escaños ocupados por diputados uninominales, subiendo de 8,6% en 2009 a 49,2% en 2014.

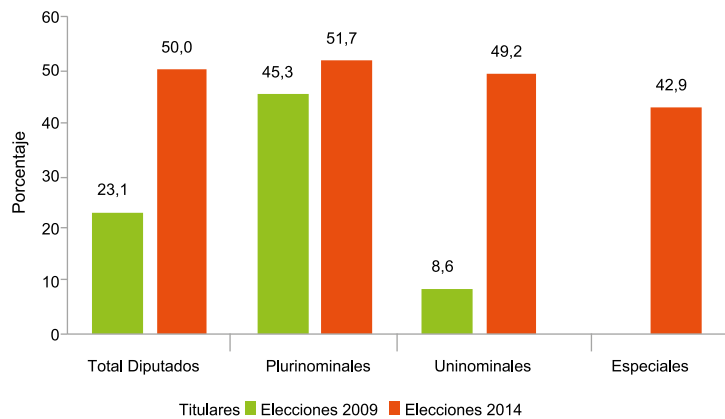
A nivel departamental, las elecciones generales del año 2014 dieron como resultado una mayor participación femenina en todos los departamentos, con ciertas variaciones entre ellos. Estos datos reflejan avances importantes para la superación de las barreras sociales, étnicas y raciales que limitaban a las mujeres, en particular a las mujeres indígena originario campesinas, asumir la conducción y construcción del Estado Plurinacional (Gráfico 39).

Porcentaje de puestos ocupados por mujeres en los Concejos Municipales

La Constitución Política del Estado y la Ley Marco de Autonomías y Descentralización abrieron nuevos espacios de participación de las mujeres en las entidades territoriales autónomas. En particular, en el ámbito municipal, el indicador de participación política se define como el número de concejalías titulares ocupadas por mujeres, expresado en proporción del total de puestos titulares ocupados en los Concejos Municipales.

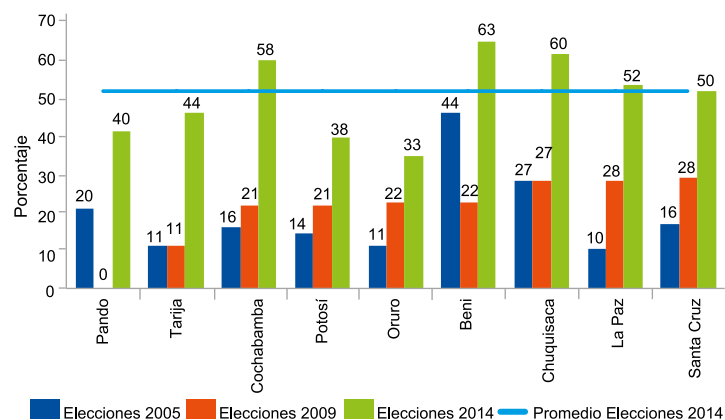
Las cifras recogidas de la Asociación de Concejalas de Bolivia (ACOBOL) muestran un crecimiento notable en el porcentaje de concejalas titulares, de 19% en las elecciones 2004 a 43% en las elecciones 2010 y a 51% en las elecciones 2015. Los escaños dentro de los Concejos Municipales de los 339 municipios existentes en Bolivia se encuentran representados por 1.007 mujeres (51%), significando un hito histórico en la participación política de las mujeres y un incremento de alrededor de 20% respecto a las concejalías ocupadas por mujeres en 2010 (Gráfico 40).

Gráfico 38
Porcentaje de mujeres en la cámara de diputados, 2009-2014



Fuente: Datos oficiales del Tribunal Supremo Electoral.

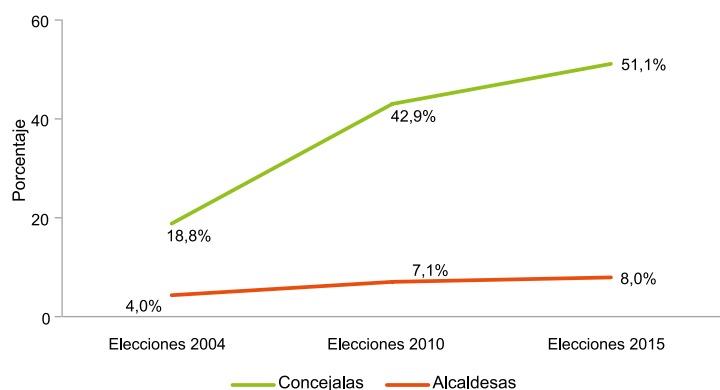
Gráfico 39
Porcentaje de mujeres en la cámara de diputados por departamento, 2005-2014



Fuente: Datos oficiales del Tribunal Supremo Electoral.

Nota: Considera el total de puestos titulares (uninominales, plurinominales y especiales)

Gráfico 40
Porcentaje de concejalas titulares y alcaldesas, 2004-2015



Fuente: Asociación de Concejalas de Bolivia (ACOBOL).

Si bien los avances son importantes para el país y reflejan una participación activa creciente de las mujeres en el ámbito político, todavía se evidencian disparidades por sexo en el ejercicio de puestos de máxima autoridad; en los 339 municipios se eligieron únicamente 28 Alcaldesas (8%), mostrando una leve mejoría respecto al 2010. La participación de mujeres en actividades políticas se ve limitada en algunos casos por las barreras que se presentan al libre desempeño de sus funciones, entre ellas, el acoso y la violencia física y psicológica y la dificultad de compatibilizar el trabajo entre los ámbitos público y privado (Ministerio de Justicia, 2014). Como respuesta a esta problemática, se promulgó la Ley N° 243 el 28 de mayo de 2012, Contra el Acoso y Violencia Política hacia las Mujeres, con fines de prevenir, atender, proteger y sancionar estos delitos, siendo un importante desafío enfrentar la violencia política cimentada en el sistema patriarcal y colonial.

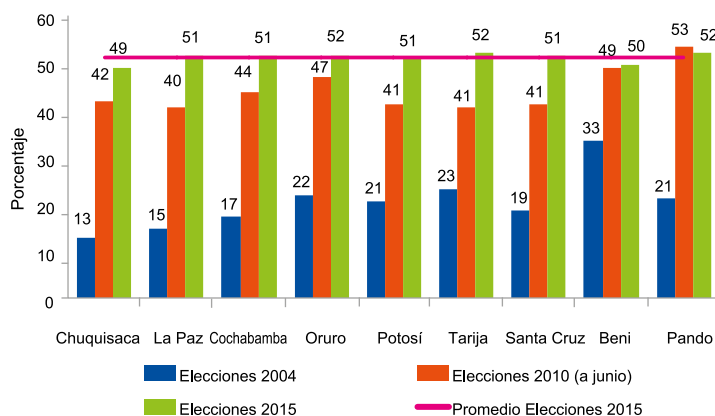
A nivel departamental, entre 2004 y 2015 se observan cambios en la participación política de las mujeres en los gobiernos municipales. Respecto a las elecciones municipales de 2010, se observa un crecimiento en el porcentaje de concejalas en todos los departamentos del país, alcanzándose en todos ellos una participación femenina de más de 50%, excepto en Chuquisaca. Los departamentos con mayor avance en la representación de Concejalas Titulares en los Concejos Municipales respecto a las elecciones de 2010 son La Paz, Potosí, Tarija y Santa Cruz (Gráfico 41).

PRINCIPALES ACCIONES

Avances normativos y de políticas en favor de las mujeres

A partir de la aprobación de la nueva Constitución Política del Estado y del Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades “Mujeres Construyendo la Nueva Bolivia para Vivir Bien”, en diciembre de 2008²⁵, Bolivia ha realizado varios avances hacia la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer. Estos avances pueden enmarcarse en los seis

Gráfico 41
Porcentaje de concejalas titulares por departamento, 2004-2015



Fuente: Asociación de Concejalas de Bolivia (ACOBOL).

ámbitos de acción que identifica el Plan: 1) el ámbito económico, productivo y laboral; 2) el ámbito de la educación; 3) el ámbito de la salud; 4) el ámbito de la violencia en razón de género; 5) el ámbito de la ciudadanía y la participación política y 6) el ámbito de la institucionalidad pública. Asimismo, pueden distinguirse entre avances de carácter normativo y de políticas públicas a favor de las mujeres.

Avances normativos

Durante el periodo 2010-2015 ha habido un importante desarrollo normativo orientado a salvaguardar los derechos de las mujeres bolivianas, cuyos principales logros se detallan en el siguiente cuadro.

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

Cuadro: 7
Avances normativos aprobados en el periodo 2010-2015

Ámbito	Normativas	Fecha	Objeto
Institucionalidad pública y ciudadanía	Ley N° 603 Código de las Familias y del Proceso Familiar	19 de noviembre de 2014	Regula los derechos de las familias, las relaciones familiares y los derechos, deberes y obligaciones de sus integrantes, sin discriminación ni distinción alguna. Incorpora una transversal de género importante que permite ver a las mujeres como sujetos de derecho y no objetivos de protección, generalmente asistencialista, producto del sistema patriarcal.
	Ley N° 027 del Tribunal Constitucional Plurinacional	6 de julio de 2010	Garantiza la equidad de género y garantiza la igual de oportunidades entre hombres y mujeres, estableciendo la paridad y alternancia entre hombres y mujeres.
	Ley N° 026 del Régimen Electoral	30 de junio de 2010	
	Ley N° 025 del Órgano Judicial	24 de junio de 2010	
	Ley N° 018 del Órgano Electoral Plurinacional	16 de junio de 2010	
	Ley N° 31 Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez"	19 de junio de 2010	Contiene regulaciones que protegen y promocionan el derecho de las mujeres a la participación política con equidad en el régimen de autonomías.
Violencia en razón de género	Decreto Supremo N° 2145	14 de octubre de 2014	Reglamenta la Ley N° 348, de 9 de marzo de 2013, Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia.
	Ley N° 348 Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia	9 de marzo de 2013	Establece mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección y reparación a las mujeres en situación de violencia, así como la persecución y sanción a los agresores, con el fin de garantizar a las mujeres una vida digna y el ejercicio pleno de sus derechos para Vivir Bien. La Ley incorpora en el Código Penal el delito del <i>feminicidio</i> , definido como el asesinato de una mujer por su condición de mujer, con una pena de 30 años sin derecho a indulto, la sanción más alta que tiene la legislación boliviana.
	Decreto Supremo N° 1363	26 de septiembre de 2012	Declara de prioridad y necesidad en todo el territorio del Estado la difusión y la realización de una campaña de sensibilización y concientización dirigida a la población en general, a objeto de prevenir, luchar y erradicar toda forma de violencia hacia las mujeres, así como la creación del "Comité de Lucha contra toda Forma de Violencia Hacia las Mujeres".
	Ley N° 263 Ley Integral Contra la Trata y Tráfico de Personas	31 de julio de 2012	Tiene por objeto combatir la Trata y Tráfico de Personas, y delitos conexos, garantizar los derechos fundamentales de las víctimas a través de la consolidación de medidas y mecanismos de prevención, protección, atención, persecución y sanción penal de estos delitos.
	Ley N° 264 del Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana para Una Vida Segura	31 de julio de 2012	Establece la ejecución efectiva de las políticas, planes, programas y proyectos para la prevención en materia de seguridad ciudadana.
	Ley N° 243 Contra el Acoso y Violencia Política Hacia las Mujeres	28 de mayo de 2012	Establece mecanismos de prevención, atención, sanción contra actos individuales o colectivos de acoso y/o violencia política hacia las mujeres, para garantizar el ejercicio pleno de sus derechos políticos.
	Decreto Supremo N° 1053	23 de noviembre de 2011	Declara el 25 de noviembre de cada año, como el "Día Nacional contra todas las formas de Violencia hacia las Mujeres".
	Ley N° 045 Contra el Racismo y toda forma de Discriminación	8 de octubre de 2010	Establece mecanismos y procedimientos para la prevención y sanción de actos de racismo y toda forma de discriminación en el marco de la Constitución Política del Estado y Tratados Internacionales de Derechos Humanos.

Ámbito	Normativas	Fecha	Objeto
Ámbito económico productivo y laboral	Ley N° 309 de Ratificación del Convenio 189 de la OIT	20 de noviembre de 2012	Regula los derechos de las trabajadoras del hogar.
	Ley N° 065 de Pensiones	10 de diciembre de 2010	Establece políticas de protección de género, reconociendo un año de antigüedad laboral a favor de las mujeres por cada hijo nacido vivo hasta un máximo de tres, para efectos de cómputo de jubilación.
Ámbito de la salud	Ley N° 252	3 de julio de 2012	Dispone que todas las Servidoras Públicas y Trabajadoras mayores de 18 años que desarrollan sus actividades con funciones permanentes o temporales en instituciones públicas, privadas o dependientes de cualquier tipo de empleador, gozarán de tolerancia remunerada de un día hábil al año, a objeto de someterse a un examen médico de Papanicolaou y/o Mamografía.
Ámbito de la educación	Ley N° 070 de la Educación "Avelino Siñani - Elizardo Pérez"	20 de diciembre de 2010	Establece la igualdad de oportunidades y equiparación de condiciones en la educación, sin discriminación.
	Decreto Supremo N° 1302, modificado por el Decreto Supremo N° 1320	1° de agosto de 2012 8 de agosto de 2012	Establece mecanismos que coadyuven a la erradicación de la violencia, maltrato y abuso que atente contra la vida e integridad física, psicológica y/o sexual de niñas, niños y adolescentes estudiantes, en el ámbito educativo

Si bien, existe un significativo avance normativo relacionado a los derechos de las mujeres, en muchos casos se encuentran obstáculos para su implementación efectiva, debido a prácticas administrativas que limitan el ejercicio de sus derechos, constituyéndose en un desafío importante cambiar las prácticas y procedimientos judiciales.

Avances de acciones y políticas públicas a favor de las mujeres

A partir del Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades (PNIO) "Mujeres construyendo la nueva Bolivia para vivir bien", en los últimos dos años se cuenta con los siguientes avances de acciones y políticas públicas:

◆ **Violencia en razón de género.** A partir de la promulgación de la Ley N° 348 Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia promulgada el año 2013, se han generado una serie de medidas y acciones concretas para combatir la problemática de la violencia. En este marco, existen avances importantes entre los que destacan:

- Creación de la Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia (FELCV) como organismo especializado de la Policía Boliviana encargado de la prevención, auxilio e investigación,

identificación y aprehensión de los presuntos responsables de hechos de violencia hacia las mujeres y la familia.

- Bajo la coordinación del Ministerio de Justicia se viene trabajando para adecuar instrumentos internacionales y regionales plasmados en un Manual de Actuaciones Investigativas en Femicidio, mismo que será publicado y distribuido a cada miembro de la FELCV, así como también la Guía de Acción Directa de hechos de violencia.
- Creación de Juzgados de Violencia Contra la Mujer y Anticorrupción, dependientes del Órgano Judicial con ejercicio de funciones en los juzgados especializados.
- Creación de Fiscalías Especializadas en Atención a Víctimas de Atención Prioritaria (FEVAP) dependiente del Ministerio Público cuyo objetivo es ejercer persecución penal especializada de hechos por delitos previstos en la Ley N° 263, "Ley Integral contra la Trata y Tráfico de Personas", y la Ley N° 348, "Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia".
- Constitución del Consejo Sectorial e Intersectorial por una Vida Libre de Violencia, conformado por representantes de instituciones del nivel central, departamental, municipal, Fiscalía, Consejo de la Magistratura, Federación de Asociaciones Municipales de Bolivia (FAM), la Asociación de Municipalidades de Bolivia (AMB), Asociación de Mujeres Asambleístas de Bolivia y la Asociación de Concejalas de Bolivia (ACOBOL) para la proposición, concertación y

- aprobación de planes, programas, estrategias, proyectos y acciones orientadas a la implementación de las disposiciones legales que protegen los derechos de las mujeres.
- Ejecución del Sistema Integral Plurinacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la violencia en razón de género (SIPPASE), dirigido a hacer frente a la violencia en razón de género a través, entre otros, de una estrategia para la inversión de fondos públicos y privados en materia de violencia, actividades de formación y capacitación de lucha contra la violencia en la Policía Boliviana y FELCV y fortalecimiento del trabajo que vienen realizando las Casas de Acogida y los Servicios Legales Integrales Municipales (SLIM).
 - Realización de los Encuentros Regionales “Por una Vida Libre de Violencia” logrando que autoridades departamentales y municipales, acuerden un pacto para la lucha contra la violencia hacia las mujeres con recursos asignados en el marco del Decreto Supremo N° 2145, reglamento de la Ley N° 348.
 - Ejecución de la campaña comunicacional denominada “Es que Nada, Nada Justifica la Violencia”. Esta campaña preventiva consta de spots comunicacionales para Televisión y Radios, además de cartillas y afiches. En el marco de acciones preventivas, también se realizaron talleres de socialización con diferentes actores gubernamentales y de la sociedad civil.
 - Empoderamiento a las autoridades departamentales y municipales sobre la ruta de asignación presupuestaria para la lucha contra la violencia, a través de tres encuentros regionales “Por Una Vida Libre de Violencia” realizados por el Viceministerio de Igualdad de Oportunidades.
 - Realización de talleres de “Prevención Contra la Violencia”, a cargo de las Direcciones Departamentales de la FELCV, dirigido a estudiantes, padres de familia y sociedad civil. Hasta la fecha se han realizado 64 talleres.
- ◆ **Trata y Tráfico de Personas.** En cumplimiento con la Ley N° 263 Contra la Trata y Tráfico de Personas, se ha avanzado en la formulación del Plan Plurinacional de Lucha contra la Trata y Tráfico de Personas 2013-2017 cuyo objetivo estratégico es garantizar el derecho de las y los bolivianos a vivir una vida libre de la trata y tráfico de personas y delitos conexos. Asimismo, se ha creado el Consejo Nacional Contra la Trata de Personas y Tráfico Ilícito de Migrantes y Consejos Departamentales.
 - ◆ **Políticas de erradicación de la pobreza y protección social.** El Gobierno ha puesto en marcha una serie de políticas y programas dirigidos a la erradicación de la pobreza y al incentivo de la inversión en capital humano, con énfasis en mujeres indígena originario campesinas y en condición de vulnerabilidad y desprotección. Entre estas políticas se encuentran:
 - *Acceso a la tierra.* Las reformas legales y las políticas de tierras han incorporado de manera explícita el derecho de las mujeres a la propiedad de la tierra. Uno de los logros más importantes en términos de derechos económicos ha sido la constitucionalización del derecho propietario de las mujeres a la tierra, que favorece a mujeres indígena originaria campesinas, consolidando el patrimonio productivo a su nombre. Actualmente, el 46% de titulaciones realizadas por el Instituto Nacional de Reforma Agraria (INRA), favorece a mujeres.
 - *Créditos para mujeres.* Entre las medidas sociales de acción inmediata, se encuentra el acceso a préstamos bajo el producto denominado “Crédito Productivo Grupal para la Mujer” dirigido a las mujeres que desarrollan actividades en el sector productivo, en áreas rural y urbana, en el marco de un Fideicomiso establecido para la otorgación de créditos que financien iniciativas productivas con recursos del Tesoro General de la Nación.
 - *Programas de protección e inversión en capital humano.* En la gestión 2009, el Decreto Supremo N° 066 crea el programa de transferencias monetarias condicionadas “Bono Juana Azurduy” con el objetivo de incentivar el uso de servicios de salud materna e infantil para contribuir a erradicar la desnutrición y reducir la mortalidad materna y neonatal. En la gestión

2015, se amplían los beneficios de la protección social no contributiva mediante la aprobación del Decreto Supremo N° 2480 que instituye el “Subsidio Universal Prenatal por la Vida” para todas las mujeres gestantes que no están cubiertas por la seguridad social de corto plazo. El subsidio consiste en la entrega de cuatro paquetes de productos en especie equivalentes cada uno a Bs300, previa verificación del cumplimiento de los controles prenatales por el Bono Juana Azurduy.

◆ **Derechos sexuales y derechos reproductivos.** El Ministerio de Justicia, a través del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades, ha finalizado la construcción del *Plan Plurinacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes 2015-2020* que define lineamientos de acción para contribuir a la reducción del embarazo adolescente, favoreciendo el ejercicio de los derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos, en un marco de coordinación interinstitucional e intersectorial con activa participación de la población adolescente y de la sociedad civil. El Plan fue aprobado en enero de 2015 en el marco de la Ley N° 342 de la Juventud.

◆ **Generación de Información.** El Estado ha avanzado con esfuerzos importante para mejorar la generación de información y evidencia sobre las diferentes problemáticas que afectan a las mujeres.

- El Ministerio de Justicia en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística desarrolló indicadores de Derechos Humanos en Bolivia, incluyendo indicadores específicos para el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, contando actualmente con 75 indicadores integrales que tienen el objetivo de recabar información específica sobre el cumplimiento de derechos.
- En el marco de la Ley N° 348, con el apoyo del Banco Interamericano

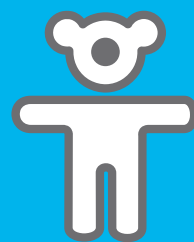
de Desarrollo, se viene ejecutando el Sistema Integral Plurinacional de Prevención, Atención, Sanción, y Erradicación de la Violencia en Razón de Género (SIPPASE) que incluye entre sus componentes el diseño e implementación del sistema de información de registros administrativos que permitirá contar con datos oficiales de denuncias de violencia en Bolivia.

◆ **En el ámbito educativo,** existen muchos programas que, sin tener objetivos explícitos de eliminación de brechas de género, la promueven indirectamente.

- La Ley de la Educación “Avelino Siñani – Elizardo Pérez” establece como una de las bases y fines de la educación la promoción de la sociedad despatriarcalizada cimentada en la equidad de género. En concordancia, uno de los ejes del “Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades” es la educación, dentro del cual se plantean cuatro políticas específicas:
 - Contribuir a la erradicación de la violencia contra las mujeres en razón de género.
 - Incrementar las oportunidades de acceso y la permanencia de niñas, adolescentes y jóvenes mujeres en el sistema de la educación formal y alternativa.
 - Incorporar la perspectiva de género en la revolución educativa.
 - Abrir oportunidades de formación, capacitación y profesionalización de las mujeres en todos los ámbitos.
- La nueva currícula que entró en vigencia el 2013, como parte de la transformación integral del sistema educativo, promueve, entre otros aspectos, la cultura de equidad e igualdad sin discriminación desde la niñez.
- El Programa Nacional de Alfabetización “Yo sí puedo” y el actual Programa Nacional de Post-Alfabetización “Yo sí puedo seguir”, se han convertido también en medios para lograr la equidad entre hombres y mujeres, toda vez que no discriminan sexo, condición étnica, ni ningún otro aspecto.
- El Bono “Juancito Pinto”, que tiene el objetivo de incentivar el acceso y permanencia de niños y niñas, es un instrumento eficaz para conseguir la equidad total entre hombres y mujeres.
- En la gestión 2012, se aprobó normativa específica para enfrentar los abusos físicos, psicológicos y sexuales cometidos por docentes y administrativos de las escuelas.







OBJETIVO 4

**REDUCIR LA MORTALIDAD
DE LOS NIÑOS MENORES DE
5 AÑOS**



META 4A

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

Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
Tasa de mortalidad de la niñez (por mil nacidos vivos)	129,4 (1989)	56,0 (2013)	43,1	-12,9
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	81,9 (1989)	44,0 (2013)	27,3	-16,7
Cobertura de 3ra dosis de vacuna pentavalente en menores de un año (en porcentaje)	68,0 (1994)	86,0 (2014)	95,0	-9

Las tasas de mortalidad infantil y de la niñez no solo son indicadores que reflejan la condición de salud de una población, sino también, la condición de bienestar de un país. Además, los niveles de estos indicadores están determinados por diversos factores relacionados con salud, educación, vivienda, saneamiento, condiciones climáticas y la pobreza, entre otros.

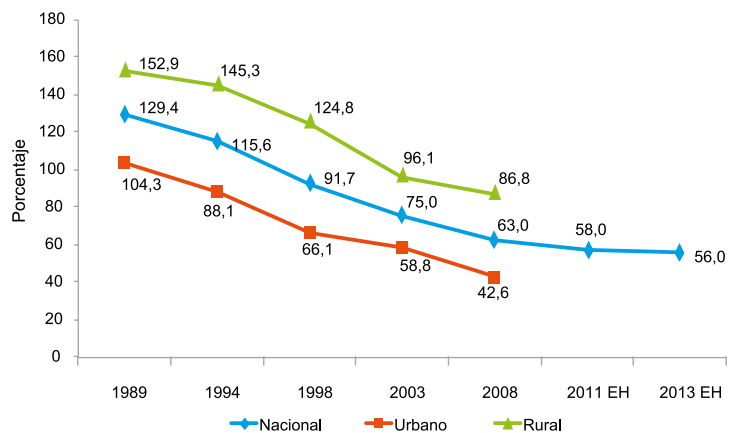
Para el seguimiento de los indicadores de mortalidad de la niñez e infantil se utiliza información de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA), sin embargo, dado que la última ENSA disponible es la del año 2008, en el presente informe se utiliza la metodología propuesta en el Séptimo Informe de Progreso de los ODM que realiza una estimación de estos indicadores para el año 2013, utilizando el método indirecto con información de la Encuesta de Hogares 2013.²⁶

26 Los indicadores de mortalidad que se presentan con las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSAs), se estiman por el método directo que divide directamente el número de defunciones en menores de un año entre el total de nacimientos. En cambio, el método indirecto estima los indicadores en base al número de hijos nacidos vivos y número de hijos sobrevivientes por grupos de edad de las mujeres en edad fértil. Estos datos únicamente pueden ser estimados a nivel nacional.

Tasa de Mortalidad de la Niñez

En 2013, la mortalidad de la niñez fue de 56 por mil nacidos vivos (p.m.n.v), es decir, de aproximadamente 200 mil nacimientos que ocurrieron entre 2009-2013 en Bolivia, 12 mil niños(as) murieron antes de cumplir 5 años de edad. Para el cumplimiento de la MDM (43,1 p.m.n.v), aún resta cerrar una brecha de 23 puntos porcentuales (Gráfico 42).

Gráfico 42
Tasa de mortalidad de la niñez (p.m.n.v): 1989-2013



Fuente: UDAPE con datos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (1989, 1994, 1998, 2003 y 2008) y Encuestas de Hogares (2011 y 2013)

Por área de residencia, el año 2008 el área urbana (42,6 p.m.n.v) habría alcanzado la MDM, mientras que el área rural aún se encontraría lejos de la meta. La situación del área rural se explica por las barreras de acceso económico, geográfico y cultural que la

población de estas zonas tendría con los servicios de salud. Para contrarrestar esta situación, el Ministerio de Salud viene implementando los Programas MI SALUD²⁷ y TELESALUD²⁸ para complementar las prestaciones gratuitas que se otorgan a las mujeres embarazadas y a los niños menores de cinco años, con énfasis en las áreas rurales del país.

Recuadro 5 Programa MI SALUD

Entre junio de 2013 y abril de 2015, el Programa MI SALUD realizó atenciones de salud en 267 municipios, sin embargo, sólo en 36 de ellos se firmaron convenios que garantizan la cobertura total, el resto de los municipios otorga atención médica a una parte de la población. El Programa MI SALUD ha transformado la atención primaria de salud, toda vez que es el médico quién va a buscar al paciente.

Entre Junio 2013 y abril 2015, se realizaron 3.498.607 atenciones, de las cuales 47,2% fueron atendidas en consultorio y 52,8% en domicilio.

Atenciones del Programa MI SALUD según departamento: junio 2013 - abril 2015

Lugar de atención	La Paz	Santa Cruz	Cochoabamba	Chuquisaca	Potosí	Oruro	Tarija	Beni	Pando	Total
Consultorio	584.702	353.845	257.300	84.340	75.957	25.311	148.585	69.614	51.022	1.650.676
Domicilio	598.475	410.684	263.087	65.871	76.261	123.651	134.466	83.520	91.916	1.847.931
Total	1.183.177	764.529	520.387	150.211	152.218	148.962	283.051	153.134	142.938	3.498.607

Fuente: Ministerio de Salud.

Las atenciones realizadas por MI SALUD a la población materna infantil fueron: captura de 28.441 embarazos nuevos, 30.964 exámenes de Papanicolaou, 4.553 partos atendidos, 588.335 evaluaciones integrales en menores de 5 años (187.937 menores de 1 año).

Atenciones Materno Infantiles: junio 2013 - abril 2015

Indicador	La Paz	Santa Cruz	Cochoabamba	Chuquisaca	Potosí	Oruro	Tarija	Beni	Pando	Total
Número de partos	1.531	920	666	442	350	72	197	150	225	4.553
Vidas salvadas	2.304	2.400	751	436	273	105	466	285	304	7.324
Embarazadas captadas	11.089	7.417	4.495	597	1.083	432	1.406	999	923	28.441
Papanicolaou	13.617	5.705	4.349	2.690	1.471	321	1.689	562	560	30.964
Control de crecimiento y desarrollo a menores de 1 año	86.305	19.678	55.711	3.172	6.729	1.619	9.997	2.032	2.694	187.937
Control de crecimiento y desarrollo a menores de 5 años	271.768	63.779	164.179	13.457	20.878	5.091	34.099	6.946	8.138	588.335
Atención a niños menores de 5 años con talla baja	17.784	1.536	8.135	2.622	3.137	330	880	256	364	35.044
Niños menores de 5 años con desnutrición aguda moderada.	2.434	530	1.544	139	253	131	291	143	86	5.551

Fuente: Ministerio de Salud.

27 El Programa MI SALUD del Ministerio de Salud consiste en visitas y atención médica en las viviendas de los hogares, realizada por médicos titulados de la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba (ELAM). MI SALUD incluye un componente de atención primaria y de promoción de la salud y tiene como objetivo final la implementación de la política SAFCI. El Programa se financia con recursos de las Transferencias de Recursos Específicos del Ministerio de Salud (70%) y el resto como contraparte de los municipios.

28 TELESALUD es un Proyecto de Telemedicina que consiste en la prestación de servicios médicos a distancia, empleando tecnologías de información y comunicaciones. La telemedicina comprende desde la videoconferencia de profesionales de la salud discutiendo un caso o recibiendo capacitación, hasta realizar consultas, diagnósticos o cirugías a distancia y en tiempo real, llevando la atención médica especializada a lugares distantes.

A nivel departamental, solamente se dispone información para el año 2008; en ese año, las brechas respecto a la MDM fluctuaban entre un departamento y otro; mientras que los departamentos de Tarija (48,0) y Santa Cruz (46,0) estaban próximos a cumplir la MDM, los departamentos de Potosí (126,0), Cochabamba (85) y La Paz (81) se encontraban distantes (Gráfico 43).

El año 2013, el Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS) registró 2.124 defunciones de menores de 5 años de edad, siendo los departamentos de La Paz (44,9%), Potosí (19,8%) y Cochabamba (12,7%) los que registran la mayor proporción de defunciones²⁹ (Gráfico 44).

Tasa de Mortalidad Infantil

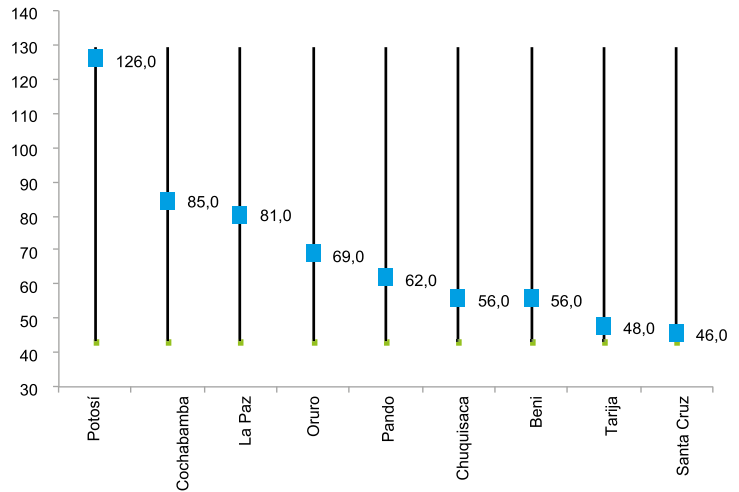
En 2013, la tasa de mortalidad infantil fue de 44 defunciones por mil nacidos vivos (pmnv), es decir, de 225 mil nacimientos que ocurrieron entre 2009 y 2013, fallecieron 9.900 antes de cumplir 1 año. A pesar de los avances observados en la reducción del indicador, la brecha para alcanzar la MDM (27,3 pmnv) es aún significativa (16,7 puntos porcentuales) (Gráfico 45).

La tasa de mortalidad infantil en la población masculina es mayor que en la femenina, a pesar que el número de nacimientos es similar en ambos sexos; los factores que determinan la sobre mortalidad infantil masculina son difíciles de estimar, sin embargo, en general se deben a factores tanto endógenos como exógenos³⁰.

29 Los registros administrativos presentan un subregistro de defunciones, además del SNIS, el registro de hechos vitales del país que levanta el Servicio de Registro Cívico también muestra un subregistro importante, por ejemplo en 2012, esta última fuente reportó 30 mil personas fallecidas en todas las edades, sin embargo, las proyecciones del INE estimaron 69,315 defunciones para ese año.

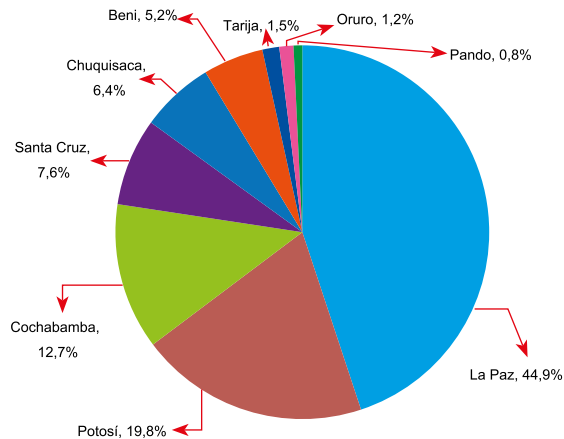
30 Las causas de muerte se pueden clasificar según su naturaleza en: a) Causas endógenas, que provienen de la constitución genética del individuo, de las malformaciones congénitas, del traumatismo provocado por el nacimiento o del deterioro producido por el envejecimiento del organismo; y b) Causas exógenas,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

Gráfico 43
Tasa de mortalidad de la niñez (p.m.n.v) según departamento (2008): Brechas para alcanzar la meta del milenio,



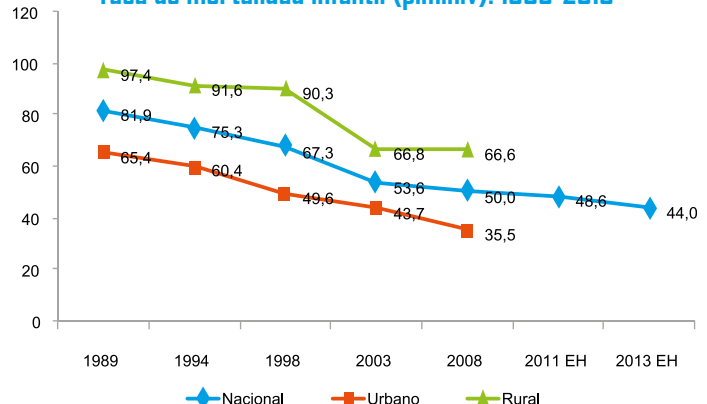
Fuente: UDAPE con datos de La ENDSA 2008.

Gráfico 44
Defunciones de menores de 5 años registradas por departamento: 2013



Fuente: UDAPE con datos del SNIS.

Gráfico 45
Tasa de mortalidad infantil (p.m.n.v): 1989-2013



Fuente: UDAPE, con datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (1989, 1994, 1998, 2003 y 2008) y Encuestas de Hogares (2011 y 2013)

A nivel departamental, el año 2008 Santa Cruz (31), Beni (37) y Tarija (39) estaban cerca de cumplir la MDM, mientras que Potosí (101), Cochabamba (63) y La Paz (63) aún se encontraban lejos de cumplir con el compromiso al año 2015 (Gráfico 46).

Por otro lado, con datos del SNIS, los departamentos de Potosí, Cochabamba y La Paz concentran un poco más de dos tercios de las defunciones de menores de 1 año (67,6%) reportadas en el año 2013. Estos datos sugieren que es necesario aunar esfuerzos en estos departamentos a objeto de reducir la mortalidad infantil y cumplir el compromiso al año 2015 (Gráfico 47).

Cobertura de vacunación con tercera dosis de Pentavalente en menores de un año

La vacuna pentavalente protege contra cinco enfermedades: difteria, tétanos, tosferina, hepatitis B y hemoinfluenza Tipo B (meningococcal, neumonías entre otras) y se administra a los dos, cuatro y seis meses de edad.

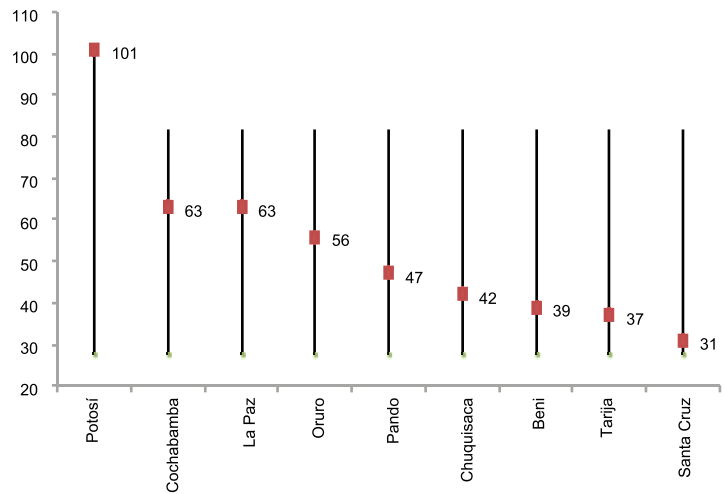
En 2014, la cobertura de tercera dosis de vacuna pentavalente en menores de un año fue de 86%, observándose un ascenso de 5 puntos porcentuales con respecto a la gestión 2013, debido gran parte a las actividades que viene realizando el personal operativo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y las campañas de vacunación

Cuadro 8
Tasa de mortalidad infantil por sexo, 2008

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

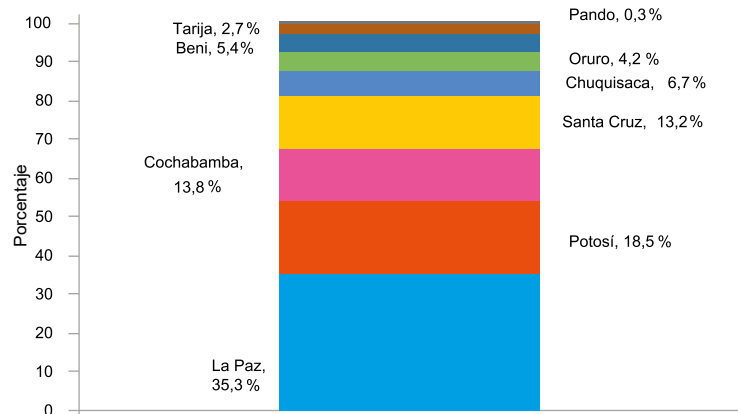
Fuente: UDAPE con datos de la ENDSA-2008.

Gráfico 46
Tasa de mortalidad infantil: brecha para alcanzar la meta del milenio, según departamento (2008)



Fuente: UDAPE con datos de ENDSA 2008.

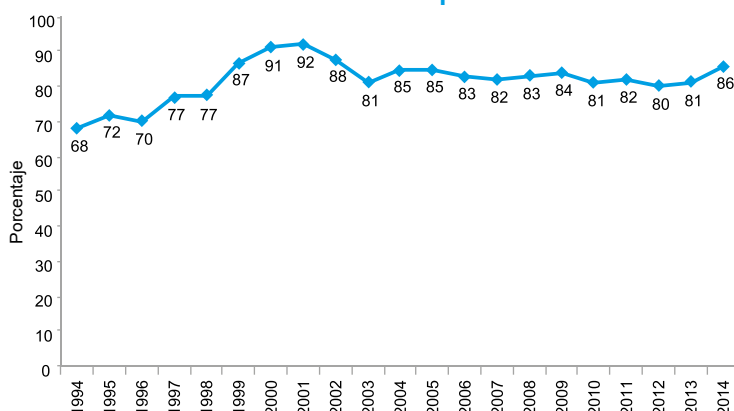
Gráfico 47
Defunciones de menores de 1 año registradas por departamento: 2013



Fuente: UDAPE con datos del SNIS.

del esquema básico de vacunas realizadas, con la finalidad de reducir el riesgo de brotes epidémicos a causa del acúmulo de niños no vacunados o susceptibles (Gráfico 48).

Gráfico 48
Cobertura de 3ra dosis de vacuna pentavalente: 1994-2014



Fuente: Ministerio de Salud

Recuadro 6
Encuesta de Cobertura de Vacunación (ENCOVA) 2013

A objeto de contar con un análisis específico de las coberturas de vacunación en el país, el Ministerio de Salud levantó la Encuesta de Cobertura de Vacunación (ENCOVA) 2013 que tiene representatividad para los 9 departamentos (estratificada por área urbano y rural) y la ciudad de El Alto.

Durante el trabajo de campo de la ENCOVA, se realizaron hasta tres revisitas a los hogares para obtener el Carnet de Vacunación del Niño; en caso de no obtener la información por esta vía, se visitó el establecimiento de salud en que se vacunó al niño para recabar la información del Carnet de Vacunación y/o del Libro de Vacunación.

La ENCOVA presenta los siguientes resultados:

- ◆ El 98,4% de los niños menores de un año fueron vacunados, de los cuales el 86,4% contaba con Carnet de Vacunación de respaldo, el 9,0% no tenía carnet de vacuna pero se comprobó su tenencia en los establecimientos de salud, y el restante 3,0% no tenía documentación que respalde la vacunación.
- ◆ De los 3.600 niños encuestados, sólo 6 (0,17%) no tenían vacuna BCG (Bacilo de Calmette y Guerin) que previene las formas graves de tuberculosis.
- ◆ La cobertura con la tercera dosis de vacuna Pentavalente (Penta3) fue de 94,6%.
- ◆ La cobertura con SRP (Sarampión, Rubeola y Parotiditis) fue de 94,7%.
- ◆ Las coberturas más bajas del país se registraron en La Paz (urbano), El Alto, Beni, Cochabamba y Santa Cruz.
- ◆ La cobertura con el esquema básico completo (BCG-Polio3-Penta3-SRP) es de 90,7%.
- ◆ La cobertura rural (94,0%) es significativamente más alta que la urbana (87,1%).
- ◆ La oportunidad de la vacunación es alta: Mediana de edad para Penta3 de 6,2 meses y para SRP de 12,6 meses
- ◆ El acceso a la BCG es 99,4% y para la Pentavalente 1ra dosis es 98,4%
- ◆ El 91,4% de las madres prefiere vacunar a sus hijos en establecimientos del sector público; sólo el 0,3% espera a que pasen las brigadas de vacunación por su casa.
- ◆ La tasa de deserción entre la vacuna Pentavalente 1ra y 3ra dosis es del 4,7%, mientras que para la vacuna Anti rotavirus 1ra y 2da dosis es de 6,6%
- ◆ La cobertura para el primer refuerzo de Antipoliomielitis y Pentavalente es de 30,1% y 32,1% respectivamente, mientras que para los segundos refuerzos es de 3,4% para ambas vacunas.
- ◆ El 99% de las madres entrevistadas considera que las vacunas son importantes.
- ◆ El 92,6% de las madres entrevistadas indicó que no aceptaría que se aplicaran dos vacunas inyectadas a su niño en la misma extremidad; el 76% indica que prefiere regresar dos veces.
- ◆ El 93,2% del personal de salud entrevistado indicó que no aplicaría dos vacunas inyectadas al mismo tiempo.

En 2014, los departamentos de La Paz, Santa Cruz, Cochabamba, Chuquisaca, Beni y Tarija estuvieron libres de riesgo³¹ de bajas coberturas de vacunación, sin embargo, al interior de estos departamentos los niveles de cobertura de vacunación municipal no son uniformes. Existen 281 municipios en riesgo con vacuna pentavalente. Con respecto a la gestión 2013, solo los departamentos de Potosí, Oruro y Pando habrían reducido su cobertura (Gráfico 49).

PRINCIPALES ACCIONES

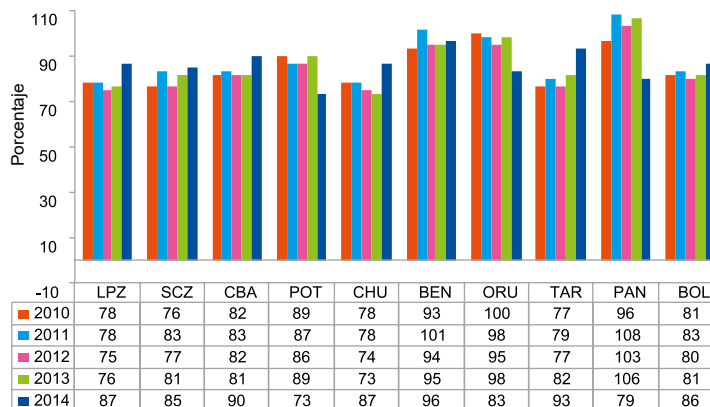
Entre las principales intervenciones del Estado para reducir la tasa de mortalidad infantil y de la niñez se encuentran:

- ◆ Implementación de la Ley N° 475 de Prestaciones de servicio de salud integral de 30 de diciembre de 2013³² y su respectivo reglamento, dando continuidad a las prestaciones gratuitas para mujeres embarazadas y niños menores de cinco años otorgadas anteriormente por el SUMI.
- ◆ Programa Multisectorial Desnutrición (PMDC), que a partir de la gestión 2007 viene realizando diferentes acciones relacionadas a erradicar la desnutrición crónica en los menores de cinco años, con énfasis en los menores de dos años.
- ◆ Promoción de la lactancia materna, suplementación con micronutrientes, fortificación de alimentos y alimentación complementaria.
- ◆ Implementación del Bono Juana Azurduy que incentiva a las madres a utilizar los servicios de salud gratuitos cubiertos por la Ley N° 475 a través de una transferencia monetaria por el cumplimiento de corresponsabilidades (control prenatal, parto, postparto y control de crecimiento y desarrollo de menores de dos

31 Se considera “riesgo” cuando se reportan coberturas de vacunación inferiores a 85%,

32 La Ley N° 475 integra el SUMI y SSPAM, amplía el beneficio a la población con discapacidad y uniforma la forma de pago de las prestaciones.

Gráfico 49
Cobertura de 3ra dosis de vacuna pentavalente: 2010 – 2014*



Fuente: Ministerio de Salud

(*) Para la gestión 2014 se aplican nuevas poblaciones del Censo Nacional de población INE 2012.

años). El objetivo de este bono es coadyuvar a reducir la mortalidad de la madre, la mortalidad infantil y la desnutrición crónica en los menores de dos años.

- ◆ Aplicación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna (SVEMM) mediante un proceso continuo y sistemático de recolección, interpretación y difusión de datos relacionados con la identificación, notificación, medición, determinación de causa y prevención de muerte materna con el propósito de formular estrategias de prevención e intervención adecuadas tanto en la comunidad como en el sistema de salud. En el marco de este sistema, se han conformado Comités Técnicos de Vigilancia de Mortalidad Materna Neonatal y Perinatal (CTVMMNP) a nivel nacional, departamental, municipal y hospitalario.
- ◆ Ejecución de los planes estratégicos (2009-2015) de Salud Sexual y Salud Reproductiva y el dirigido a mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal. En ambos planes se aborda el desarrollo y mejoramiento del sistema de información y de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna.
- ◆ Formulación y ejecución del Plan Estratégico Nacional de Salud Integral de la niña, niño menores de cinco años y escolar que comprende el Plan Nacional de Salud Integral para el Niño y Niña menor de cinco años 2004 – 2008 y el Plan Nacional de Salud Integral para el Niño y Niña Escolar 2009– 2012. El Plan tiene como enfoque un escalamiento hacia el desarrollo humano basado en los derechos de la niñez, en vez de solo el enfoque en la mortalidad y morbilidad.

- ◆ Implementación de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) orientada a superar toda forma de exclusión por razones culturales, económicas y sociales que ha sido complementada con el programa MI SALUD que vela por el bienestar de la comunidad; promoción de la salud recuperando la responsabilidad del estado en la cultura de la salud integral y la calidad de vida coordinando entre el sector salud y los demás sectores del Estado.
- ◆ Ejecución del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) que viene realizando un trabajo de abogacía y sensibilización con los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales con la finalidad de que estas instancias incorporen en los Planes Operativos Anuales (POAs) recursos para mejorar la infraestructura de los establecimientos de salud, equipos de la cadena de frío como refrigeradores y termos, además de destinar recursos para la movilización de los equipos de salud de las redes de servicios de salud.





RESIDUOS COM

Santiago Sobador



OBJETIVO 5

**MEJORAR LA SALUD
MATERNA**



META 5A

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

Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1. Razón de mortalidad materna (por cien mil nacidos vivos)	416 (1989)	229 (2003)	104	-125
2. Cobertura de parto institucional (en porcentaje)	33 (1996)	72,5 (2013)	70	Cumplida

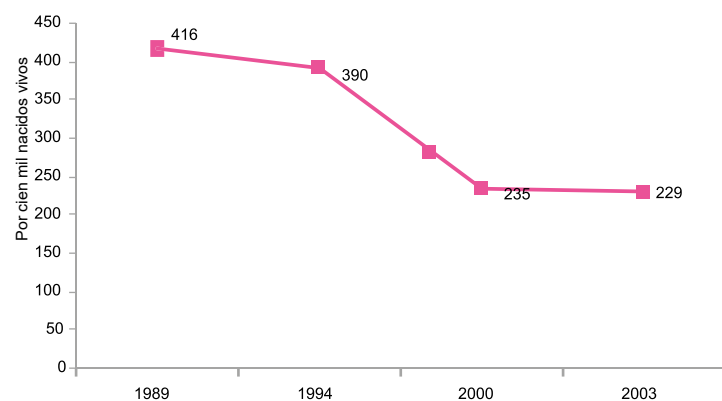
Una estrategia para reducir la morbilidad y mortalidad materna es que todos los partos sean atendidos por personal institucional, para tomar las medidas necesarias a fin de evitar o atender complicaciones que podrían ser mortales.

Razón de Mortalidad Materna

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

Actualmente se encuentra en proceso de elaboración la Encuesta Post-censal de Mortalidad Materna por lo que la última información disponible corresponde al año 2003. De acuerdo a información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2003, la razón de mortalidad alcanzó a 229 por cien mil nacimientos, es decir, que de aproximadamente 280 mil nacimientos que ocurren al año, 640 mujeres fallecían por causas maternas (durante el embarazo, parto o puerperio) (Gráfico 50).

Gráfico 50
Razón de mortalidad materna: 1989-2003



Fuente: UDAPE, con datos de la Encuesta de Demografía y Salud 1989, 1994 y 2003

A nivel departamental, con información del Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS), en 2013 se registraron 175 defunciones por causa materna, tanto dentro como fuera de los establecimientos de salud, de las cuales 70,8% sucedieron en los departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. Esta información tiene un subregistro, debido a que la población no tiene la cultura de reportar los fallecimientos a las instancias que corresponden, sin embargo, el Ministerio de Salud viene implementando acciones para mejorar la calidad de este dato (Gráfico 51).

Cobertura de Parto Institucional

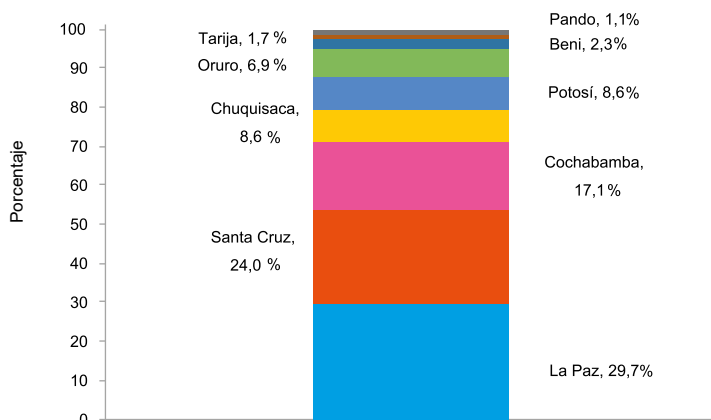
La cobertura de parto institucional, también entendida como la proporción de partos atendidos por personal de salud, permite conocer el grado de accesibilidad a los servicios de salud a fin de prevenir alguna complicación y disminuir el riesgo de morbilidad y/o mortalidad de la madre y del recién nacido.

La meta trazada por el sector salud de 70,0% para el año 2015 habría sido alcanzada en el año 2010. La tendencia del indicador continúa siendo ascendente, en 2013 la cobertura alcanzó a 72,5%. Este avance se explica, en parte, por la atención gratuita hasta el año 2013 que otorgaba el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) a las mujeres embarazadas y niños menores de cinco años y que actualmente se ha reforzado con la implementación de la Ley N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral (Gráfico 52).

A nivel departamental, entre 2012 y 2013 la mayoría de los departamentos incrementaron sus coberturas, excepto Chuquisaca, Beni y Pando. En ambas gestiones, La Paz, Chuquisaca y Potosí mantienen niveles por debajo del promedio nacional y de la meta del milenio (70%).(Gráfico 53).

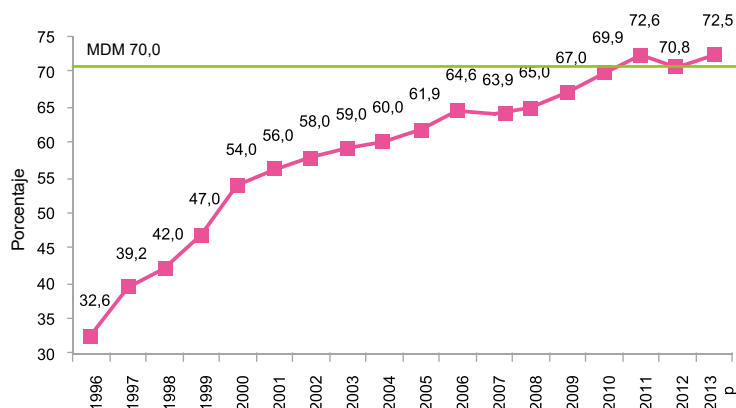
En los años 2012 y 2013, los nacimientos atendidos en los partos institucionales muestran que el porcentaje de nacidos vivos y nacidos muertos se mantuvieron en 99% y 1%, respectivamente, sin embargo, se observa un descenso en el número absoluto de nacidos muertos, con excepción de los departamentos de La Paz, Cochabamba, Oruro, Potosí y Beni.

Gráfico 51
Registro de defunciones del SNIS por causas maternas: 2013



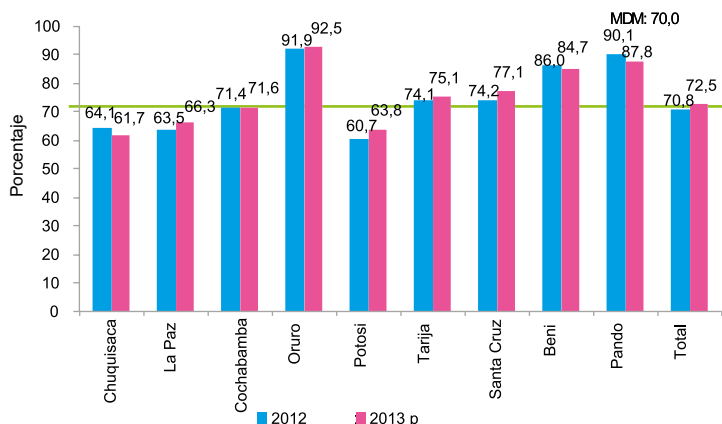
Fuente: UDAPE con datos del SNIS.

Gráfico 52
Cobertura de parto institucional: 1996-2013



Fuente: UDAPE con datos del Ministerio de Salud

Gráfico 53
Cobertura de parto institucional según departamento: 2012-2013



Fuente: UDAPE con datos del Ministerio de Salud

Cuadro 9
Nacimientos atendidos por personal institucional: 2012-2013

	2012			2013			Variación		
	Nacido vivo	Nacido muerto	Total	Nacido vivo	Nacido muerto	Total	Nacido vivo	Nacido muerto	Total
Chuquisaca	10.416	166	10.582	10.045	125	10.170	-3,6%	-24,7%	-3,9%
La Paz	41.764	609	42.373	43.691	667	44.358	4,6%	9,5%	4,7%
Cochabamba	35.020	351	35.371	35.277	388	35.665	0,7%	10,5%	0,8%
Oruro	9.268	123	9.391	9.399	160	9.559	1,4%	30,1%	1,8%
Potosí	10.736	151	10.887	11.369	158	11.527	5,9%	4,6%	5,9%
Tarija	9.839	110	9.949	9.969	102	10.071	1,3%	-7,3%	1,2%
Santa Cruz	58.728	847	59.575	61.979	573	62.552	5,5%	-32,3%	5,0%
Beni	11.374	111	11.485	11.191	143	11.334	-1,6%	28,8%	-1,3%
Pando	2.184	23	2.207	2.132	16	2.148	-2,4%	-30,4%	-2,7%
Total	189.329	2.491	191.820	195.052	2.332	197.384	3,0%	-6,4%	2,9%

Fuente: UDAPE con datos del Ministerio de Salud



META 5B

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

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

La Constitución Política del Estado garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos³³. En este sentido, los servicios de salud ofrecen información y métodos de anticoncepción seguros y eficaces, para prevenir infecciones de transmisión sexual y realizar una adecuada planificación familiar³⁴.

Debido a que la última información disponible de estos indicadores corresponde a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2008 y fueron presentadas en el Séptimo Informe de Progreso de los ODM (2013), en el presente informe se realiza una breve revisión de estos indicadores. Además, a objeto de complementar con información actualizada relacionada a estos indicadores, se exhiben datos provenientes del Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS).

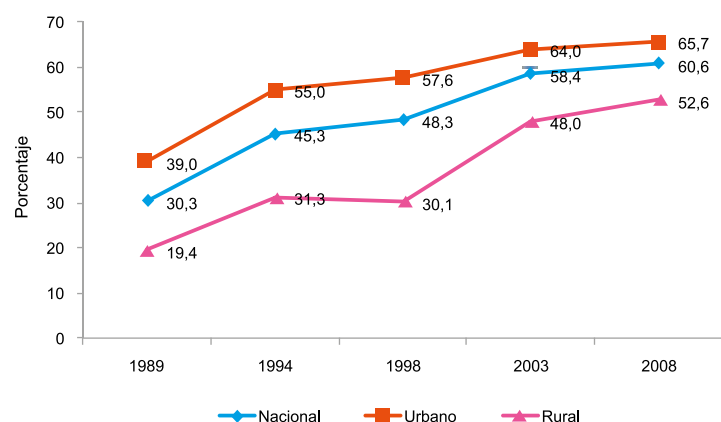
33 La salud sexual y reproductiva se define como el estado de bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida.

34 La planificación familiar se refiere al conjunto de prácticas utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja orientadas al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

Prevalencia de uso de anticonceptivos

La prevalencia de uso de anticonceptivos es el porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49) casada o en unión que usa algún método de anticoncepción. La tendencia del indicador, entre 1989 y 2008, ha sido ascendente no solo a nivel nacional, sino también urbano y rural. La brecha entre área urbana y rural ha disminuido casi a la mitad (de 20 a 13 puntos porcentuales).

Gráfico 54
Prevalencia de uso de anticonceptivos, según área geográfica



Fuente: UDAPE con información de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (1989, 1994, 1998, 2003 y 2008).

En 2008, los departamentos cuyos indicadores de prevalencia de uso de anticonceptivos se encontraban por encima del promedio nacional eran Santa Cruz (70,1%), Tarija

(69,7%), La Paz (62,5%), Beni (60,9%) y Pando (61,2%); el resto de los departamentos tenían niveles inferiores, siendo Potosí (48,4%) el departamento con menor cobertura.

Recuadro 7 Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos registrados por el SNIS: 2009-2013

De acuerdo al SNIS, durante el último quinquenio, alrededor de 3,1 millones de personas acudieron a los establecimientos de salud por métodos anticonceptivos (dispositivo intrauterino (DIU), inyectables, condón, píldoras, método natural, anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) y píldora de emergencia). La mayor demanda se focaliza en los departamentos del eje troncal, La Paz, Santa Cruz y Cochabamba (en 2013, 54,4%); entre 2012 y 2013 el departamento de Beni casi triplicó la demanda y alcanzó niveles similares a los departamentos del eje troncal.

Número de personas que usan métodos anticonceptivos

	2009	2010	2011	2012	2013
Beni	39.150	27.932	35.838	44.308	103.066
Chuquisaca	64.455	61.782	60.311	58.937	57.810
Cochabamba	98.226	88.397	96.448	111.415	122.048
La Paz	143.840	110.768	116.185	119.916	128.554
Oruro	44.094	78.788	32.913	44.276	28.985
Pando	8.137	6.738	9.088	8.919	10.131
Potosí	54.640	48.897	54.632	53.557	59.452
Santa Cruz	146.014	95.650	227.919	96.590	111.223
Tarija	51.396	44.638	44.624	42.031	43.607
Total	649.952	563.590	677.958	579.949	664.876

Fuente: Ministerio de Salud.

Tasa de fecundidad entre las adolescentes

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

La fecundidad adolescente no solo tiene implicancias en el ámbito de la salud, sino también en otros ámbitos sociales y económicos. Tiene una implicancia directa en salud, porque la condición biológica y psicológica de las adolescentes conlleva un embarazo de alto riesgo³⁵ que podría derivarse en la morbilidad o mortandad de la madre y/o del

hijo(a)³⁶. En otros ámbitos, el embarazo adolescente repercute en la deserción educativa, lo que imposibilita a la madre prematura la posibilidad de superarse en la vida, generando un ambiente propicio para que perdure la pobreza³⁷.

Entre 1989 y 2008, el indicador presenta un leve descenso de 94 a 89 nacimientos por mil mujeres adolescentes, siendo el área rural con mayor disminución (de 141 a 135), mientras el área urbana mantiene 68 nacimientos por mil mujeres adolescentes. El área rural presenta niveles superiores a los registrados en el área urbana debido a que la población que

³⁶ De acuerdo a estimaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), al año mueren 70.000 jóvenes en países en desarrollo debido a las complicaciones y abortos mal practicados. A esto se suma el hecho que los hijos de los adolescentes son más proclives a enfermar porque nacen con bajo peso, enfrentando mayores riesgos médicos.

³⁷ El UNFPA presentó un estudio sobre la situación de las madres adolescentes en 14 municipios de los departamentos de La Paz, Cochabamba, Potosí y Chuquisaca, a partir de 3.966 historias clínicas prenatales. De acuerdo a este estudio, entre las principales consecuencias de los embarazos precoces se encuentra el abandono de la pareja o de la familia, frustración emocional, proyectos de vida truncados, discriminación y riesgos en la salud al no tener aún un cuerpo preparado para la maternidad.

³⁵ Un embarazo de alto riesgo es aquel en el que el riesgo de enfermedad o muerte, antes o después del parto es mayor de lo habitual, tanto para la madre como para el bebé.

vive en estas zonas no accede a información o educación sobre salud sexual y reproductiva y hacen menos uso de los métodos modernos de anticoncepción (Gráfico 55).

A nivel departamental, Cochabamba, Santa Cruz, Potosí, Beni/Pando tienen niveles superiores al promedio nacional de la fecundidad adolescente, mientras que los departamentos de Chuquisaca, La Paz, Oruro y Tarija tienen tasas inferiores.

Cuadro 10
Tasas de fecundidad adolescentes entre 15 y 19 años según departamento, 2008
(nacimientos por mil mujeres adolescentes)

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

Fuente: UDAPE con información de la ENDSA 2008.

Cobertura de Atención Prenatal

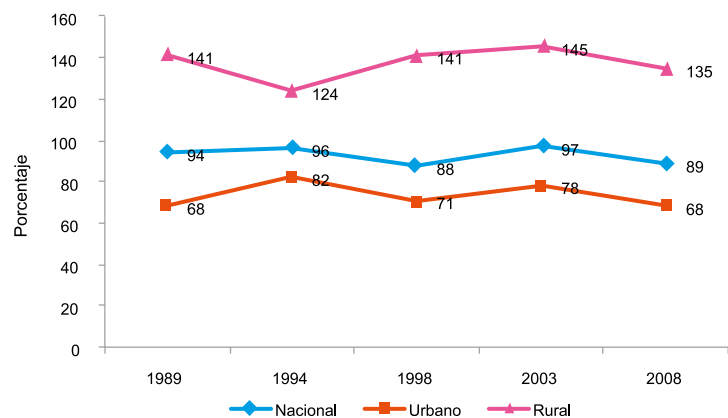
La cobertura de cuarto control prenatal es el porcentaje de nacimientos cuyo número de controles prenatales fueron 4 o más.

El control prenatal tiene como objetivo una oportuna identificación y manejo adecuado de factores de riesgo obstétrico que garanticen la salud materna y perinatal. Se deben realizar como mínimo cuatro controles prenatales.

El comportamiento del indicador de Cobertura de Atención Prenatal entre 1994 y 2008 ha sido ascendente no solo a nivel nacional, sino también urbano y rural, advirtiendo mayor incremento de cobertura en el área rural (Gráfico 56).

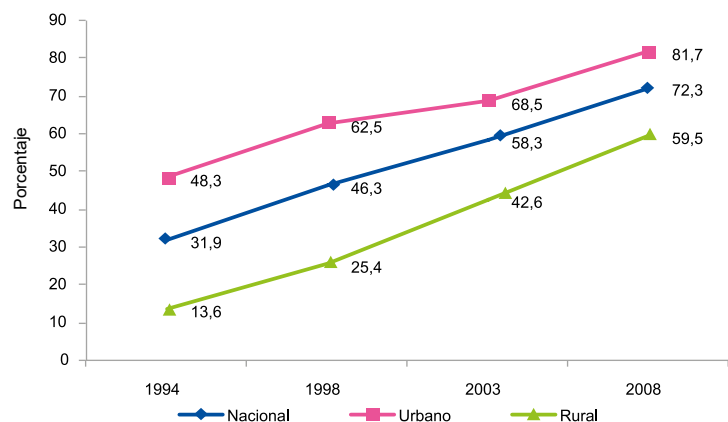
A nivel departamental, en 2008 todos los departamentos presentaron un incremento generalizado de las coberturas prenatales, advirtiéndose que los departamentos con

Gráfico 55
Tasa de fecundidad adolescente



Fuente: UDAPE con información de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA) 1989, 1994, 1998, 2003 y 2008.

Gráfico 56
Cobertura de cuarto control prenatal: 1994-2008



Fuente: UDAPE, con datos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA) 1994, 1998, 2003 y 2008.

Recuadro 8 Embarazo adolescente

Con información del Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS), los embarazos en adolescentes registrados en establecimientos de salud se han incrementado en los últimos cinco años. Entre los años 2012 y 2013, el incremento fue de 14,6%. A nivel departamental, el 2013 los departamentos de Santa Cruz (46,1%), Cochabamba (16,1%) y La Paz (13,4%) concentran la mayor proporción de embarazos en adolescentes.

Embarazo adolescente de menores de 20 años

	2009	2010	2011	2012	2013
Chuquisaca	1,711	1,925	1,873	1,694	2,387
La Paz	13,508	12,936	13,123	12,159	12,057
Cochabamba	18,046	15,986	16,577	17,198	14,465
Oruro	3,076	3,097	3,908	3,707	3,817
Potosí	4,662	4,949	5,163	5,570	5,893
Tarija	2,769	2,803	2,399	2,070	2,737
Santa Cruz	27,213	35,988	31,765	29,462	41,487
Beni	6,234	5,907	7,299	5,876	6,368
Pando	620	708	754	768	794
Total	77,839	84,299	82,861	78,504	90,005

Fuente: Ministerio de Salud.

Estas cifras requieren de un trabajo coordinado entre el Estado y la sociedad civil con la finalidad de reforzar la educación sexual y reproductiva en el sistema educativo y garantizar el acceso de los adolescentes a información, en los establecimientos de salud, de salud sexual y reproductiva y uso de métodos anticonceptivos.

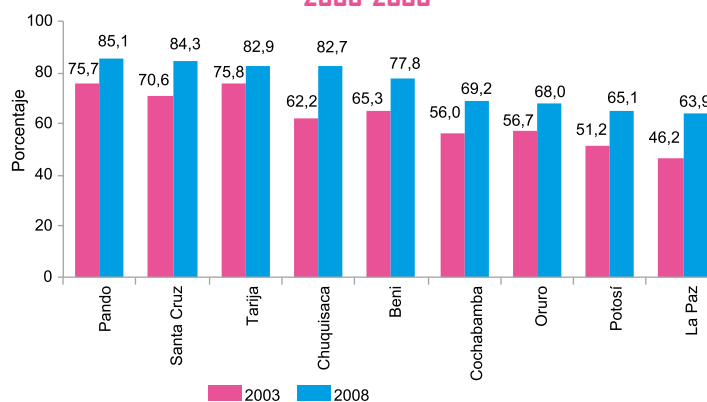
menor cobertura: Cochabamba, Oruro, Potosí y La Paz a pesar de haber incrementado su cobertura en más de 10 puntos porcentuales respecto al año 2003, continúan teniendo niveles inferiores al promedio nacional (72,3% en 2008) (Gráfico 57).

Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

El indicador de necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar es el porcentaje de mujeres en edad reproductiva que están casadas o en unión y que además de no estar utilizando ningún método anticonceptivo, reportan su deseo de no tener más hijos o retrasar el nacimiento de su siguiente hijo.

La brecha de insatisfacción en planificación familiar entre área urbana y rural ha reducido escasamente entre 1994 y 2008, de 15 a 12 puntos porcentuales. En 2008, el porcentaje de mujeres con insatisfacción en materia de planificación familiar en el área rural prácticamente duplicaba a la del área urbana, las

Gráfico 57
Cobertura de mujeres embarazadas con cuarto control prenatal 2003-2008



Fuente: UDAPE, con datos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA) 2003 y 2008.

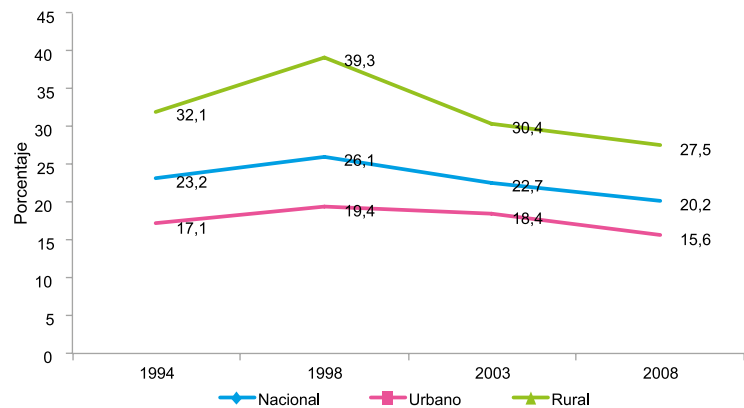
razones podrían deberse a la falta de acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, así como al escaso uso de métodos anticonceptivos seguros (Gráfico 58).

PRINCIPALES ACCIONES

Entre las principales intervenciones del Estado para mejorar la salud materna se encuentran:

- ◆ Implementación de la Ley N° 475 de Prestaciones de servicio de salud integral de 30 de diciembre de 2015³⁸ y su reglamento, a través de los cuales se da continuidad a las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)³⁹ para dotar servicios de salud y medicamentos gratuitamente a mujeres embarazadas, parturientas y puérperas. Asimismo, ofrece orientación e información sobre métodos de anticoncepción e incorpora nuevos métodos anticonceptivos como el implante subdérmico y la píldora de anticoncepción de emergencia.
- ◆ Ejecución del Bono Juana Azurduy que incentiva a las madres a utilizar los servicios de salud gratuitos cubiertos por la Ley N° 475 a través de una transferencia monetaria en efectivo por el cumplimiento de corresponsabilidades (control prenatal, parto, postparto y control de crecimiento de menores de dos años). El objetivo de este bono es coadyuvar a reducir la mortalidad de la madre, la mortalidad infantil y la desnutrición crónica en menores de dos años.
- ◆ Aplicación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna (SVEMM), que se trata de un proceso continuo y sistemático de recolección, interpretación y difusión de datos relacionados con la identificación, notificación, medición, determinación de causa y prevención de muerte materna con el propósito de formular estrategias de

Gráfico 58
Necesidades insatisfechas en planificación familiar 1994-2008



Fuente: UDAPE, con datos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA) 1994, 1998, 2003 y 2008.

prevención e intervención adecuadas tanto en la comunidad como en el sistema de salud. En el marco de este sistema, se han conformado Comités Técnicos de Vigilancia de Mortalidad Materna Neonatal y Perinatal (CTVMMNP) a nivel nacional, departamental, municipal y hospitalario.

- ◆ Ejecución de los planes estratégicos (2009-2015) de Salud Sexual y Salud Reproductiva y el dirigido a mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal. En ambos planes se aborda el desarrollo y mejoramiento del sistema de información y de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna.
- ◆ Implementación del Plan Estratégico Nacional de Salud Integral de la niña, niño menores de cinco años y escolar. El Plan tiene como enfoque un escalamiento hacia el desarrollo humano basado en los derechos de la niñez, en vez de solo el enfoque en la mortalidad y morbilidad.
- ◆ Implementación de la Política SAFCI orientada a superar toda forma de exclusión por razones culturales, económicas y sociales, así como el programa MI SALUD, que vela por el bienestar de la población; promoción de la salud recuperando la responsabilidad del estado en la cultura de la salud integral y la calidad de vida, coordinando acciones con los demás sectores del Estado.
- ◆ Implementación de la estrategia de Atención Integrada del Continuo del Curso de la Vida, dirigida a fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de la atención que comprende, entre otros, la orientación y otorgación de prestaciones relativas a la salud sexual y reproductiva.
- ◆ Implementación del Plan Plurinacional de Prevención del Embarazo Adolescente (PPEAJ), en el marco del Modelo SAFCI, que a través de la interinstitucionalidad se busca disminuir el número de embarazos adolescentes.
- ◆ Implementación del Programa MI SALUD, además de brindar atenciones médicas a mujeres embarazadas en su domicilio, orienta sobre los métodos de anticoncepción y otros similares.

38 La Ley N° 475 integra el SUMI y SSPAM, amplía el beneficio a la población con discapacidad y uniforma la forma de pago de las prestaciones.

39 El SUMI fue creado en 2003 y está dirigido a niños(as) menores de 5 años y mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto. En los últimos años este seguro se ha ampliado a las mujeres en edad fértil para la realización de exámenes de Papanicolaou y evitar cáncer.



NDC 65862-049-30
POM

**Efavirenz Tablets/
Comprimés**
600 mg

30 Tablets / Comprimés



Batch No. 114
Mfg. Date
Date de Fab.
Expiry Date
Date de péremption
Manufactured by
Aurobindo Pharma
Unit-VI, SEZ, Plot
434, KSI, KSI
Polepally Village,
Mahabubnagar
Corporate Park
Ameerpet, Hyderabad
Andhra Pradesh
Bottled by
NAFDAC Reg. No.
Zambia Reg. No.
P140641
M27



Rx
**Zidovudine
Oral**



**Nevirapine
Tablets 200mg**
Rx
**NEVIRAPINE TABLETS
COMPRIMÉS DE NÉVIRAPINE**



NDC 65862-049-30
POM

Rx
**Efavirenz
Tablets**
600 mg

30 Tablets



**AVOCOMB™
TABLETS**
Rx
**LAMIVUDINE &
ZIDOVUDINE TABLETS
COMPRIMÉS DE LAMIVUDINE
ET DE ZIDOVUDINE**



OBJETIVO 6

**COMBATIR EL VIH/SIDA,
EL PALUDISMO Y OTRAS
ENFERMEDADES**



META 6A
**Haber detenido y comenzado a reducir,
para el año 2015, la propagación de
VIH/SIDA**

Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
Prevalencia de SIDA	2,3 (1996)	116 (2014)	80 y 85	[21; 26]
Prevalencia de VIH/SIDA en personas de 15 a 24 años.	-	1.663 (2014)	-	-
Proporción de población de 15 a 24 años que tiene conocimiento amplio y correcto sobre el VIH/SIDA	-	23,6 (2008)	-	-
Personas con infección avanzada que reciben terapia antiretroviral	382 (2006)	4.063 (2014)	-	-

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función y produciendo un deterioro progresivo del sistema inmunitario, dejando de cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. Al menos se distinguen tres fases evolutivas de la infección:

- ◆ **Fase inicial, precoz o aguda:** El VIH se disemina e invade muchos tejidos, especialmente el tejido linfóide y los ganglios linfáticos.
- ◆ **Fase intermedia o crónica:** Tiene una duración variable estimada en varios años y en ella persiste la proliferación viral, aunque a bajo nivel. El tratamiento con antirretrovirales ha favorecido la prolongación de la supervivencia en el tiempo.
- ◆ **Fase final, de crisis o de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA:** Aparición de graves infecciones oportunistas, ciertas neoplasias y alteraciones neurológicas, de modo que se dice que el infectado por el VIH tiene SIDA.

Por consiguiente, el SIDA es el estadio más avanzado de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia (transmisión vertical).

A nivel mundial, los primeros casos de VIH/SIDA se detectaron en 1981 y en Bolivia en 1984, sin embargo, no es hasta 2004 que se empieza a sistematizar la información.

En Bolivia, en 2014, la prevalencia estimada de VIH/SIDA es de 1,5 por mil, valor que la sitúa en la posición 27 con respecto a los países de América Latina y El Caribe. Hasta diciembre de 2014, se notificaron 13.180 personas con VIH/SIDA, de los cuales 19% se encontraban en fase SIDA, sin embargo, de acuerdo a proyecciones de ONUSIDA para el mismo año, se estima que el país tendría 16.000 personas viviendo con VIH/SIDA, lo que da un 17,6% de casos que no habrían sido notificados.

La principal vía de transmisión del VIH/SIDA es sexual (hasta el 96% de los casos), 3% por transmisión vertical y 1% por transmisión sanguínea, esta última prácticamente ha sido eliminada en los últimos años debido al control que se realiza en los bancos de sangre.

Prevalencia de SIDA

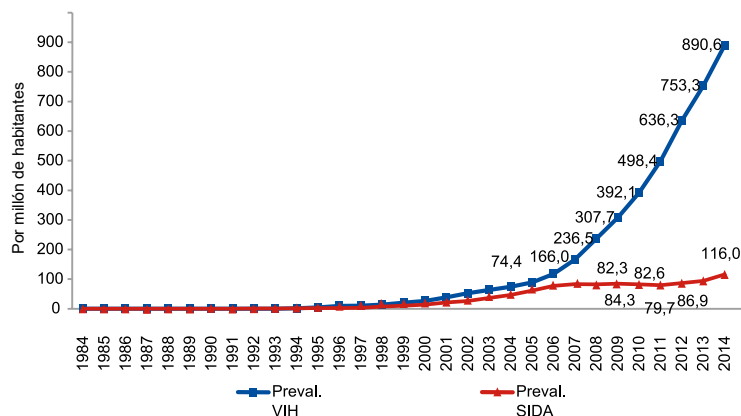
La prevalencia de SIDA mide el número de personas detectadas con VIH en fase SIDA por un millón de habitantes.

El 2014, la prevalencia de SIDA alcanzó a 116 por millón de habitantes, reportando un comportamiento ascendente desde el año 2012. Hasta el 2011, este indicador se mantuvo en los niveles planteados para la meta del año 2015 (80 y 85 x millón hab.)⁴⁰.

La prevalencia de VIH que no llegó a la fase SIDA es 8 veces mayor a la prevalencia de la fase SIDA. Este comportamiento se explica por un incremento en la notificación de casos producto de una mayor oferta de pruebas de VIH, sobre todo en mujeres embarazadas y por un mayor acceso de las poblaciones clave a los servicios de salud, registrándose un incremento en la cobertura de pruebas en la población en general mayor a 100% entre 2008 y 2014. En el caso de mujeres embarazadas, el número de pruebas aumentó de 28.930 en 2007 a 267.240 en 2014, este aspecto determina en gran medida una detección más temprana y mayores oportunidades de tratamiento evitando que las personas con VIH lleguen a desarrollar la fase SIDA (Gráfico 59).

La distribución de casos notificados de VIH/SIDA por sexo y grupos de edad advierten una epidemia en mayor proporción mascu-

Gráfico 59
Prevalencia de VIH y SIDA (por millón de habitantes): 1984-2014



Fuente: Ministerio de Salud – Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

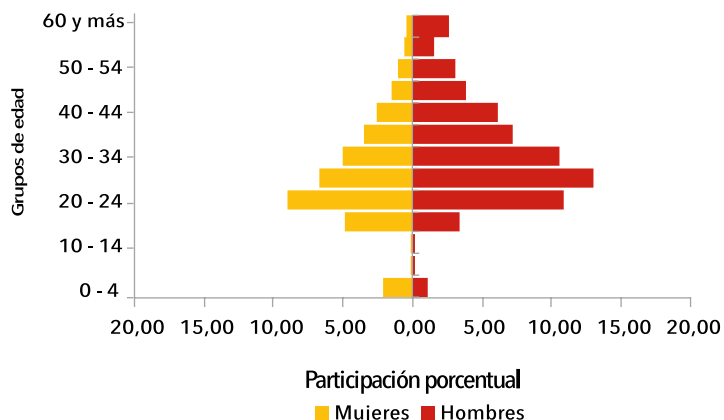
⁴⁰ Hasta el Informe de Progreso de las ODMs 2008 se hacía seguimiento al indicador de incidencia de VIH/SIDA, cuyo valor en la gestión 2006 alcanzaba a 19,2 por millón de habitantes y la meta trazada al 2015 era de 13,0 por millón de habitantes. A partir del Informe de Progreso de las ODMs 2010 se decide ya no hacer seguimiento a este indicador sino al de prevalencia de SIDA estimándose un valor de a 82,6 por millón de habitantes para la gestión 2009, sin embargo se mantiene la meta del anterior indicador (13 por millón) cuando debería haberse realizado el cambio correspondiente.

lina y joven-adulta, la relación hombre/mujer es de 1,7, es decir, por cada 10 mujeres que tienen VIH/SIDA existen 17 hombres en la misma situación. Asimismo, más de la mitad de la población que tiene VIH/SIDA se encuentra entre las edades de 20 a 34 años (Gráfico 60).

A nivel departamental, en 2014 se registraron 2.510 casos de VIH en fase SIDA, de éstas 86,9% se encuentra en el eje troncal del país: Santa Cruz, Cochabamba y La Paz (Gráfico 61).

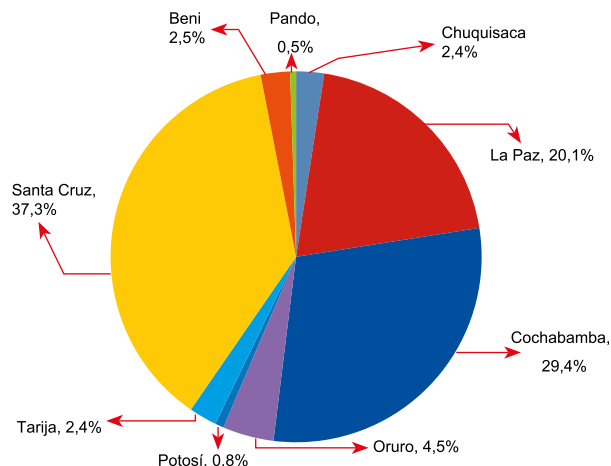
Asimismo, se observa que a pesar que estos 3 departamentos comprenden el mayor número de casos en Bolivia, la tasa de prevalencia del departamento de Chuquisaca y Tarija es más alto que La Paz y Santa Cruz; por lo que habría que advertir que el VIH/SIDA no es solo problema de las grandes ciudades.

Gráfico 60
Estructura porcentual por sexo y edad de personas con VIH/SIDA: 1984-2014



Fuente: Ministerio de Salud – Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Gráfico 61
Distribución de casos registrados de VIH en fase SIDA por departamentos: 2014



Ministerio de Salud – Programa Nacional ITS/VIH/SIDA.

Cuadro II
Prevalencia de VIH en fase SIDA (por millón de habitantes) por departamentos: 2007-2014

Departamento	Prevalencia de SIDA							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Chuquisaca	40	39	39	41	42	45	58	89
La Paz	186	172	153	123	103	89	69	70
Cochabamba	92	114	150	182	177	236	285	298
Oruro	31	22	25	31	27	23	23	27
Potosí	6	4	1	1	0	1	1	4
Tarija	27	38	54	51	62	55	69	91
Santa Cruz	47	48	49	44	45	41	40	45
Beni	24	21	5	4	0	5	0	0
Pando	28	0	0	0	0	0	0	12
TOTAL	82,8	82,3	84,3	82,6	79,7	86,9	94,0	116,0

Fuente: Ministerio de Salud – Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Prevalencia de VIH/SIDA en personas de 15 a 24 años

La prevalencia de VIH/SIDA en personas de 15 a 24 años mide el número de jóvenes de 15 a 24 años detectados con VIH en sus tres fases, incluyendo SIDA, por millón habitantes en el mismo grupo de edad.

Más de una cuarta parte (28,0%) de la población que tiene VIH/SIDA está entre las edades de 15 a 24 años de edad, alcanzando una prevalencia de 1.663 por millón de habitantes y advirtiéndose un crecimiento promedio anual en los últimos 10 años de 93,9%.(Cuadro 10).

Cuadro 12
Casos registrados y prevalencia de VIH/SIDA en la población de 15 a 24 años de edad: 2004-2014

Años	VIH	SIDA	VIH/SIDA	Población	Muertes por SIDA	Personas que viven con VIH/SIDA	Prevalencia VIH/SIDA (por millón de habitantes)
2004	36	21	57	1.784.685	0	288	161
2005	52	29	81	1.835.603	0	369	201
2006	103	31	134	1.883.295	1	502	267
2007	148	19	167	1.933.915	6	663	343
2008	256	17	273	1.985.131	6	930	468
2009	270	26	296	2.034.608	7	1.219	599
2010	316	22	338	2.080.012	5	1.552	746
2011	393	13	406	2.121.192	5	1.953	921
2012	400	59	459	2.078.869	7	2.405	1.157
2013	460	88	548	2.110.667	12	2.941	1.393
2014	520	116	636	2.140.174	17	3.560	1.663

Fuente: Ministerio de Salud – Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

El Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA continúa fortaleciendo el trabajo coordinado con el Ministerio de Educación, unidades militares y trabajos focalizados en los grupos vulnerables para poder llegar con información adecuada a esta población.

Proporción de población de 15 a 24 años que tiene conocimiento amplio y correcto sobre el VIH/SIDA

La población joven de 15 a 24 años que tiene conocimiento amplio y correcto sobre el VIH/SIDA es aquella población joven que conoce que el uso de condón durante las relaciones sexuales y teniendo una sola pareja fiel y no infectada puede reducir el riesgo de contraer el VIH/SIDA. Además, reconoce que una persona que parezca saludable puede tener el

VIH/SIDA y rechaza las ideas erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del VIH/SIDA.

De acuerdo a investigaciones recopiladas por el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, se advierte la importancia de hacer seguimiento a este indicador ya que se entiende que el incremento de casos que está surgiendo en la población boliviana es por la falta de información y educación sexual, creencias, tabúes y concepción errónea de que el VIH es propio de otros países y de algunas personas en particular, siendo que cualquier persona puede contraer esta enfermedad si no toma las precauciones correspondientes.

El año 2008, el porcentaje de población joven entre 15 y 24 años de edad con conocimientos comprensivos sobre el VIH/SIDA es inferior a un cuarto de población (23,6%). Diferenciando por grupos de edad entre 15-19 y 20-24 años, la proporción de población con mayor conocimiento del VIH/SIDA es la de 20-24 (27,2%) y diferenciado por sexo, es la masculina (27,7%).

Cuadro 13

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

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Identifica y rechaza	Muestra total	%	Identifica y rechaza	Muestra total	%
15-19	264	1.110	23,78	702	3.518	19,95
20-24	264	795	33,21	698	2.737	25,50
Total	528	1.905	27,72	1.400	6.255	22,38

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)- 2008

Sin embargo, de acuerdo al estudio de Comportamiento de Actitudes y Prácticas⁴¹ (CAP) 2011 realizado en las ciudades de mayor concentración urbana y de casos de

VIH/SIDA, revela un nivel de conocimientos más bajo, según se observa en el cuadro siguiente:

Cuadro 14

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

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Identifica y rechaza	Muestra total	%	Identifica y rechaza	Muestra total	%
15-19	82	530	15,47	59	466	12,66
20-24	37	376	9,84	15	231	6,49
Total	119	906	13,13	74	697	10,62

Fuente: Estudio CAP en la población general - 2011

⁴¹ De acuerdo al estudio de Comportamiento de Actitudes y Prácticas (CAP) 2011 y estudios de vigilancia de segunda generación en las poblaciones vulnerables (hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales) se ha identificado que existe un mayor grado de exposición al riesgo en las poblaciones más jóvenes debido a sus prácticas y conductas que se reflejan en un inicio más temprano de relaciones sexuales generalmente sin protección, débil acceso a la información y barreras en el acceso libre a la prueba de VIH, entre otros factores.

N°	TOMA DE MUESTRA	NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	EMBARAZO SI- NO
48	26-06-14		28-0		NO
49	26-06-14		25-		NO
50	26-06-14		6-		
51	26-06-14		30		
52	26-06-14				
53	26-06-14				
54	26-06-14				
55	26-06-14		06-91		
56	26-06-14		11-89	24	
57	26-06-14		06-91	49	NO
58	28-06-14			30	NO
59	29-06-14			49	NO
60	29-06-14				SI
61					
62	29-06-14				
63	30-06-14				
64	30-06-14				
65	30-06-14				
66	30-06-14				
67	30-06-14				
1	01-07-14				
2	01-07-14				
3	01-07-14				
4	01-07-14				
5	01-07-14				
6	01-07-14				
7	02-07-14				
8	02-07-14				



META 6B

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

Indicadores	Línea de base	Dato actual
Personas con infección avanzada que reciben terapia antiretroviral.	382 (2006)	4.063 (2014)

El tratamiento antirretroviral (TARV) con las nuevas terapias ha conseguido una importante disminución de la mortalidad y la morbilidad en los pacientes infectados por el VIH. En estos últimos años han surgido importantes limitaciones como los efectos adversos, las dificultades del cumplimiento y el desarrollo de resistencias a los medicamentos. A pesar de disponer de nuevos fármacos más cómodos, potentes con diferentes o mejores perfiles de tolerancias que permitan una secuencia apropiada de estos, las opciones siguen siendo limitadas.

Proporción de población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antiretrovirales

La evidencia generada a lo largo de los años muestra una estrecha relación entre la terapia antirretroviral y la reducción de la mor-

bimortalidad asociada con el VIH y la transmisión del VIH, los cambios en las directrices de atención y tratamiento han permitido mejorar la eficiencia en el tratamiento e incidir positivamente en la calidad y esperanza de vida de las personas que viven con VIH. Este indicador permite evaluar los progresos realizados en el suministro de la terapia antirretroviral a las personas que reúnen los requisitos para recibir el tratamiento.

En los últimos cinco años este indicador aumentó a un promedio anual de 52,9%, reportando 4.063 personas con infección avanzada que recibieron terapia antiretroviral en el año 2014 (Cuadro 13).

De acuerdo al Programa ITS/VIH/SIDA, en 2014, 1 de cada 4 personas que viven con VIH/SIDA estaban recibiendo tratamiento antirretroviral.

Cuadro 15
Adultos y niños elegibles que reciben TARV

Gestión	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Personas con infección avanzada que reciben terapia antiretroviral	382	496	758	1.115	1.261	1.817	2.410	3.025	4.063

Fuente: Ministerio de Salud – Programa Nacional ITS/VIH/SIDA
p: Preliminar.

Recuadro 9

Erradicación de nuevos casos de infección de VIH/SIDA en niños y reducción significativa de las muertes maternas relacionadas con el SIDA

Uno de los objetivos de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA⁴² de 2011 es reducir la transmisión vertical del VIH/SIDA⁴² como expresión concreta del derecho a la salud que tiene cada niño y niña y que representa un desafío fundamental para las políticas de salud, en el entendido de que el riesgo de transmisión materno infantil puede reducirse de manera significativa a través de la Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI) incluyendo aplicación de esquemas profilácticos antirretrovirales para la mujer embarazada VIH (+) y el recién nacido, aplicación de prácticas seguras en el parto y el uso de alternativas seguras de lactancia.

El Ministerio de Salud a través del Programa ITS/VIH/SIDA viene abordando la problemática de transmisión de VIH/SIDA materna infantil mediante la Estrategia Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH y la Eliminación de la Sífilis Congénita, ya que en las últimas gestiones se ha estado incrementando notoriamente el número de casos de mujeres embarazadas con VIH y sífilis que implica un alto costo social por el riesgo de transmisión hacia los hijos, siendo este un problema que se puede resolver combinando acciones de comunicación e intervención sanitaria. El objetivo es reducir los casos de transmisión vertical del VIH a menos de 1% y los casos de niños nacidos con sífilis a menos de 0,5 por mil nacidos vivos.

Para el efecto, se hace seguimiento a los siguientes indicadores:

- i) **Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil.** Este indicador presenta la mayor cobertura en la gestión 2013 (65,9%).
- ii) **Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses.** Este indicador presenta una tendencia descendente en el período 2010-2013. En este último año se reportaron 9,0% de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres con VIH.

Indicadores de erradicación de la transmisión vertical de VIH/SIDA

Indicadores	2010	2011	2012	2013
Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil	60,3	52,2	43,9	65,9
Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses	33,0	22,0	15,0	9,0

Fuente: "Bolivia: Informe Nacional de Progresos en la respuesta al VIH/SIDA, 2014"

42 La transmisión vertical es la transmisión de una infección u otra enfermedad de la madre a su hijo inmediatamente antes y después del parto durante el período perinatal. La transmisibilidad de un agente patógeno se refiere a su capacidad para transmitirse verticalmente. El concepto de transmisión vertical es también usado en la genética de poblaciones para describir la herencia de un alelo o de una condición del padre o la madre.



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

Indicadores Meta 6C	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1.Índice de Parasitosis Anual (IPA) de Malaria (por mil habitantes)	7,5 (1990)	1,6 (2014)	2,0	Cumplida
2.Porcentaje de municipios con tasa de infestación de Chagas mayor al 3%	56,0 (2003)	29,8 (2014)	0,0	-29,8
3.Porcentaje de pacientes con tuberculosis curados del total de pacientes notificados	71,2 (2000)	84,4 (2013)	95,0	10,6

Índice de Parasitosis Anual (IPA) de Malaria.

La Malaria o Paludismo es una enfermedad parasitaria provocada por protozoarios del género *Plasmodium*, transmitida por la picadura de mosquitos hembra del género *Anopheles*⁴³, son cuatro especies que infectan al hombre: *Plasmodium vivax*, *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium malariae* y *Plasmodium ovale*, las especies identificadas en Bolivia son *Plasmodium vivax* (malaria benigna) y *Plasmodium falciparum* (malaria maligna). La primera especie se transmite en todos los departamentos del país, excepto Oruro; mientras que la segunda especie se notifica en los departamentos de Pando

y Beni, frontera con el Brasil; en el norte del departamento de La Paz y en menor medida en algunos municipios del departamento de Santa Cruz, esta especie coloca en riesgo la vida del paciente si no cuenta con un tratamiento específico y oportuno.

La malaria cerebral es la forma más temida de la enfermedad y es producida únicamente por el *Plasmodium Falciparum*. Los glóbulos rojos infectados por este parásito, se tornan adhesivos y se pegan a las paredes de los vasos capilares, entre otros, los del cerebro, por lo que la persona puede ingresar en coma y, si sale de éste, puede quedar con daño cerebral permanente. El paciente puede morir en 24 horas después de presentar los primeros síntomas. Según el Programa Nacional de Malaria, las mujeres embarazadas tienen 4 veces más posibilidades de tener una malaria cerebral, debido a que su sistema inmune está debilitado.

El Índice de Parasitosis Anual (IPA) es un indicador que mide la incidencia de paludismo o malaria por mil habitantes en área endémica.

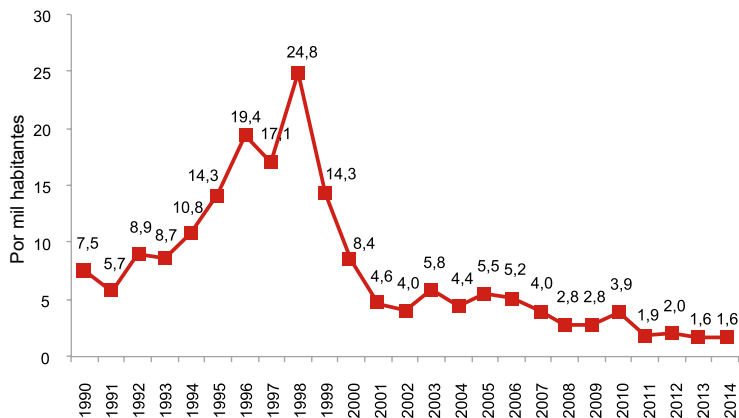
La incidencia de malaria en el periodo 1990-1998 se fue incrementando hasta alcanzar su mayor nivel en el año 1998 (24,8 por mil habitantes), detectándose 74.350 casos y 24 muertes. Posterior a ese año, los valores del indicador empiezan a descender hasta que el año 2012 se reporta el dato de 2,0 por mil habitantes, y por ende habiéndose cumplido la

⁴³ El primer síntoma de la Malaria es la fiebre y puede alcanzar a 41°C con escalofríos, es cíclica, producto de la destrucción de glóbulos rojos infectados. Otros síntomas son: dolor de cabeza, dolores musculares (mialgias), dolores articulares (artralgias), malestar general, marcado decaimiento y trastornos digestivos (nauseas, vómitos y diarrea), también puede presentarse los siguientes signos: esplenomegalia, anemia con o sin trombocitopenia, hipoglucemia, disfunción renal o pulmonar y alteraciones neurológicas.

MDM. En los años 2013 y 2014, el indicador mantiene niveles por debajo de la MDM (1,6 por mil), debido a las actividades realizadas por el nivel central y departamental que mantienen bajo control la incidencia de la malaria en el país (Gráfico 62).

Los departamentos de Beni y Pando, determinan la incidencia de malaria a nivel nacional. El año 2014, La Paz, Cochabamba, Potosí y Santa Cruz habrían erradicado la enfermedad, mientras que los departamentos de Pando y Chuquisaca incrementaron el índice (Cuadro 16).

Gráfico 62
Índice de parasitosis anual (por mil habitantes): 2006-2014



Fuente: Ministerio de Salud - Programa Nacional de Malaria.

Cuadro 16
Índice de parasitosis anual de malaria, según departamento, 2006-2014

Departamento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Chuquisaca	2,0	2,0	0,9	0,6	1,5	1,3	0,9	0,2	0,4
La Paz	2,9	0,8	1,6	3,8	3,4	1,9	3,4	0,2	0,0
Cochabamba	0,3	0,4	0,7	0,2	0,5	0,9	0,4	0,0	0,0
Potosí	3,3	4,4	5,2	4,0	0,9	1,3	0,1	0,3	0,0
Tarija	7,8	5,8	6,1	5,4	6,2	1,4	0,8	0,2	0,2
Santa Cruz	0,2	0,2	0,4	0,5	0,3	0,2	0,1	0,0	0,0
Beni	47,7	42,8	22,1	19,7	24,1	15,2	17,1	15,9	15,9
Pando	24,1	22,0	13,1	23,0	33,4	16,8	13,7	13,1	15,5
Bolivia	5,2	4,0	2,8	2,8	3,9	2,0	2,1	1,6	1,6

Fuente: Ministerio de Salud - Programa Nacional de Malaria.

Recuadro 10 IPA ajustado de malaria

La malaria en Bolivia ocurre en ocho de los nueve departamentos del país; afectaba tradicionalmente a 150 municipios de los 327 existentes en el país en 2005 y una población en riesgo superior a 3,8 millones. A partir del año 2006, el programa malaria ha determinado focalizar las intervenciones para que el programa sea más efectivo y eficiente y ha dejado fuera del área de riesgo a los municipios donde no se reportaron casos de malaria autóctona. Con este procedimiento, quedaron 83 municipios con evidencia de transmisión y la población en riesgo se redujo a 2,5 millones. Posteriormente, a partir del 2008 se evidenció la transmisión de malaria en 69 municipios con una población en riesgo de 1,4 millones de habitantes; con este ajuste, el IPA para la gestión 2014 es de 3,0 por mil habitantes.

IPA ajustado con transmisión activa según departamento, 2006-2014

Departamento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Chuquisaca	3,0	2,7	1,0	0,6	1,5	1,3	0,9	0,5	1,0
La Paz	3,1	0,9	2,4	4,8	3,4	1,9	3,4	6,3	0,5
Cochabamba	0,7	0,6	1,0	0,3	0,5	0,9	0,4	0,1	0,0
Potosí	4,4	6,6	5,6	4,3	1,2	1,3	0,1	0,0	0,0
Tarija	7,9	5,8	6,1	5,4	6,2	1,4	0,8	0,4	0,2
Santa Cruz	1,1	1,0	2,5	3,2	2,0	1,2	0,5	0,0	0,0
Beni	60,2	45,5	25,4	21,4	24,1	15,2	17,1	17,9	14,5
Pando	37,9	33,3	19,5	34,1	33,4	16,8	13,7	12,1	23,9
Bolivia	13,3	10,4	7,0	7,0	9,3	4,8	5,2	3,0	3,0

Fuente: Ministerio de Salud- Programa Nacional de Malaria.

La participación absoluta y porcentual de casos de malaria registrados por departamentos entre 2006 y 2014 no ha variado sustancialmente, en este período resalta la reducción de casos en el departamento de

Beni. Los departamentos de La Paz, Tarija y Santa Cruz presentan una reducción de casos de malaria y el año 2014 los sitúa por debajo de la unidad porcentual, mientras que el mismo año Beni y Pando representan el 96,3% del total de casos registrados de Malaria (Cuadro 17).

Cuadro 17 Casos registrados de malaria

Departamento	Casos registrados de Malaria									Participación (en porcentaje)	
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2006	2014
Chuquisaca	297	294	132	88	151	192	145	79	150	1,6	2,0
La Paz	502	138	247	547	545	346	456	197	9	2,6	0,1
Cochabamba	138	143	250	72	71	115	43	13	20	0,7	0,3
Potosí	119	138	156	114	34	46	3	3	0	0,6	0,0
Tarija	1.779	1.289	1.424	1.252	1.517	348	213	97	68	9,4	0,9
Santa Cruz	473	422	913	1.187	797	450	168	53	32	2,5	0,4
Beni	14.203	10.882	5.826	5.067	7.943	3.417	5.193	5.558	5.534	74,8	74,8
Pando	1.484	1.304	800	1.416	2.711	2.211	1.194	1.342	1.588	7,8	21,5
Bolivia (*)	18.995	14.610	9.748	9.743	13.769	7.143	7.415	7.342	7.401	100	100

Fuente: Ministerio de Salud - Programa Nacional de Malaria.

(*): No se incluye el departamento de Oruro porque no es endémico de malaria.

Según el Programa Nacional de Malaria, la mayor proporción de casos reportados de malaria son del área rural, mientras que menos del 15% se localizan en el área urbana. La ciudad de Guayaramerin (Beni) continúa siendo el área urbana con mayor número de casos reportados, debido a que el río Arroyo Las Arenas se ha constituido en un gran criadero de mosquitos transmisores de malaria.

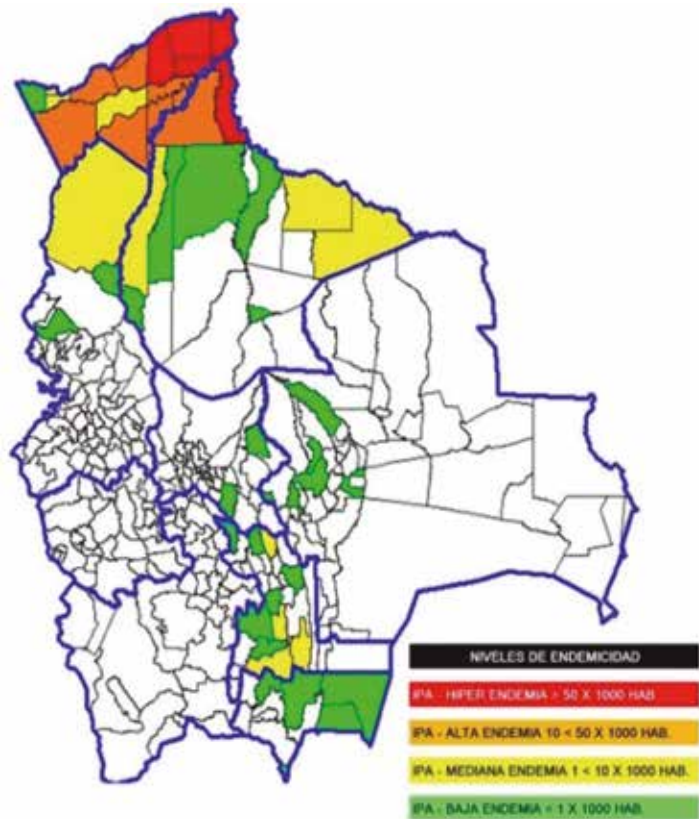
En el mapa N° 1 se presenta la clasificación de municipios según el grado de endemia: los municipios clasificados con hiperendemia son cinco, de los cuales cuatro se encuentran en el departamento de Pando y uno en el departamento del Beni. Los municipios con alta endemia son ocho, de los cuales siete están situados en el departamento de Pando y uno en el departamento del Beni. Finalmente los municipios categorizados con endemia mediana son once y con endemia baja son veinte y ocho y están dispersos por todos los departamentos, excepto Potosí y Oruro.

Porcentaje de municipios con tasa de infestación vectorial de Chagas mayor al 3%

La enfermedad de Chagas, también conocida como tripanosomiasis americana o mal de Chagas-Mazza, es una enfermedad parasitaria tropical, generalmente crónica, causada por el protozoo flagelado *trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*)⁴⁴. La transmisión de *T. cruzi* también ocurre a través de transfusiones de sangre por infectados que donan sangre. El tamizaje serológico de sangre donada en esencia ha eliminado la transmisión por esta vía en la mayoría de las zonas endémicas. *T. cruzi* también puede ser transmitido por trasplante de órganos procedentes de personas infectadas con Chagas. Aproximadamente el 5% de los neonatos de mujeres infectadas con *T. cruzi* tienen la enfermedad de Chagas congénita. Aunque algunos de estos niños tienen problemas graves como consecuencia de la infección, la mayoría son asintomáticos.

44 La infección por el parásito (sólo resultado serológico positivo) se distingue de las manifestaciones clínicas que se desarrollan años después, como la destrucción de los ganglios parasimpáticos; miocardiopatía chagásica y disfunción del esófago o del colon.

Mapa N° 1
Mapa de Bolivia, incidencia parasitaria anual por municipios de infección malaria, 2014



Fuente: Ministerio de Salud-Programa Nacional de Malaria.

De acuerdo al Programa Nacional Contra el Chagas, la enfermedad de Chagas en Bolivia es un problema importante de salud pública que afecta a población en edad productiva, predominantemente rural y peri urbana. Es una enfermedad de evolución crónica de difícil diagnóstico, manejo y tratamiento, que repercute en una importante carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Del total de enfermos diagnosticados, el 30% se manifiesta por problemas cardíacos, 10% por problemas digestivos o mixtos (cardíaca y digestiva) y menos del 5% por problemas neurológicos. La mortalidad por Chagas varía de 1 al 10% de los pacientes, con una mayor incidencia en niños de corta edad e inmunodeprimidos. Los casos de muerte cardíaca constituyen más del 50%, en algunas regiones se constituyen en la segunda causa de mortalidad.

En el año 2014, el porcentaje de municipios endémicos evaluados con infestación mayor al 3% alcanzó al 29,8%. En los últimos cinco años se ha reducido el número de municipios con infestación mayor al 3%, sin embargo, la brecha aún es significativa para alcanzar la MDM (0,0%).

Cuadro 18
Municipios endémicos, evaluados y con infestación vectorial de chagas

Año	Municipios endémicos	Municipios endémicos evaluados	Nº de Municipios endémicos evaluados con infestación mayor al 3%	% Municipios endémicos con infestación mayor al 3%
2010	170	126	50	39,7
2011	170	116	44	37,9
2012	155	116	41	35,3
2013	154	114	38	33,3
2014	154	114	34	29,8

Fuente: Ministerio de Salud - Programa Nacional contra el Chagas

A nivel nacional, seis de los nueve departamentos son considerados endémicos de la enfermedad de Chagas. Los departamentos de Oruro, Pando y Beni son libres del vector *T. infestans*, sin embargo, en el departamento del Beni se ha demostrado la presencia

de otras especies de triatomas que mantienen el ciclo de la enfermedad en medio silvestre que podría ingresar al espacio domiciliario causando infecciones en el ser humano, principalmente por consumo de alimento contaminado con *T. cruzi*; por lo que el Programa Nacional de Chagas mantiene un monitoreo continuo en este departamento.

Cuadro 19
Municipios con infestación vectorial de chagas menor y mayor a 3% por departamento 2010-2014

Departamento		Chuquisaca	La Paz	Cochabamba	Potosí	Tarija	Santa Cruz	Total
2010	Municipios con infestación menor a 3%	10	13	26	17	7	3	76
	Municipios con infestación mayor a 3%	19	3	12	2	3	11	50
2011	Municipios con infestación menor a 3%	10	13	24	15	7	3	72
	Municipios con infestación mayor a 3%	16	0	12	3	3	10	44
2012	Municipios con infestación menor a 3%	14	8	30	16	5	2	75
	Municipios con infestación mayor a 3%	15	0	9	4	5	8	41
2013	Municipios con infestación menor a 3%	19	7	24	17	6	3	76
	Municipios con infestación mayor a 3%	10	0	13	2	4	9	38
2014	Municipios con infestación menor a 3%	19	7	23	18	5	8	80
	Municipios con infestación menor a 3%	10	2	13	2	5	2	34

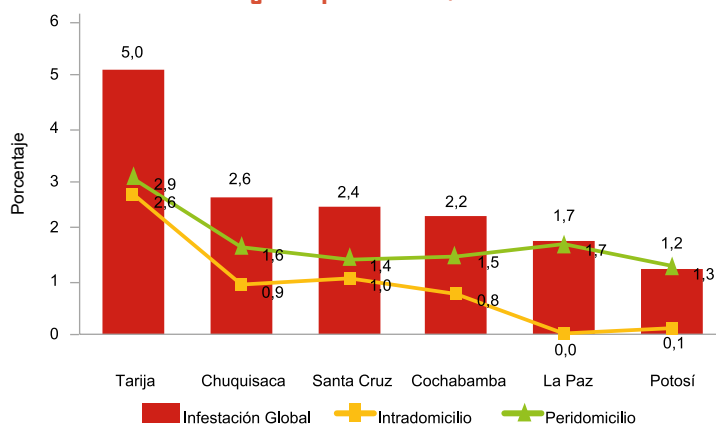
Fuente: Ministerio de Salud – Programa Nacional contra el Chagas

A nivel municipal, los municipios que presentan mayor dificultad para reducir las tasas de infestación mayor al 3% se encuentran en la región del Chaco (en los departamentos de Santa Cruz, Tarija y Chuquisaca). La principal causa para esta situación es la identificación de fallas en el control vectorial, debido a la resistencia comprobada del vector *T. infestans* a los insecticidas piretroides, especialmente en Tarija y Chuquisaca, por lo que se ha empezado a utilizar otro insecticida que pertenece al grupo de los carbamatos (Benidocarb PM 80%) en el departamento de Tarija, mientras que en Chuquisaca recién se realizará la evaluación respectiva para identificar el insecticida adecuado para controlar la infestación. Respecto a Santa Cruz, debido al extenso territorio y al escaso recurso humano en este departamento, las acciones de control de infestación se han priorizado en municipios de los valles y el Chaco.

En relación a la evaluación entomológica post-rociado en toda el área endémica del país realizada el 2014, el departamento de Tarija presenta el Índice de Infestación Global (IIG) más elevado (5,0%) y los departamentos de La Paz y Potosí los más bajos (1,7% y 1,2% respectivamente) habiéndose certificado ambos departamentos con la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en intradomicilio, toda vez que han mantenido el Índice de Infestación Intradomicilio (III) menor al 1% (0,0% y 0,1% respectivamente) (Gráfico 63).

El Programa de Control de Chagas estima que en la gestión 2015, en base a las acciones proyectadas, este indicador se reducirá a 18%. Además de las fallas en el control vectorial señaladas anteriormente, que dificultan alcanzar la MDM, existen otros obstáculos como falta de recursos humanos, viviendas precarias, tenencia de animales domésticos al interior de las viviendas y que los habitantes de áreas endémicas no reconocen la enfermedad de Chagas como un problema de salud. Estos obstáculos indican la necesidad de identificar intervenciones que incorporen otros sectores tanto del nivel central como de los niveles departamental y municipal.

Gráfico 63
Índice de Infestación Global (IIG), Intra domicilio (III) y Peri domicilio (IIP) por *Triatoma Infestans* (vinchuca) según departamento, 2014



Fuente: Ministerio de Salud - Programa Nacional contra el Chagas

Recuadro II Población endémica, diagnosticada y tratada de chagas

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2012, la población proyectada para la gestión 2014 en Bolivia es de 10.665.841 habitantes, de los cuales 4.324.903 residen en el área endémica de los seis departamentos, de esta población, el Programa Nacional Contra el Chagas estima que 790.533 personas estarían infectadas por *Trypanosoma cruzi*, siendo la mayor cantidad de población infectada las personas mayores a 15 años (90%).

Población infectada por *trypanosoma cruzi* según grupo de edad

Descripción	Población en área endémica Proyección SNIS 2014	Nº de casos de Chagas estimados en área endémica
< 1 año	101.154	556
1 a 4 años	395.837	15.437
5 a 14 años	980.848	62.774
15 años a mas	2.847.064	711.766
Total	4.324.903	790.533

Fuente: Ministerio de Salud con información del SNIS y del Programa Nacional Contra el Chagas.

El 2004 se inició con el diagnóstico y el tratamiento de Chagas congénito y a partir del año 2006 se amplía esta atención a la población entre 1 y 14 años de edad. Progresivamente, desde el 2006 se incluyó la atención a la población de 15 años de edad en adelante. Hasta el año 2014, se registran los siguientes resultados:

Número de diagnósticos y tratamientos de chagas, 2004 - 2014

Depto.	La Paz		Potosí		Chuquisaca		Santa Cruz		Tarija		Cochabamba	
	Diag.	Trat.	Diag.	Trat.	Diag.	Trat.	Diag.	Trat.	Diag.	Trat.	Diag.	Trat.
< 1 año	46	23	21	20	609	396	658	426	506	389	528	280
1 a 4 años*	145	86	343	128	765	374	698	198	219	99	897	288
5 a 14 años*	725	520	2.321	924	4.122	1.303	7.626	1.975	2.900	1.442	7.101	2.484
15 años y mas*	298	142	5.910	3.601	21.854	2.259	17.665	1.548	13.411	1.800	28.463	9.624
Total	1.214	771	8.595	4.673	27.350	4.332	26.647	4.147	17.036	3.730	36.989	12.676

Fuente: Ministerio de Salud – Programa Nacional Contra el Chagas. * A partir de la gestión 2006

Los beneficios del tratamiento etiológico de Chagas son evidentes, especialmente en niños de corta edad, en las que se produce la curación parasitológica de la infección y/o se evita la evolución clínica a cardiopatías y/o alteraciones digestivas. También el tratamiento en poblaciones jóvenes tiene beneficios importantes, toda vez que evita el avance de la enfermedad hacia complicaciones cardíacas y digestivas que ocasionan una disminución en la capacidad productiva de las personas. Asimismo, el tratamiento de mujeres en edad fértil tiene beneficios en prevenir la transmisión congénita de la infección.

A pesar de los beneficios del tratamiento de Chagas en la vida de las personas enfermas, el acceso al mismo se ve dificultado por diferentes factores, entre otros, los más importantes son que existe un solo proveedor de medicamentos a nivel mundial que no abastece la demanda y el costo elevado del diagnóstico y tratamiento de Chagas. El año 2014, el costo del diagnóstico fluctuaba entre Bs50 y Bs200, dependiendo de la fase de la enfermedad y las pruebas de confirmación y el costo del tratamiento etiológico en promedio estaba en Bs700; estos costos no incluyen exámenes complementarios y tratamiento de complicaciones de la enfermedad.

Porcentaje de pacientes con tuberculosis curados del total de pacientes notificados

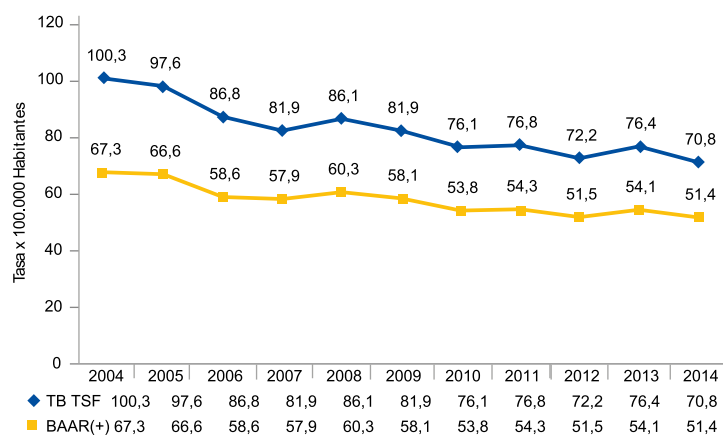
La tuberculosis es producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, el mecanismo más habitual de transmisión es la vía aérea, el paciente con tuberculosis pulmonar, al hablar, toser o reír, elimina pequeñas gotas de saliva, conteniendo entre 1 y 5 bacilos cada gota. Se ha calculado que un enfermo con baciloscopia positiva podría contagiar alrededor de 10 a 15 personas por año, de las cuales cerca del 10% desarrollará la enfermedad. Los pacientes que desarrollan la enfermedad, la mitad lo hace a los pocos meses de la infección, mientras que el restante 50 % lo hace en un largo intervalo, que puede llegar a varias décadas.

A pesar de los esfuerzos que se han llevado a cabo en los últimos años la tuberculosis continúa siendo una importante causa de mortalidad en el mundo y un reto para la salud pública de todos los países. Entre los factores que limitan el control de esta endemia se encuentran la infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la pobreza, la falta de acceso a servicios de salud de calidad y el debilitamiento de los programas de control de tuberculosis.

En 2013, a nivel mundial se enfermaron con tuberculosis nueve millones de personas, un millón y medio murieron con esta enfermedad y cuatrocientos ochenta mil personas desarrollaron tuberculosis multidrogoresistente. En la región de las Américas, el 60% de los casos fueron reportados por Brasil, Perú, México y Haití, siendo este último el país que presenta mayor tasa de incidencia de la enfermedad, seguido de Bolivia, Guyana y Perú.

En Bolivia, si bien la tendencia de las tasas de incidencia notificadas de Tuberculosis en todas sus formas (TB TSF) y de Tuberculosis pulmonar BAAR(+) (TBP BAAR(+)), muestran una tendencia decreciente en el período 2004-2014, con leves incrementos en 2008 y 2013, todavía la enfermedad no está controlada debido a que los pacientes TBP BAAR(+) presentan diagnóstico tardío al momento de su detección y llegan en estadios avanzados de la enfermedad (Gráfico 64).

Gráfico 64
Tasa incidencia notificada de TB TSF, TBP BAAR(+) x 100.000 hab., 2004 - 2014



Fuente: Ministerio de Salud - Programa Nacional de Control de Tuberculosis

Según el Programa Nacional de Control de Tuberculosis, el año 2014 se notificó una tasa de incidencia de 70,8 casos de Tuberculosis en todas sus formas (TB TSF) por 100.000 habitantes. Por otro lado, de acuerdo a proyecciones de la Organización Mundial de la

Salud (OMS) publicados en el WHO Report 2013 Global Tuberculosis Control, en Bolivia el 2014 se estima una tasa de incidencia de 135 casos TB TSF por 100.000 habitantes, lo que significaría que habría personas enfermas con Tuberculosis que no habrían sido notificados.

Cuadro 20
Número de casos nuevos, retratados de tuberculosis y su localización, Bolivia 2014

Departamento	NUEVOS				PREVIAMENTE TRATADOS					Total Casos
	TB Pulmonar		TB Extra pulmonar	Meningitis < 5 años	TBP BAAR(+)			TBP BAAR (-)	TB Extrapulmonar	
	BAAR(+)	BAA R(-)			Recaída	Fracaso	Abandono			
La Paz	1.177	138	505	0	97	5	16	7	9	1.954
Oruro	105	23	70	0	6	1	1	2	1	209
Potosí	205	28	112	0	22	0	6	3	7	383
Cochabamba	812	33	271	0	54	0	13	5	11	1.199
Chuquisaca	249	22	48	0	13	2	2	0	0	336
Tarija	291	21	78	0	15	3	1	1	0	410
Santa Cruz	2.343	152	505	0	205	7	53	10	21	3.296
Beni	255	17	41	0	16	1	8	3	1	342
Pando	49	5	6	0	2	0	3	0	0	65
Bolivia	5.486	439	1.636	0	430	19	103	31	50	8.194

Fuente: Ministerio de Salud - Programa Nacional de Control de Tuberculosis

En el mapa N° 2, se observa que el departamento de Santa Cruz tiene la más alta incidencia de TBP BAAR(+) (83,0 casos x 100.000 habitantes), seguido por los departamentos de Beni y Tarija que presentan tasas de 56,9 y 56,7 casos x 100.000 habitantes respectivamente, el resto de los departamentos presentan tasas inferiores a 50 casos x 100.000 habitantes.

Mapa N° 2
Estratificación de tasa de incidencia notificada de TBP BAAR(+) según departamentos, 2014



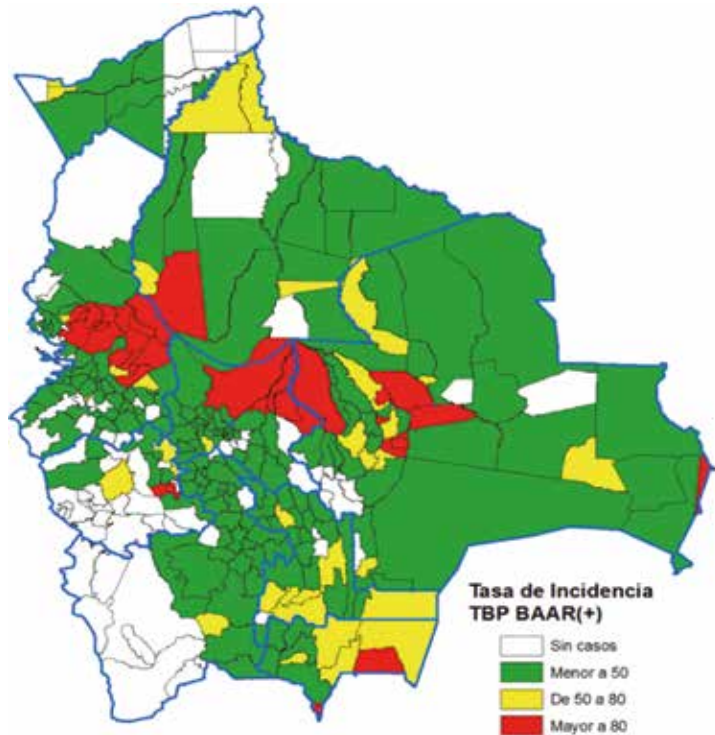
Fuente: Ministerio de Salud - Programa Nacional de Control de Tuberculosis

A nivel municipal, todos los departamentos tienen más de la mitad de sus municipios con algún nivel de incidencia de TBP BAAR(+). Todos los municipios del departamento de Tarija tienen presencia de tuberculosis con diferentes niveles de incidencia (Mapa 3).

La población entre 15 y 34 años es la más afectada por esta enfermedad, lo que evidencia que el contagio de la enfermedad se inicia a edad temprana y afecta principalmente a la población económicamente activa. Además, es una enfermedad que afecta predominantemente a los varones, por cada mujer enferma de TB hay 1,6 hombres enfermos. El predominio del sexo masculino ocurre como consecuencia de un mayor número de factores de riesgo⁴⁵ presentes en este sexo, tales como alcoholismo, tabaquismo y el VIH (Gráfico 65).

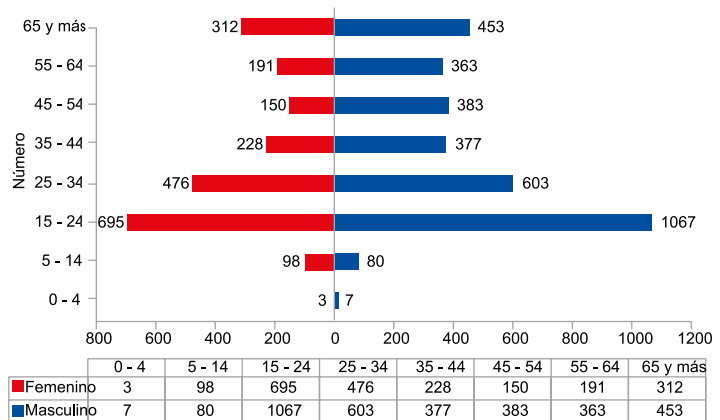
En 2013⁴⁶, 4.576 casos nuevos de Tuberculosis Pulmonar BAAR(+) fueron declarados curados⁴⁷, representando un 84,4% respecto al total de casos notificados advirtiendo que aún existe una brecha para alcanzar la MDM de 95% al año 2015. Sin embargo, en el “Plan Regional de Control de Tuberculosis 2006-2015” de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud OPS/OMS), los países de la región acordaron como meta al año 2015 curar el 85% de casos de tuberculosis pulmonar BAAR(+) del total de casos notificados, lo que significa que se habría cumplió esta meta internacional (Gráfico 66).

Mapa N°3
Estratificación de tasa de incidencia notificada de TBP BAAR(+) según municipios, 2014



Fuente: Ministerio de Salud - Programa Nacional de Control de Tuberculosis

Gráfico 65
Número de casos nuevos de TBP BAAR(+) por grupo de edad y sexo, 2014



Fuente: Ministerio de Salud - Programa Nacional de Control de Tuberculosis

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

46 En razón a que las cohortes de personas con TB en tratamiento se toman de enero a diciembre de cada año y el tratamiento tiene una duración de 6 meses, el número total de pacientes curados se conoce con un año de rezago.

47 La definición de curado indica: Paciente inicialmente BAAR(+) con tratamiento terminado que presenta baciloscopia negativa al 6° mes de tratamiento. De acuerdo al “Plan Regional de control de Tuberculosis 2006 – 2015” de la OPS/OMS, la meta indica notificar más del 70% de los casos nuevos TBP BAAR(+) y curar al 85% de los mismos para el 2015 (Pag. 27).

A nivel departamental, el departamento de Potosí es el que reporta menor porcentaje de curación de casos nuevos TBP BAAR(+) (78,8 %) y el departamento de Tarija presenta el mayor porcentaje de curación de casos nuevos TBP BAAR(+) (91,8 %).

Cuadro 21
Tasa de incidencia notificada de casos nuevos TBP BAAR (+) 2014 y porcentaje de pacientes curados de tuberculosis 2013

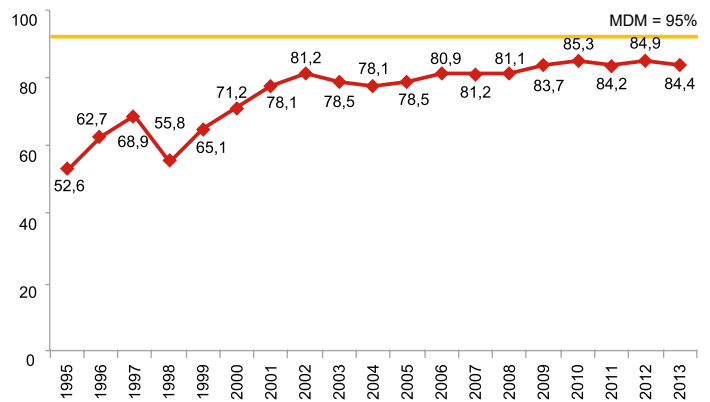
Departamento	Tasa de incidencia (x 100.000 habitantes)	% Pacientes curados de tuberculosis
La Paz	40,8	80,7%
Oruro	20,0	80,7%
Potosí	23,3	78,8%
Cochabamba	43,4	81,6%
Chuquisaca	40,3	85,3%
Tarija	56,7	91,8%
Santa Cruz	83,0	86,5%
Beni	56,9	88,5%
Pando	41,8	85,5%
Bolivia	51,4	84,4%

Fuente: Ministerio de Salud – Programa Nacional de Control de Tuberculosis.

Existe un 2,0% de pacientes con TBP que terminaron el tratamiento pero no obtuvieron el alta correspondiente o condición de curados, debido a que no realizaron los exámenes de baciloscopía de egreso. Asimismo, se registró que el 4,5% de casos nuevos de TBP BAAR(+) abandonaron el tratamiento, por lo que es necesario fortalecer el seguimiento a los pacientes con el fin de ayudar a que concluyan el tratamiento.

En la gestión 2013, 3,7% de los pacientes fallecieron, este valor no ha cambiado en los últimos años, debido principalmente a que los pacientes que ingresan al tratamiento llegan en estados avanzados de la enfermedad y con otras patologías asociadas (silicosis, diabetes, etc.). El Programa Nacional de Tu-

Gráfico 66
Evolución del porcentaje de casos curados de tuberculosis pulmonar BAAR(+) del total notificados, Bolivia 1995-2013



Fuente: Ministerio de Salud - Programa Nacional de Control de Tuberculosis

berculosis se ha planteado reducir este porcentaje a 2.

En 2014, se reportaron 295 casos de Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos (RAFA) de primera línea, debido a la naturaleza de estas complicaciones el manejo de este tipo de pacientes requiere atención adicional por parte del personal de salud y los casos más graves requieren atención especializada, administración de medicamentos de primera línea por más tiempo o el uso de medicamentos de segunda línea en su tratamiento. Respecto a gestiones anteriores, el número de casos RAFA ha ido incrementando. A nivel departamental, el departamento de La Paz presenta el mayor número de casos RAFA respecto al resto de los departamentos, alcanzando una participación de 44,1% (Gráfico 67).

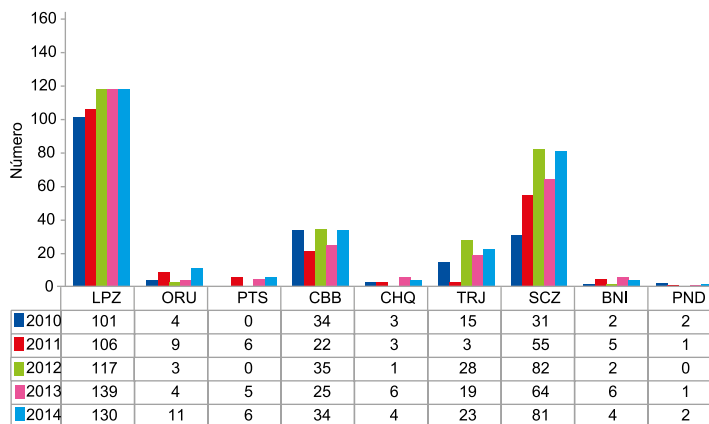
Por otro lado, el año 2014 se diagnosticaron 62 casos de Tuberculosis multidrogoresistente. El tratamiento para este tipo de pacientes es más costoso, requiere un tratamiento estrictamente observado y tiene una duración de 24 meses como mínimo; los factores determinantes para la sobrevivencia de estos pacientes son tanto el diagnóstico como el tratamiento oportunos.

PRINCIPALES ACCIONES

VIH/SIDA

El Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA que tiene como objetivo reducir las ocurrencias de nuevas infecciones, morbilidad y mortalidad de ITS/VIH/SIDA, además de mejorar el acceso a los antirretrovirales y la efectividad de los esquemas suministrados con apoyo del fi-

Gráfico 67
Número de reacciones adversas a fármacos antituberculosos notificadas, Bolivia 2010 - 2014



Fuente: Ministerio de Salud - Programa Nacional de Control de Tuberculosis

nanciamiento del Fondo Mundial (FM)⁴⁸, viene desarrollando acciones en las siguientes áreas:

- ◆ **Prevención y promoción de la salud:** Tiene como finalidad desarrollar y articular estrategias de prevención primaria y secundaria con la finalidad de brindar conocimientos para el cambio de comportamientos en la población. Se han logrado los siguientes progresos:
 - Focalización de las acciones de prevención primaria y secundaria con poblaciones clave (GBT-HSH, TS) y poblaciones vulnerables (jóvenes, adolescentes y mujeres embarazadas).
 - Incremento de la cobertura de prueba de VIH, principalmente en mujeres embarazadas en el marco de

⁴⁸ El Fondo Mundial fue fundado (FM) en 2002 y concebido para acelerar el final de las epidemias de sida, tuberculosis y malaria. El FM es una asociación entre gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las personas afectadas por las enfermedades. Recauda e invierte cerca de US\$4.000 millones al año para financiar programas dirigidos por expertos locales en los países y las comunidades que más lo necesitan. Bolivia, es país "elegible" para acceder por el periodo 2014-2016 al financiamiento que otorga el FM para la lucha contra el VIH, tuberculosis y malaria. La asignación de recursos es de \$us41 millones para las tareas de prevención, diagnóstico y tratamiento de las tres enfermedades.

la Estrategia Nacional de Reducción de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y Eliminación de la Sífilis Congénita.

- Incremento de la cobertura de campañas de información y ferias de comunicación, acompañadas de esfuerzos multisectoriales principalmente del sector educación, que desde el año 2013 ha iniciado la incorporación de temas de VIH y salud sexual/reproductiva en la currícula escolar bajo un enfoque de derechos.

◆ **Atención y Tratamiento:** Se ha llevado a cabo acciones para garantizar la atención y tratamiento con el suministro de medicamentos a personas que viven con VIH/SIDA. Mediante acuerdos de cooperación internacional y nacional se ha fortalecido la atención mediante el desarrollo de protocolos optimizando de esta forma la cobertura y la efectividad del tratamiento, además de avances significativos para la atención de infecciones oportunistas. Se han logrado los siguientes progresos:

- El Comité Farmacoterapéutico Nacional elaboró y actualizó un conjunto de normas y protocolos de atención a personas que viven con VIH/SIDA.
- Incorporación de la estrategia de Tratamiento 2.0 y otras acciones relacionadas a fortalecer la capacidad resolutoria de los laboratorios y centros de atención para el VIH.
- Ampliación de la cobertura de Profilaxis para la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH, a partir de la mejora sostenida de los protocolos de atención e implementación de la vigilancia centinela.

◆ **Eliminación del estigma y la discriminación:** La implementación de la Ley N° 3729, Prevención del VIH SIDA, Protección de los Derechos Humanos y Asistencia Integral Multidisciplinaria para las Personas que viven con el VIH-SIDA (PVVS) de 8 de agosto de 2007 y una

ampliación del trabajo coordinado tanto con las PVVS como con las poblaciones clave. En este marco, se han venido trabajando en las siguientes acciones:

- Elaboración del Anteproyecto de Ley contra toda forma de Violencia y Discriminación, reglamentación e implementación, aunque no estará dirigida exclusivamente a la población clave, constituye un punto de partida muy importante en la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas que viven con VIH-SIDA.
- Elaboración del Índice de Estigma y Discriminación en personas que viven con VIH/SIDA, que ha permitido contar con evidencia para definir las estrategias de intervención.

◆ **Políticas públicas y estrategias de sostenibilidad:** El Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA viene ejecutando acciones dirigidas a lograr una asistencia oportuna de las personas que viven con VIH/SIDA. Asimismo, promueve una alianza intersectorial y gestiona los recursos financieros y humanos necesarios para prevenir y atender integralmente a las personas que viven con esta enfermedad, incluyendo el diagnóstico y los medicamentos.

Malaria

- ◆ Implementación del proyecto “Bolivia Libre de Malaria”, que tiene como objetivo estratégico reducir la morbilidad por malaria en 50% para fines del 2013 y eliminar la malaria por *P. falciparum* para 2015.
- ◆ Implementación del Plan Estratégico de Malaria 2015-2019 con el objetivo de llegar a todas las comunidades dispersas del área endémica y gestionar los recursos necesarios para realizar las acciones de prevención.
- ◆ Tramitación de nuevo proyecto con el Fondo Mundial para contar con el apoyo financiero para la implementación de acciones del Programa Nacional de Malaria.

Chagas

Entre las principales acciones que se han venido realizando por el Programa Nacional Contra el Chagas, se anotan las siguientes:

- ◆ Implementación de la vigilancia y control entomológico del vector transmisor de Chagas de forma participativa, institucional y comunitaria, en viviendas de comunidades y municipios endémicos, de manera continua en tiempo y contigua en espacio geográfico, para mantener

la infestación en bajo riesgo e interrumpir la transmisión de Chagas en intra domicilio.

- ◆ Capacitación a personal de salud en procedimientos de diagnóstico y tratamiento de Chagas de acuerdo a normas establecidas por el Ministerio de Salud a través del Programa.
- ◆ Adquisición de insecticidas, reactivos para diagnóstico, medicamento para tratamiento etiológico y transferencia de recursos económicos a los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) de Chuquisaca, Cochabamba, Tarija, Santa Cruz, Potosí y La Paz, para asegurar la continuidad de actividades técnico operativas del personal de esos departamentos.
- ◆ Reglamentación de la Ley N°3374 de 23 de marzo de 2006, que declara prioridad nacional la prevención y lucha contra el mal de Chagas en todos los departamentos del país.
- ◆ Gestión a nivel municipal para que los municipios endémicos asignen los recursos humanos y económicos necesarios para el fortalecimiento de la evaluación entomológica y el rociado de viviendas.
- ◆ Gestión a nivel interinstitucional con la finalidad de mejorar las viviendas e in-

corporar en la currícula educativa temas relacionados con la prevención de la enfermedad de Chagas.

- ◆ Rotación de insecticidas en áreas endémicas con resistencia comprobada a los piretroides y monitoreo continuo a la efectividad de los insecticidas utilizados para el rociado de viviendas.
- ◆ Certificación a nivel internacional, de los departamentos de La Paz y Potosí como libres de transmisión vectorial en intradomicilio.

Tuberculosis

Las principales acciones realizadas son:

- ◆ Fortalecimiento de las actividades de seguimiento a los pacientes para que terminen su tratamiento en coordinación con organizaciones sociales y niveles subnacionales.
- ◆ Capacitación a ex pacientes como promotores de salud que cooperen en actividades informativas sobre la tuberculosis.
- ◆ Elaboración de un Plan estratégico multisectorial para la Tuberculosis 2016 – 2020.
- ◆ Incorporación de prestaciones de tratamiento de tuberculosis en la población beneficiaria de la Ley N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral.
- ◆ Gestión de recursos para la contratación de más recursos humanos para las actividades de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.







OBJETIVO 7

**GARANTIZAR LA
SOSTENIBILIDAD DEL
MEDIO AMBIENTE**



META 7A

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

Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
1. Porcentaje de la superficie nacional cubierta por bosques	-	(51,4) (2013)*	-	-
2. Superficie nacional ocupada por áreas protegidas** (millones de hectáreas)	16,8 (2001)	17,1 (2012)	17,2	Cumplida
3. Consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (Toneladas de PAO***)	80,3 (2001)	0,0 (2011)	0,0	Cumplida

(*) Mapa de Bosque 2014

(**) 17,066 Ha. corresponde a las áreas protegidas de carácter nacional y 8,2 a áreas protegidas subnacionales (5.61 millones de hectáreas a áreas protegidas departamentales y 2,89 áreas protegidas municipales).

(***) PAO: Potencial de agotamiento de ozono

El séptimo ODM busca garantizar la sostenibilidad del medio ambiente como un aspecto fundamental del desarrollo sostenible.

En Bolivia, la preocupación sobre la problemática ambiental se refleja en la conservación, protección y aprovechamiento de manera sustentable de los recursos naturales y su biodiversidad es deber del Estado y de la población. En consecuencia, se vienen realizando investigaciones que tienen por objeto sistematizar los conocimientos sobre el patrimonio natural y el estado ambiental de Bolivia. El diagnóstico del estado ambiental⁴⁹ del país indica que éste aún es bueno, en relación a países de la región y del mundo; sin embargo, esta situación puede tener una tendencia negativa, dado que el deterioro del

mismo, se orienta a la reducción de la calidad y disponibilidad de los principales recursos naturales (componentes de la Madre Tierra) como el agua, aire, ecosistemas y suelo y las funciones ambientales que estos sustentan, por lo que amerita la implementación de un sistema de conservación y manejo integral y sustentable de los componentes y funciones ambientales de la Madre Tierra.

El presente informe hace seguimiento a dos metas del séptimo Objetivo del Milenio. La meta 7A referida a la integración de los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y la reversión de la pérdida de recursos del medio ambiente. La meta 7C se refiere a la reducción a la mitad para 2015 del porcentaje de personas que en 1990 no tenían acceso sostenible al agua potable y a los servicios básicos de saneamiento.

Porcentaje de la superficie nacional cubierta por bosques

Los bosques constituyen sistemas de vida en los que interactúan varios componentes como la tierra, vegetación, seres

⁴⁹ Línea de Base Actualizada del Estado de Conservación de las Áreas Protegidas a Nivel Nacional de Bolivia.

humanos, animales, agua y aire. Bolivia ocupa el sexto lugar en extensión de bosques tropicales en el mundo y el décimo quinto en cobertura boscosa⁵⁰. Los bosques cumplen múltiples funciones y, por lo mismo, tienen un papel estratégico no solo para el desarrollo económico sostenible y el bienestar de las poblaciones locales sino también para la continua provisión de funciones ambientales y procesos naturales. Estas funciones son importantes tanto en las regiones tropicales y sub – tropicales de Bolivia, donde los bosques son abundantes así como en las regiones del altiplano y valles, donde los bosques son más escasos. De este modo los bosques proporcionan medios de vida para un número diverso de usuarios locales (pueblos indígenas, comunidades agro extractivistas, pequeños productores rurales y usuarios forestales locales).

Según el Mapa de Bosque 2013 de 109,9 millones de hectáreas que representa la superficie total de Bolivia, 51,7 millones son bosques naturales equivalentes a 47,02%, constituyéndose en un gran desafío su conservación y aprovechamiento sostenible, para tal efecto se ha elaborado una cartografía de cobertura de bosque para el año 2013, la cual permitirá trabajar en temas como la deforestación, degradación, reforestación, restauración, forestación y manejo integral y sustentable de nuestros bosques, enmarcados en la Ley Marco de la Madre Tierra.

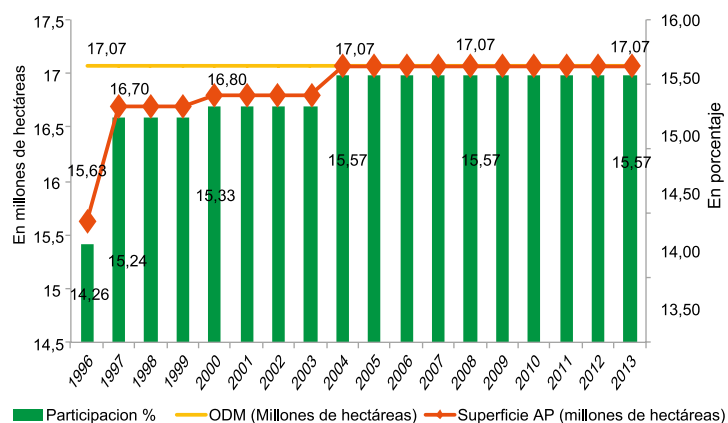
En los últimos años los sistemas de vida de los bosques han sido permanentemente amenazados por la deforestación y degradación. De acuerdo a la ABT en el periodo 1997-2010, la superficie de bosques deforestados ilegalmente asciende a 749.488 hectáreas, estableciendo en los últimos diez años una tasa de deforestación anual de 260 mil hectáreas. Las principales causas de la acelerada deforestación es la explotación de la madera y el cambio de uso del suelo principalmente para usos agropecuarios, realizada con prácticas tradicionales como la rosa y la quema que impactan directamente sobre la biodiversidad, y una acción considerada

como fuente principal de emisiones de Gases de Efecto Invernadero (GEI) esta degradación ocurre en todos los ecosistemas boscosos principalmente en el bosque amazónico, el bosque de neblina, el bosque en transición, el bosque seco chiquitano, el bosque subandino y el Chaco. El 75 % de la deforestación se da en el departamento de Santa Cruz, 10% Pando, 8% Beni, 2.5% Cochabamba, 2,5% en Tarija y 2% La Paz.

Superficie nacional ocupada por áreas protegidas⁵¹

Bolivia cuenta con 22 áreas protegidas de carácter nacional, las cuales se encuentran bajo administración del Servicio Nacional de Áreas Protegidas (SERNAP)⁵²; la superficie de estas áreas alcanza a 17,1 millones de hectáreas (Gráfico 68). Asimismo, cuenta con áreas protegidas de carácter departamental con una superficie de 5,61 millones de hectáreas y municipal de 2,89 millones de hectáreas, que sumadas a las áreas protegidas nacional asciende a 25,5 millones de hectáreas. El Sistema Nacional de Áreas Protegidas (SNAP) en la actualidad cubre el 23% del territorio nacional y agrupa una muestra representativa de la gran diversidad biológica y cultural del país.

Gráfico 68
Evolución de la superficie bajo área protegida. 1996-2013



Fuente: Viceministerio de Medio Ambiente, Biodiversidad, Cambios Climáticos y de Gestión y Desarrollo Forestal, en base a información del Servicio Nacional de Áreas Protegidas (SERNAP)

51 Los datos reportados provienen del Plan Maestro del Sistema Nacional de Áreas Protegidas de Bolivia, 2012.

52 Creado el año 1998 con el objetivo de proveer condiciones para asegurar la administración permanente y participación de las poblaciones locales en la administración de las Áreas Protegidas.

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

La gestión de las áreas protegidas durante los últimos 20 años tanto en el nivel nacional como subnacional, ha permitido desarrollar actividades, obras y proyectos que benefician a los pobladores locales de manera directa y de manera indirecta, es así que, se han desarrollado proyectos de Turismo, aprovechamiento de recursos de la biodiversidad bajo planes de manejo que generan ingresos significativos para los pobladores de las áreas protegidas. En el caso de las áreas protegidas nacionales se tiene a la Reserva Nacional de Fauna Andina Eduardo Avaroa, Parque Nacional y Área Natural de Manejo Integrado MADIDI, Parque Nacional Sajama, Parque Nacional Torotoro, Parque Nacional Carrasco como generadores de recursos económicos por encima de los Bs14 millones al año por el ingreso de Turistas, mismos que son administrados y utilizados en las áreas protegidas que las generan.

El aprovechamiento y el uso de recursos de la biodiversidad en áreas protegidas en el marco de Planes de Manejo, se constituye en otra alternativa de generación de empleo e ingresos, que favorecen directamente a los pobladores de las áreas protegidas nacionales y subnacionales, tal es el caso del incienso, fibra de vicuña y cuero de lagarto.

La diversidad cultural en áreas protegidas de carácter nacional es relevante, se estima que viven alrededor de 200.000 habitantes en más de 800 comunidades predominantemente indígenas y campesinas. En el marco del SNAP se actualizaron instrumentos operativos que contribuyen a la gestión de las áreas protegidas. De las 22 áreas protegidas de importancia nacional, 16 cuentan con programas de monitoreo de conservación y 5 con programas

de monitoreo integrales. Asimismo, de las 22 áreas protegidas nacionales, 14 cuentan con Planes de Manejo actualizados.

Con relación a los Humedales, el año 2013 fue importante debido a la declaración de nuevos sitios Ramsar⁵³ en Bolivia. Se registró ante la Convención a Río Blanco (2,4 millones de Ha), Río Matos (1,7 millones de Ha) y Río Yata (2,8 millones de Ha). Esto permite que el 2013, la superficie de sitios Ramsar se incremente de 7,8 millones de Ha a 14,8 millones de Ha.

El estado actual del SNAP junto a la gestión de los sitios Ramsar, han logrado cumplir, con más de 5 años de anticipación, la meta establecida por el Convenio de Diversidad Biológica a través del Plan Estratégico 2011 – 2020 y las Metas de Aichi.

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

Un avance importante ha sido la participación social en la gestión de las Áreas Protegidas a través del Comité de Gestión⁵⁴.

Consumo de sustancias agotadoras de la capa de ozono

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

A partir del año 2009, el cumplimiento de este Acuerdo es de carácter universal, permitiendo eliminar estas sustancias del planeta, con la perspectiva de solucionar uno de los problemas ambientales de mayor importancia. El año 2012, se ha reportado que el 98% de las Sustancias Agotadoras del Ozono (SAO) más dañinas han desaparecido, quedando un pequeño remanente de sustancias menos dañinas como los hidroclorofluorocarbonos, que también deben ser eliminadas

53 Convención de Ramsar, es un tratado intergubernamental que establece marcos para acciones nacionales y para la cooperación entre países con el objetivo de promover la conservación y el uso racional de las zonas húmedas en el mundo. Estas acciones están fundamentadas en el reconocimiento, por los países signatarios de la Convención, de la importancia ecológica y del valor social, económico, cultural, científico y recreativo de tales áreas.

54 Plan Maestro del Sistema Nacional de Áreas Protegidas de Bolivia, 2012.

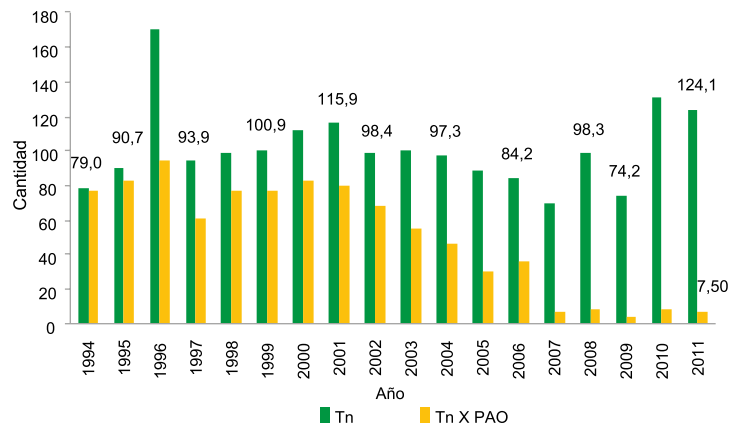
en los próximos años. La comunidad científica señaló que la recuperación de la capa de ozono está en curso, si se mantiene el proceso de eliminación de estas sustancias se recuperará la capa de ozono hasta el año 2050.

En este contexto, el aporte del Estado Plurinacional de Bolivia en la reducción de las sustancias que agotan la capa de ozono ha sido importante, siendo coherente con el compromiso que tiene el país de cuidar a la Madre Tierra y vivir en armonía con la naturaleza para Vivir Bien.

La eliminación de SAO en el país, se evidencia con dos indicadores: 1) Toneladas métricas (Tn) de los niveles de SAO que fueron importadas y 2) Indicador ponderado Toneladas métricas por Potencial de Agotamiento del Ozono (Tn X PAO) (Gráfico 69) que muestra el nivel de emisión que podrían generar las SAO bajo el supuesto de que fueran completamente liberadas (Potencial de emisión que dañaría la capa de ozono). Entre los años 1994 al 2001 se han ido desarrollando acciones de eliminación de las SAO.

Hasta el 2001, el consumo de SAO presenta un crecimiento permanente con un posterior descenso; este comportamiento se debió a las actividades implementadas de control de importaciones de las SAO en todo el territorio nacional y al inicio desde el año 1999 del congelamiento de los clorofluorocarbonos (CFC). El congelamiento puede ser entendido como el nivel calculado (línea base) del promedio de las importaciones de los años 1995 a 1997, que para el caso del Estado Plurinacional de Bolivia ha sido de 75,67 Tn⁵⁵.

Gráfico 69
Consumo de sustancias agotadoras del ozono en Bolivia 1994-2011



Fuente: Viceministerio de Medio Ambiente, Biodiversidad, Cambios Climáticos y de Gestión y Desarrollo Forestal, en base a información de la Comisión Gubernamental del Ozono.

A pesar de que la mayoría de las sustancias que agotan la capa de ozono han sido ya eliminadas, queda un remanente de sustancias, denominadas hidroclorofluorocarbonos (HCFC's), a ser reemplazadas por opciones ambientalmente benéficas, que tengan potenciales de agotamiento de ozono igual a cero y bajos potenciales de calentamiento del planeta. Los HCFC's son sustancias utilizadas en los sectores de refrigeración (aire acondicionado de edificios, sistemas de refrigeración, cámaras frías, transporte refrigerado y otras aplicaciones de frío) y de espumas (aislamiento térmico y acústico). En ambos sectores, es importante introducir buenas prácticas para la gestión ambiental de las sustancias químicas utilizadas.

Los niveles de Tn X PAO muestran que los HCFC's no son tan dañinos para la capa de ozono, sin embargo, tienen grandes potenciales de calentamiento del planeta, por ello es de gran importancia que el proceso de eliminación que se lleve adelante no solo busque alternativas para no destruir la capa de ozono sino también se busquen alternativas amigables al clima.

⁵⁵ Según Reglamento de Gestión Ambiental de Sustancias Agotadoras del Ozono. Decreto Supremo N° 27562





7C
META

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

Indicadores	Línea de base	Dato Actual	MDM 2015	Brecha 2015
1. Porcentaje de la población con acceso a agua potable.	57,5 (1992)	83,9 (2014p)	78,5	Cumplida
2. Porcentaje de la población con acceso a servicios de saneamiento básico.	28,0 (1992)	56,1 (2014p)	64,0	7,9

p: Preliminar

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, la falta de agua potable y saneamiento básico tiene impactos adversos en los procesos de desarrollo. Más allá de su relevancia en sí mismos, el acceso al agua y saneamiento está estrechamente relacionado con otros ámbitos del bienestar como la salud de las personas. Estos servicios reducen las causas de morbi-mortalidad en los niños, disminuyendo hasta en un 80% la prevalencia de enfermedades de origen hídrico y muertes relacionadas.

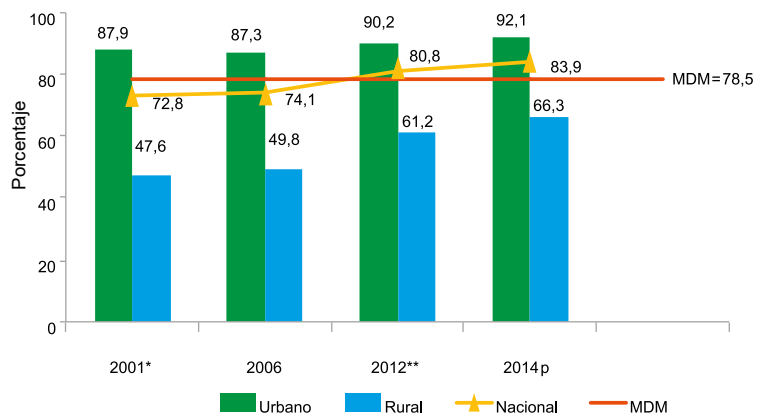
En Bolivia, la Constitución Política del Estado establece el acceso universal al agua potable y al saneamiento como derechos fundamentales de todas las personas. En este sentido, es obligación del Estado garantizar el pleno acceso del pueblo boliviano a estos servicios en condiciones equitativas y en equilibrio y armonía con la Madre Tierra.

En los últimos años Bolivia ha presentado avances importantes en la dotación de servicios de agua a toda la población boliviana, en especial, a la que vive en el área rural. Respecto al acceso a saneamiento básico, si bien se registran progresos, los avances han sido más lentos y concentrados en áreas urbanas y periurbanas; los desafíos persisten en las zonas rurales.

Porcentaje de la población con acceso a agua potable

La meta para este indicador ha sido cumplida antes del plazo establecido, toda vez que el año 2012 el 80,8% de la población ya contaba con acceso a agua potable, y para el año 2014 datos preliminares dan cuenta que esta cobertura se incrementó al 83,9% (Gráfico 70). Este importante avance se debe a la implementación del Programa MI AGUA Fases I, II y III, con la conclusión de 1.200 proyectos de agua potable en 270 municipios del país.

Gráfico 70
Población con acceso a agua potable 2001-2014



Fuente: Viceministerio de Agua Potable y Saneamiento Básico
p Dato Preliminar

(*) Cifras ajustadas con datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, INE. Calculado en base a población de viviendas particulares con personas presentes.

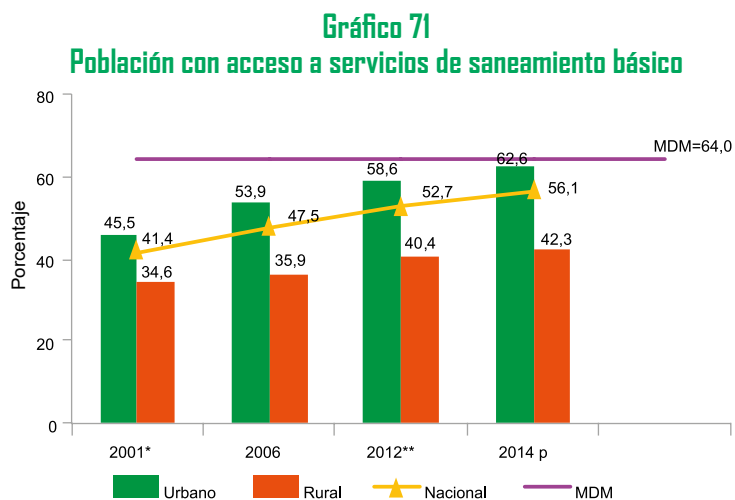
(**) Estimado por el Viceministerio de Agua Potable y Saneamiento Básico, en base al reporte de nuevas conexiones y población beneficiada de los proyectos ejecutados por el MMAyA, FPS y EPSAS y población proyectada por el INE.

En 2014, en el área urbana, 9 de cada 10 personas tienen acceso a agua potable, mientras que en el área rural 6 de cada 10 personas acceden a este servicio. La brecha entre área urbana y rural se ha ido cerrando en los últimos trece años, de 40,3 a 25,8 puntos porcentuales entre 2001 y 2014 siendo los avances más acelerados en el área rural.

Porcentaje de la población con acceso a servicios de saneamiento básico

En cuanto a la cobertura de acceso a servicios de saneamiento básico, el año 2014 el 56,1% de la población boliviana contaba con acceso a estos servicios, registrándose aún una brecha de 7,9 puntos porcentuales respecto a la meta del milenio (Gráfico 71).

En el área urbana, 6 de cada 10 personas tienen acceso a servicios de saneamiento básico, mientras que en el área rural 4 de cada 10 personas tiene acceso a este servicio. La brecha entre áreas urbanas y rurales es de 20,3 puntos porcentuales en 2014.



Fuente: Viceministerio de Agua Potable y Saneamiento Básico

p Dato Preliminar

(*) Cifras ajustadas con datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, INE. Calculado en base a población de viviendas particulares con personas presentes.

(**) Estimado por el Viceministerio de Agua Potable y Saneamiento Básico, en base al reporte de nuevas conexiones y población beneficiada de los proyectos ejecutados por el MMAyA, FPS y EPSAS y población proyectada por el INE.

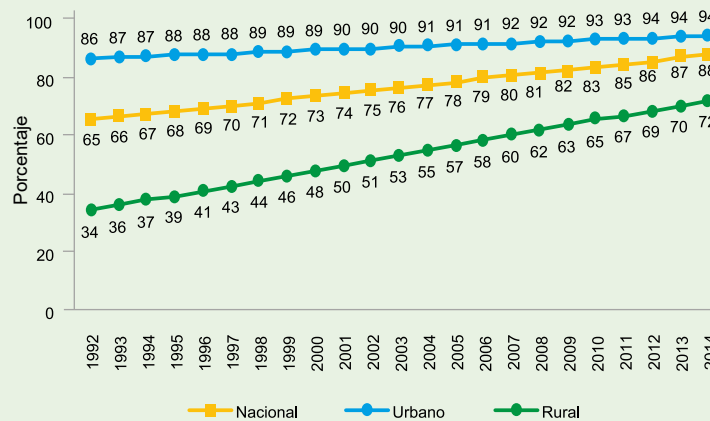
Recuadro 12 Cobertura de fuentes mejoradas de agua

En el marco de la Declaración del Milenio se propuso que el porcentaje de la población que utiliza una fuente mejorada de agua sería el indicador aproximado para medir el progreso del acceso al agua potable de la Meta 7C. Este indicador se construye desde la perspectiva de los hogares y considera el uso real de los servicios, más allá de que las infraestructuras estén disponibles.

El Séptimo Informe de Progreso de los ODM introdujo una primera estimación de este indicador y presentó los criterios técnicos de clasificación de las fuentes de agua consideradas “mejoradas” establecidos en coordinación con el Viceministerio de Agua y Saneamiento Básico. El presente informe, además de presentar una actualización de la estimación del indicador tomando en cuenta nuevas fuentes de información como el Censo 2012 y las Encuestas de Hogares 2012 y 2013, muestra la desagregación de la cobertura según categoría de fuente de agua, lo que permite identificar aquellas con mayor avance y en las que existe rezago.

Los resultados muestran que para el año 2014 el 88% de la población utiliza una fuente mejorada de agua para beber y cocinar, lo que corresponde a 9,5 puntos por encima de la meta del milenio de 78,5%. A pesar de que aún existen brechas entre el área urbana y rural, la distancia ha disminuido notoriamente: mientras que en el área rural se ha duplicado la cobertura de fuentes mejoradas de agua entre 1992 y 2014, en el área urbana ésta se incrementó en 8% en el mismo período.

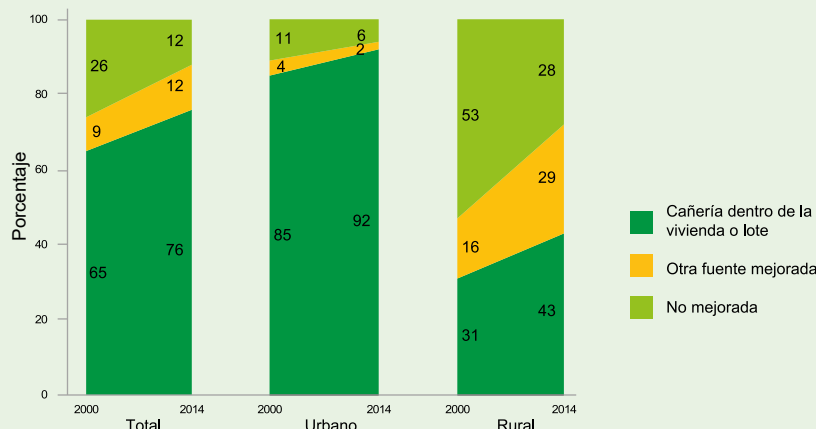
Porcentaje de la población que utiliza una fuente mejorada de agua



Fuente: Estimaciones de UDAPE, en base a información de Censos y Encuestas a Hogares.

Al desagregar la cobertura por categorías de fuente de agua, la estimación para el año 2014 muestra que el 76% de la población boliviana tiene acceso a agua por cañería dentro de la vivienda o del lote, siendo esta cobertura significativamente menor en el área rural (43%) que en el área urbana (92%). Los datos indican, sin embargo, que en el área rural el incremento en cobertura total se debe principalmente al progreso en el acceso a otras fuentes de agua mejorada que incluyen agua de pileta pública, de pozo perforado o protegido y de vertiente protegida.

Progreso en la cobertura de fuentes de agua mejorada por categoría, según área



Fuente: Estimaciones de UDAPE, en base a información de Censos y Encuestas a Hogares.

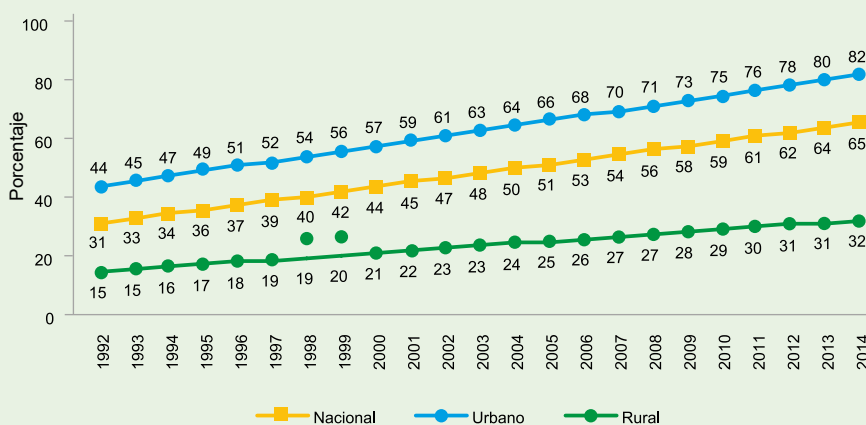
Recuadro 13 Cobertura de instalaciones mejoradas de saneamiento

Para la medición de la cobertura de saneamiento con fines del seguimiento de la Meta 7C de los ODM se propone la utilización del indicador de **porcentaje de la población que utiliza una instalación mejorada de saneamiento**. Al igual que en el caso de agua, el Séptimo Informe de Progreso introdujo la definición y los criterios técnicos de las fuentes de saneamiento consideradas “mejoradas”, las mismas que se diferencian entre áreas urbanas y rurales y que fueron definidas en coordinación con el Viceministerio de Agua y Saneamiento Básico.

El presente informe presenta, además de la estimación actualizada de este indicador hasta el año 2014, una desagregación de la cobertura según tecnología de saneamiento, identificando la práctica de la defecación al aire libre y el acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento que son aquellas que garantizan la separación de forma higiénica de las excretas del contacto humano (sistemas con arrastre de agua al alcantarillado, a una cámara séptica, letrina con loza y baños ecológicos).

Las estimaciones muestran que al año 2014, el 65% de la población boliviana utiliza una fuente mejorada de saneamiento, porcentaje que se encuentra 1 punto porcentual (pp) por encima de la meta del milenio de 64%. Sin embargo, persisten grandes desigualdades según área de residencia, las mismas que se han acentuado en los últimos veinte años. La brecha entre el área urbana y el área rural ha aumentado de 29pp en 1992 a 50pp en 2014.

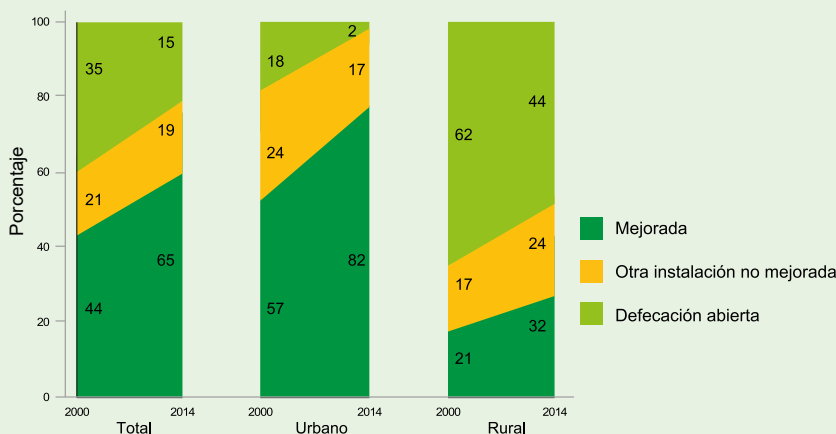
Porcentaje de la población que utiliza una instalación mejorada de saneamiento



Fuente: Estimaciones de UDAPE, en base a información de Censos y Encuestas a Hogares.

La desagregación de la cobertura muestra que la defecación al aire libre, si bien ha disminuido de 62% a 44% en el área rural, aún es una práctica muy frecuente en este ámbito. Asimismo, los resultados muestran que el uso de las instalaciones mejoradas de saneamiento ha aumentado a mayor velocidad en el área urbana que en la rural.

Progreso en la cobertura de saneamiento mejorado por categoría, según área



Fuente: Estimaciones de UDAPE, en base a información de Censos y Encuestas a Hogares.

PRINCIPALES ACCIONES

Bolivia promulgó la Ley N° 1584 de 3 de agosto de 1994, Ley N° 1933 de 21 de diciembre de 1998 y Ley N° 352 de 19 de marzo de 2013, las cuales permitieron encarar responsablemente y con amplia participación, acciones dirigidas a la eliminación gradual de las SAO, promovidas por la Comisión Gubernamental del Ozono (CGO) como Unidad Técnica Nacional dependiente del Viceministerio de Medio Ambiente, Biodiversidad, Cambio Climático y de Gestión y Desarrollo Forestal del Ministerio de Medio Ambiente y Agua.

Se ha establecido una línea base de congelamiento de los HCFC's en base al promedio de consumo de los años 2009-2010, determinando para los años 2013 y 2014 la cantidad anual de importación de 102,23 toneladas. Además, para el año 2015 se redujo en un 10% de la línea de base para proceder a la reducción paulatina de los montos establecidos hasta el año 2040.

Asimismo, se establecieron cuotas de importación de Sustancias Agotadoras de Ozono (SAO) a las empresas importadoras de acuerdo a una clasificación de destino de las sustancias.

Cuadro 22
Cuotas de importación de SAO por tipo de uso y años
(En toneladas)

Distribución por USO	DISTRIBUCIÓN	2013 - 2014	2015 - 2019	2020 - 2024	2025 - 2029	2030 - 2039	2040
COMERCIAL	70%	71,56	64,41	46,52	23,25	1,79	0
CONSUMO	20%	20,45	18,40	13,29	6,64	0,51	0
RESGUARDO	10%	10,22	9,20	6,645	3,32	0,25	0
TOTAL	100%	102,23	92,01	66,45	33,22	2,56	0
COMPROMISO PROTOCOLO		102,23	92,01	66,45	33,22	2,56	0

Fuente. Viceministerio de Medio Ambiente, Biodiversidad, Cambios Climáticos y de Gestión y Desarrollo Forestal – Ministerio de Medio Ambiente y Agua.

En cuanto a los servicios de agua potable y saneamiento, las estrategias implementadas en los últimos años en el país para el incremento de estos servicios han sido los siguientes:

i. **El Plan Sectorial de Desarrollo de Saneamiento Básico (PSD-SB), versiones 2000-2010 y 2011-2015**

Estableció los lineamientos generales para el desarrollo del sector agua y saneamiento, la política financiera, el fortalecimiento institucional, asistencia técnica, desarrollo comunitario, regulación de los servicios y las metas trazadas a nivel país.

El PSD-SB se asienta en tres pilares fundamentales:

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

ii. Implementación de programas

Se implementaron múltiples programas para la ejecución de proyectos enfocados a diferentes regiones del país, priorizando en los últimos años las áreas periurbanas y las áreas rurales.

Los programas más importantes en el ámbito nacional fueron:

- ◆ Programa de Apoyo Sectorial en el Abastecimiento de Agua y Saneamiento (PASAAS). Este programa tiene el objetivo de apoyar la política sectorial en agua y saneamiento, resolviendo el problema de falta de sostenibilidad de las inversiones en el sector y canalizando recursos de inversión para mejorar las infraestructuras de agua y saneamiento.
- ◆ Programa Agua Potable y Saneamiento para Pequeñas Comunidades - Fases I y II (APPC I y APPC II). El objetivo de este programa es incrementar la cobertura de servicios de agua y saneamiento mejorando la calidad y sostenibilidad de los mismos en poblaciones de hasta 10.000 habitantes.
- ◆ Programa Multidonante Agua Saneamiento e Higiene (MULTIDONANTE). Este programa tiene por objetivo incrementar el acceso a agua y a servicios de saneamiento de comunidades menores a 2.000 habitantes, a través de la construcción de infraestructura y el desarrollo de capacidades institucionales y normativas de carácter comunitario, municipal y departamental, incidiendo en el mejoramiento de las condiciones de salud y disminuyendo la mortalidad infantil.
- ◆ Proyectos financiados por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA). Tuvieron el objetivo del mejoramiento de los servicios de agua potable en la Zona Sudeste de Cochabamba y en la ciudad de Potosí.
- ◆ Programa de Agua y Alcantarillado en Ciudades Pequeñas e Intermedias (MANCHACO). El objetivo fue mejorar y ampliar los sistemas de abastecimiento de agua potable y alcantarillado sanitario a través de la rehabilitación y expansión de los servicios existentes, a cargo de una Mancomunidad regional que comprende municipios de El Chaco Boliviano en Chuquisaca, Santa Cruz y Tarija.
- ◆ Programa de Agua y Saneamiento para Áreas Periurbanas - Apoyo Presupuestario Sectorial (PASAP). Este programa coadyuva en el apoyo Presupuestario Sectorial para áreas periurbanas y Asistencia Técnica al sector, para coadyuvar al logro de los resultados del PSD-SB.
- ◆ Programa de Agua, Saneamiento y Drenaje (PASD). Este programa coadyuva en la ejecución del Proyecto Múltiple Misicuni, la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales Distrito 7 El Alto, y Drenaje Urbano Santa Cruz.
- ◆ Proyecto Desarrollo Sostenible del Lago Titicaca (PDSLTL). Este programa contribuye al desarrollo local sostenible en la parte boliviana del lago Titicaca. Esto incluirá: (i) facilitación de actividades locales que apoyan el desarrollo del turismo y la protección cultural en las comunidades aymaras que rodean el Lago y (ii) mejora de los servicios básicos de agua y saneamiento.
- ◆ Programa de Agua y Alcantarillado Periurbano, Fases I y II (PAAP I y PAAP II). El objetivo de este programa es mejorar la salud de la población de las áreas periurbanas de las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba, Santa Cruz y otras ciudades, incrementando el acceso a servicios sostenibles de agua potable y alcantarillado sanitario.
- ◆ Programa Agua Potable y Saneamiento para Pequeñas Localidades y Comunidades Rurales de Bolivia (APCR). El objetivo del Programa es: (i) incrementar el acceso al agua potable y saneamiento en comunidades rurales de menos de 2.000 habitantes; ii) incrementar y mejorar el acceso al agua potable y saneamiento en pequeñas localidades de entre 2.000 y 10.000 habitantes; y (iii) promover la creación y el fortalecimiento de los prestadores de servicios en comunidades y localidades comprendidas en el Programa.
- ◆ Programa Agua Potable y Riego para Bolivia-Componente Agua para la Gente (PROAR). El objetivo general del Programa es contribuir a mejorar la salud en poblaciones rurales. El objetivo del componente Agua para la Gente es incrementar y mejorar las coberturas de agua potable y saneamiento.

- ◆ Programa de Suministro de Agua y Saneamiento en Pequeñas Comunidades (SASPC). Incrementar el acceso a servicios sostenibles de agua potable y alcantarillado en los departamentos Santa Cruz, La Paz, Cochabamba, Tarija, Beni y Potosí, a través de la mejora de las condiciones de salud en comunidades rurales menores a 10.000 habitantes.
- ◆ Programa Más Inversión para el Agua, Fases I, II y III (MIAGUA I, MIAGUA II, MIAGUA III). Es un programa de inversión que permite la ejecución de proyectos para dotar de agua potable a la población y la provisión de sistemas de riego y microriego para la siembra de alimentos, incrementando el acceso a servicios en todos los municipios del país y generando empleo en las áreas de intervención.

Recuadro 14

La importancia del riego en el cumplimiento de la Meta 1C "Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre".

La política subsectorial de riego fue plasmada en el Plan Nacional de Desarrollo de Riego 2007-2011; y posteriormente en el Plan del Sector Desarrollo Agropecuario ("Revolución Rural y Agraria": Plan Plurianual 2011-2015).

La inversión nacional en proyectos de riego en los últimos 10 años ha tenido un crecimiento acelerado incrementando cada año los recursos destinados al mejoramiento de los sistemas existentes como a la construcción de nuevos. La inversión pasó de Bs85 millones en 2000 a Bs764 millones en 2014 con recursos provenientes del nivel central y gobiernos autónomos departamentales y municipales.

Inversión Pública Nacional en Riego 2000-2014 (en millones de Bs)



Fuente: Viceministerio de Recursos Hídricos y Riego en base a información del VIPFE.

p: Preliminar

Las inversiones realizadas, incorporan nuevas hectáreas bajo riego que repercuten en un incremento en la producción, mejorando los ingresos económicos en las familias de agricultores en el país. En el período 2000-2005 se registró un incremento de 19.765 miles de hectáreas con riego, mientras que en el período 2006-2014 la superficie bajo riego incrementó en 120.136 miles de hectáreas incorporadas al aparato productivo agropecuario nacional con riego.

En esta superficie se habría generado condiciones mínimas en cuanto al abastecimiento de agua para riego para productos agrícolas como acción concreta para la seguridad alimentaria, además de incrementar los recursos e ingresos económicos anualmente en las familias beneficiadas.

Entre las principales acciones está el programa "MI RIEGO" que tiene el objetivo de garantizar la seguridad y soberanía alimentaria en el país a través de inversiones en infraestructura de riego de impacto regional. El programa promueve el uso eficiente del agua, así como la cosecha de agua para prevenir los efectos del cambio climático en el área rural y llega a todos los municipios del país donde existe la necesidad de garantizar las cosechas de los alimentos.

Fuente: Viceministerio de Recursos Hídricos y Riego.





OBJETIVO 8

**FOMENTAR UNA ALIANZA
MUNDIAL PARA EL
DESARROLLO**





Abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo

Indicadores	Dato actual	MDM 2015	Brecha
Asistencia Oficial para el Desarrollo como porcentaje del Producto Interno Bruto de los países donantes.	0,29 (2014)	0,70	-0,41
Servicio total de la deuda externa como porcentaje de las exportaciones.	2,7 (2014)	--	--

En estos últimos quince años, el camino recorrido para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio ha sido muy importante no sólo por los resultados, sino también por los efectos que perdurarán más allá del 2015, entre los principales:

- ◆ Se ha generado una conciencia mundial sobre la necesidad de erradicar la pobreza extrema en el mundo, debido a que esta situación atenta contra la vida misma de millones de hombres, mujeres, niñas y niños y viola los derechos humanos más fundamentales.
- ◆ Cualquier esfuerzo desplegado por los países menos desarrollados y en vías de desarrollo para erradicar la pobreza no es suficiente, ya que demanda el involucramiento de los países desarrollados, los cuales inciden de manera directa en la regulación del sistema financiero internacional (precios, comercio, flujos de capitales y migración, entre otros), cuyas reglas pueden promover o frenar el desarrollo de los países que se insertaron de manera tardía al mundo globalizado.

El compromiso asumido por líderes mundiales el año 2000, no debe terminar en la gestión 2015, ya que es prioritario consolidar la Alianza Mundial para el Desarrollo, debido a

que la contribución de los países desarrollados es y será decisiva para superar la situación primario exportadora y para erradicar la pobreza y la desigualdad en el mundo.

En estos quince años, los Países Desarrollados han canalizado recursos hacia los países menos desarrollados y en vías de desarrollo (Ayuda Oficial al Desarrollo - AOD) y han implementado programas de Alivio de Deuda en beneficio de los Países Pobres y Altamente Endeudados, a fin de lograr indicadores de endeudamiento sostenibles.

Pese a los avances logrados, quedan muchos temas pendientes, tales como la transferencia de tecnologías productivas y establecer normas internacionales más justas en cuanto al comercio y al flujo de capitales. Por ello, evaluando los logros alcanzados en el Objetivo 8, se concluye que es indispensable que en los Objetivos de Desarrollo Sostenibles, se incluya el Fortalecimiento de la Alianza Mundial para el Desarrollo, que además de contribuir con AOD, condonaciones de deuda y transferencias de tecnología se trabaje en una agenda conjunta que promueva un sistema comercial multilateral abierto, no discriminatorio y equitativo, ya que las reglas vigentes son una traba para el desarrollo agrícola e industrial de los países que no lograron superar su condición primario exportadora.

Asistencia Oficial para el Desarrollo como porcentaje del Producto Nacional Bruto de los países donantes

La Ayuda Oficial para el Desarrollo de los países donantes de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), correspondiente a la gestión 2014 se incrementó en

150% respecto al año 2000, de US\$54.021 millones a \$us135.164 millones. Este incremento, en términos porcentuales, fue insuficiente respecto al porcentaje que ellos mismos se fijaron, destinar el equivalente al 0,7% de su Producto Nacional Bruto (PNB)⁵⁶ como Ayuda Oficial al Desarrollo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Entre el 2000 y el 2005 la AOD se incrementó de 0,22% a 0,31% del PNB de los países desarrollados, posteriormente este porcentaje prácticamente se estancó, registrándose en algunos años incrementos leves y otros años, reducciones debido a crisis internacionales que afectaron a algunos países donantes. De esta manera, el 2014 la AOD representó el 0,29% del PNB de los países miembros de la OCDE, porcentaje que se encuentra muy por debajo de la meta fijada, lo que implica que el compromiso no fue cumplido, a excepción de cinco países: Suecia (1,1), Luxemburgo (1,07%), Noruega (0,99%), Dinamarca (0,85%) y Reino Unido (0,71%), los cuales, desde el 2000, excepto este último, mantuvieron la AOD por encima del 0,7% de su PNB (Gráfico 72).

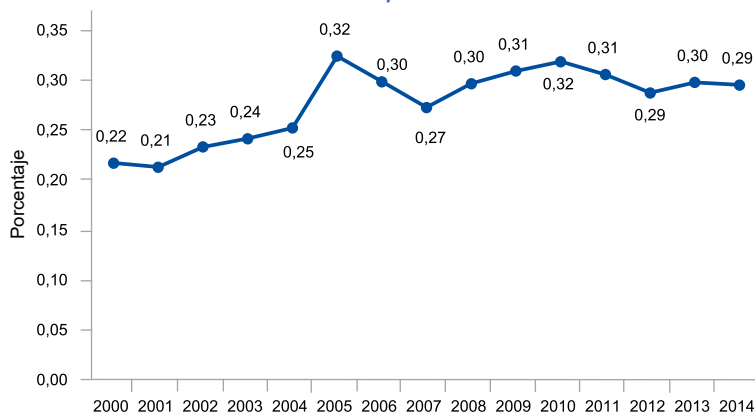
Los países europeos, considerando que la AOD se encontraba alejada del 0,7% de su PNB, se fijaron metas intermedias menores, entre ellas el 0,51% de su Ingreso Nacional Bruto⁵⁷; sin embargo, al año 2015 estas metas tampoco fueron alcanzadas por los países desarrollados, a excepción de los cinco países citados precedentemente, a los que se suman los Países Bajos (0,64%), los cuales superaron la meta de 0,51%.

La Ayuda Oficial al Desarrollo después del 2015 debe continuar, más aún si el objetivo final es erradicar la pobreza extrema en los países menos desarrollados y en los que se encuentran en vías de desarrollo.

56 El compromiso asumido por los países desarrollados es destinar el 0,7% de su Ingreso Nacional Bruto como AOD; sin embargo, la información disponible de las Naciones Unidas para el seguimiento se refiere a la AOD como porcentaje del PNB.

57 Comisión de las Comunidades Europeas, Bruselas, 7.10.2005, COM (2005) 133 final, Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo.

Gráfico 72
Evolución de la AOD neta como porcentaje del PNB de los países de la OCDE, 2000-2014



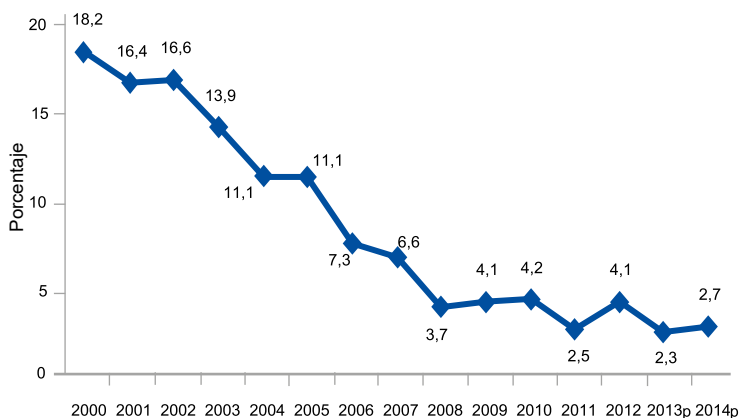
Fuente: UDAPE con datos de las Naciones Unidas

Servicio de la deuda externa pública como porcentaje de las exportaciones

A diciembre de 2014, el indicador del Servicio de la Deuda Externa sobre las Exportaciones fue de 2,7%, registrando un leve incremento de 0,4 puntos porcentuales respecto al 2013 y muy por debajo de los valores referenciales establecidos en la Iniciativa HIPC (15%-20%) y en el marco de sostenibilidad de la deuda de las instituciones de Bretton Woods (20%).

A pesar de la crisis internacional y las fluctuaciones en los precios de las materias primas, se registró un incremento sustancial de los ingresos por exportaciones, a partir de 2006, explicado por el crecimiento económico sostenido, la nacionalización de los hidrocarburos y minerales, la estabilidad macroeconómica y los mayores volúmenes exportados.

Gráfico 73
Evolución del Servicio de la Deuda Externa (SDE) como porcentaje de las exportaciones, 2000-2014



Fuente: UDAPE en base a datos del Banco Central de Bolivia (BCB) a diciembre de 2014. Se ajustaron los datos preliminares de pasadas gestiones en función a información actualizada del BCB.
p: Preliminar







En colaboración con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

Indicadores	Dato actual
Porcentaje de hogares que acceden a telefonía móvil	89,5 (2014p)
Porcentaje de la población de 5 años o más que dispone de celular para su uso personal	64,6 (2014p)
Porcentaje de hogares con línea de teléfono fija	17,0 (2014p)
Porcentaje de hogares con acceso a Internet en su vivienda	14,3 (2014p)
Porcentaje de población mayores de 5 años que usan Internet	34,5 (2014p)

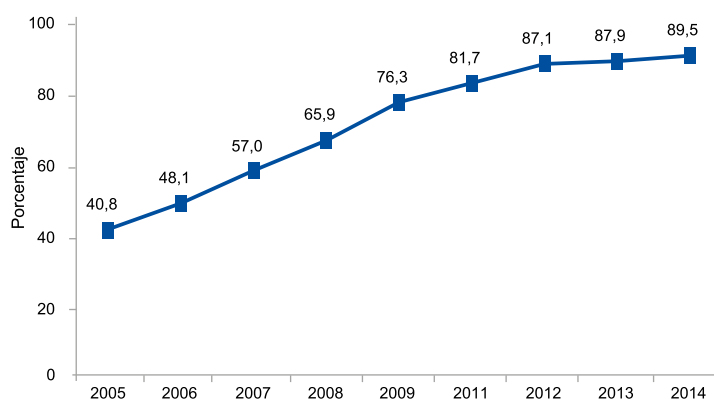
p: Preliminar

Porcentaje de hogares que acceden a telefonía móvil

En el periodo 2005 al 2014, el acceso a telefonía móvil se ha incrementado de manera sostenida; el 2014, según información proveniente de la Encuesta de Hogares, alrededor del 90% de los hogares bolivianos disponía al menos de un celular. En el periodo analizado, la disponibilidad de celular por familia creció a una tasa de 110%.

El 2014, según información de la Autoridad de Regulación y Fiscalización de Telecomunicaciones y Transportes (ATT), las líneas móviles activas en la modalidad prepago representaron el 90% y las de la modalidad post pago el 10%. La población prefiere acceder a líneas prepago, debido a que los chips se pueden adquirir en diferentes puntos de venta, sin requisito alguno, a diferencia de la modalidad post pago que implica el cumplimiento de diferentes requisitos. Sin embargo, la modalidad post pago se está incrementando; así, el 2005 representaba el

Gráfico 74
Porcentaje de hogares que acceden a telefonía móvil, 2005-2014



Fuente: UDAPE con datos de las Encuestas de Hogares (INE)

5% del total de las líneas móviles activas y el 2014, este porcentaje se duplicó, situación que se explicaría por las ofertas de las operadoras de equipos de última generación y planes post pago, que incluyen llamadas y acceso a internet.

Porcentaje de la población de 5 años o más que dispone de celular para uso personal

El 2014, el 64,6% de las personas mayores de 5 años disponían de celular para uso personal, este dato representa un incremento de 3,3 puntos porcentuales respecto al reportado el año 2012 (61,3%). La brecha entre el área rural y el área urbana se ha mantenido alrededor de 28 puntos porcentuales en el 2014, el 73,7% de la población urbana contaba con un celular para su uso personal y en el área rural sólo el 45,4% (Gráfico 75).

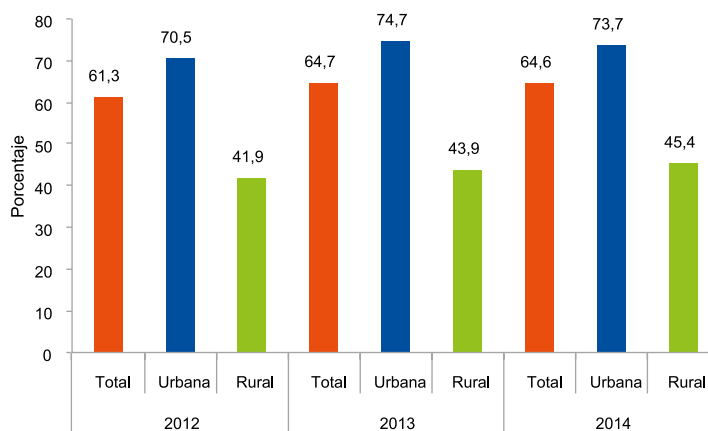
Porcentaje de hogares con línea de teléfono fija

La telefonía celular está reemplazando a la telefonía fija, entre los años 2007 y 2013, el porcentaje de hogares con línea fija en promedio fue de 21%, sin embargo, el 2014 sólo el 17% de los hogares bolivianos disponían de un teléfono fijo, lo que implicó una reducción de cinco puntos porcentuales respecto al 2013 (22%). El servicio de telefonía fija en los últimos años no ha ampliado su cobertura, debido al mayor costo del cableado subterráneo pero también porque la población en general prefiere la telefonía móvil, a fin de poder comunicarse no sólo cuando se encuentren en su domicilio, sino en cualquier momento y lugar (Gráfico 76).

Porcentaje de hogares que acceden a Internet en su vivienda

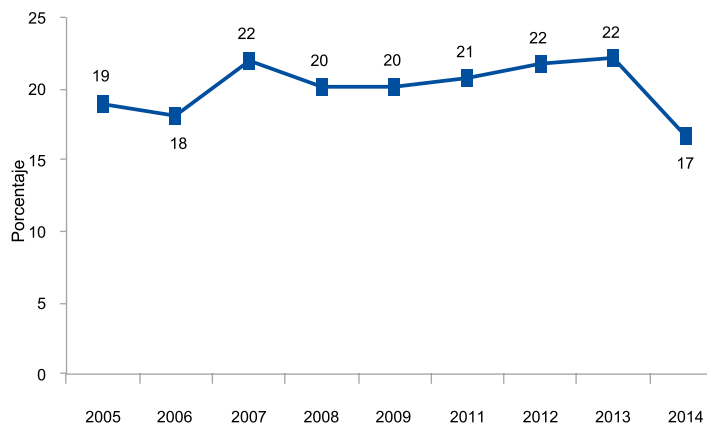
Entre los años 2007 y 2014, se ha incrementado de manera sostenida el porcentaje de hogares que cuentan con servicio de internet dentro la vivienda, de 3,3% el 2007 a 14,3% el 2014. Pese a que la tasa de crecimiento en los últimos siete años ha sido de 328%, aún el 85,7% de hogares bolivianos no cuenta con conexión a internet en su domicilio (Gráfico 77).

Gráfico 75
Porcentaje de población de 5 años y más que dispone de teléfono celular para su uso personal según zona de residencia



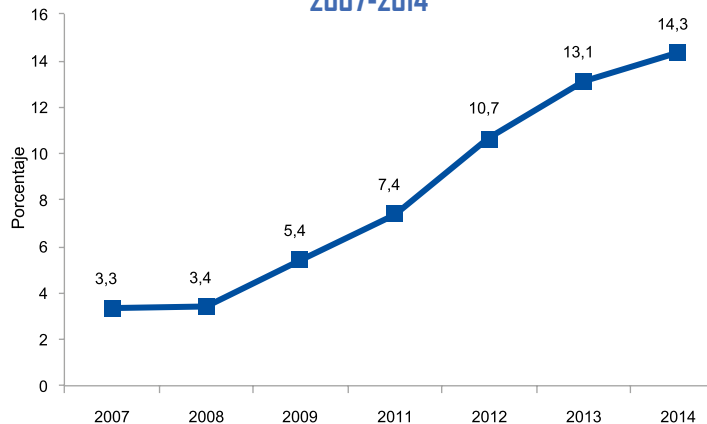
Fuente: UDAPE con datos de la Encuesta de Hogares 2012 (INE)

Gráfico 76
Porcentaje de hogares que acceden a telefonía fija, 2005-2014



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

Gráfico 77
Porcentaje de hogares que acceden a internet en su vivienda 2007-2014



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

Recuadro 15 Líneas móviles según modalidad de pago

Según información de la Autoridad de Regulación y Fiscalización de Telecomunicaciones y Transportes (ATT), en el año 2014 prevalece la modalidad pre pago (90% del total) respecto a la post pago y el número de líneas móviles se ha incrementado de manera sostenida. Así, el 2006 se registraban 1,9 millones de celulares en servicio, en tanto que el 2014 estos alcanzaron a 9,3 millones. La penetración global (cantidad de abonados en relación a la población) alcanzó a 104%, porcentaje similar al estimado en los países de América y Europa para finales del 2014 (mayor al 100%).

Líneas móviles activas según modalidad de pago en Bolivia, 2006-2014



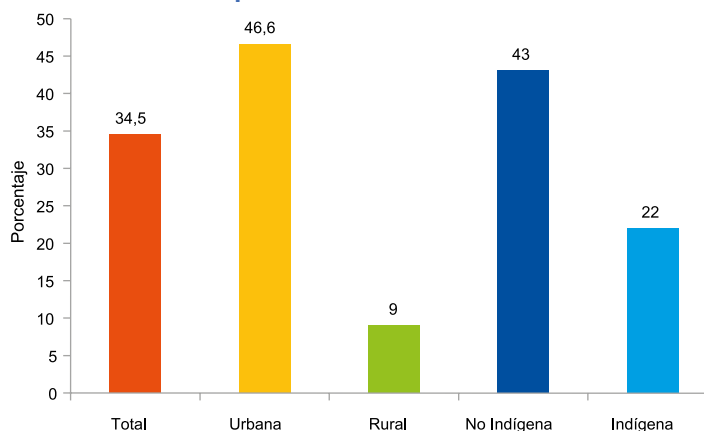
Fuente: UDAPE con datos de la ATT

La principales operadoras de telefonía celular, ENTEL, TELECEL Y NUEVATEL realizaron inversiones para ampliar este servicio y en el 2014, según la ATT, la participación de cada una de estas empresas en el mercado fue de 45%, 31% y 24%, respectivamente.

Porcentaje de población mayor de 5 años que usan Internet⁵⁸

El 2014, el 46,6% de la población que reside en el área urbana usó internet, en tanto que el 9% de la población del área rural utilizó este servicio. Esta brecha se explica por las inversiones de las empresas que para ampliar el servicio priorizan las ciudades y localidades con alta concentración poblacional. Desagregando la información según pertenencia o no a un pueblo indígena originario campesino o afro boliviano, se observa que el 43% de la población no indígena usó internet en los últimos tres meses, mientras que el 22% de la población indígena usó este servicio en el mismo período (Gráfico 78).

Gráfico 78 Porcentaje de población mayor de 5 años que usa internet, según área geográfica y pertenencia a un pueblo indígena originario campesino o afro boliviano, 2014

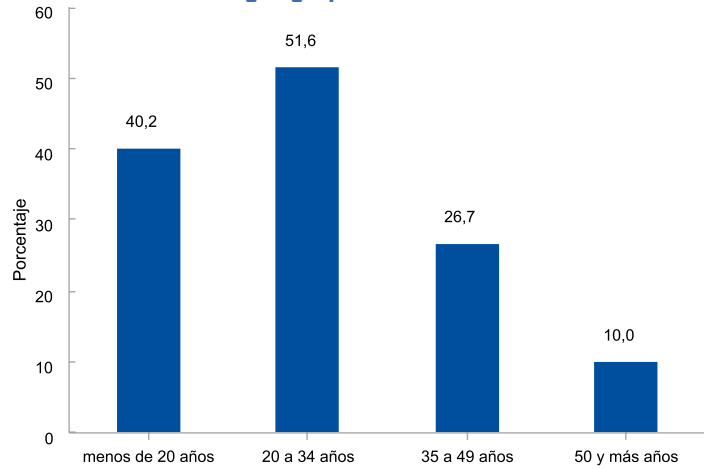


Fuente: UDAPE con datos de la Encuesta de Hogares (INE)

58 Se utilizaron las preguntas incluidas en la sección de educación de las Encuestas de Hogares de los años 2013 y 2014.

El 40,6% de la población boliviana menor a 20 años de edad y el 51,6% de la población entre 20 y 34 años son los que más usan internet. Asimismo, se observa que el acceso a este servicio no es ajeno para las personas de 35 años y más (Gráfico 79).

Gráfico 79
Porcentaje de población mayor de 5 años que usó internet, según grupos de edad, 2014

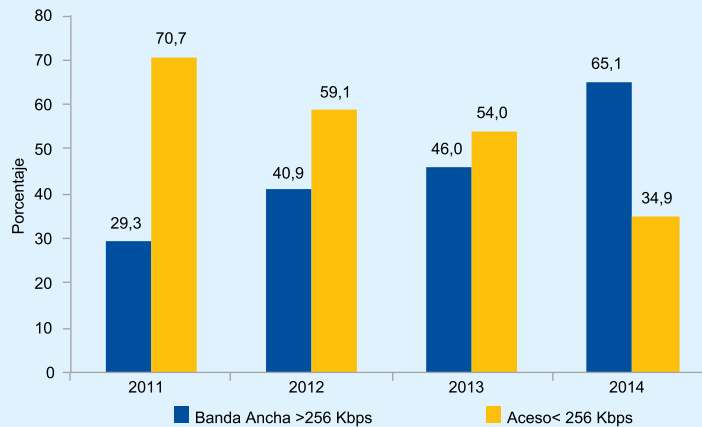


Fuente: UDAPE con datos de la Encuesta de Hogares (INE)

Recuadro 16
Conexiones a internet

Según información de la Autoridad de Regulación y Fiscalización de Telecomunicaciones y Transportes (ATT), el año 2014, por primera vez, las conexiones a internet de banda ancha (65,1%) superaron a las conexiones menores a 256 Kbps (34,9%).

Conexiones a internet, según tipo de acceso



Fuente: ATT

La población boliviana está accediendo mayoritariamente a internet de banda ancha; es decir de alta velocidad, lo que permite descargas rápidas de datos e implica múltiples beneficios, como el acceso a cursos de aprendizaje a distancia ofertados por las universidades y el uso de la telemedicina.

En 2014, la empresa ENTEL realizó las mayores inversiones en el sector de telecomunicaciones, 56,7% del total, seguida en orden de importancia por las empresas TELECEL S.A. (22,0%), NUEVATEL (17,4%) y COMTECO

(2,1%). El restante 1,8% de las inversiones fue realizado por otras empresas o cooperativas de teléfonos. Estas cifras muestran el importante rol que viene cumpliendo el sector público, a través de ENTEL, para que la población boliviana acceda a las tecnologías de información y comunicación.





Conclusiones

Bolivia presenta logros significativos en muchas de las metas de los ODM y en otros se requerirán de esfuerzos dirigidos a mejorar los indicadores rezagados y reducir las brechas existentes ya sea debido a la ubicación geográfica, sexo, edad, condición étnico lingüística y nivel de ingreso, con la finalidad de mejorar la vida de la población más vulnerable.

Los avances presentados en la reducción de la pobreza extrema y el hambre son importantes, toda vez que se han alcanzado las metas establecidas para el año 2015, sin embargo, es necesario garantizar la sostenibilidad de las acciones iniciadas y continuar con la senda de erradicación de la pobreza extrema, dado que aún existen dos millones de personas viviendo en esta condición.

En el sector educativo, se han tenido progresos en la tasa de término a 6° de primaria. En cuanto a la tasa de alfabetismo de la población de 15 a 24 años, este indicador alcanzó la meta trazada para el año 2015.

Se han tenido adelantos importantes en promover la equidad de género y la autonomía de la mujer, especialmente en el campo de la educación y la participación política, per aún existe una segregación por sexo en los mercados laborales.

En salud, se han alcanzado las metas de la cobertura de parto institucional y el Índice de Parasitosis Anual de Malaria. Asimismo, se han realizado avances importantes en la atención de personas que viven con VIH/SIDA, en el control de Chagas y las acciones que se vienen realizando para que los pacientes de Tuberculosis concluyan el tratamiento iniciado. Quedan pendientes de cumplimiento las metas de reducción de la mortalidad materna y de la niñez.

También se han conseguido importantes progresos en el acceso a agua potable, por lo que el reto será el de reforzar acciones para que un gran porcentaje de los hogares cuenten con acceso a saneamiento básico.

Los países desarrollados deben cumplir con los acuerdos asumidos en la Declaración del Milenio, de asignar el 0,7% del Producto Nacional Bruto para la financiación del desarrollo sostenible, dado que hasta la fecha en promedio sólo alcanzaron a 0,29%.

En 2015, ha concluido el período de ejecución de los ODM y los compromisos asumidos han dejado una importante contribución al progreso del desarrollo humano, sin embargo, dejan importantes retos por cumplir, como el de mejorar la salud materna y de la niñez, combatir las enfermedades endémicas y garantizar que la población tenga acceso a servicios de saneamiento básico. Asimismo, está pendiente abordar las desigualdades y garantizar la sostenibilidad de los logros alcanzados.

Bolivia tiene una agenda de desarrollo al año 2025 que busca alcanzar una nueva sociedad y un Estado más incluyente, más participativo, más democrático, sin discriminación, sin racismo, sin odios y sin división. Para ello, plantea 13 pilares con metas específicas que deben ser alcanzadas para lograr el horizonte civilizatorio de Vivir Bien.

Bibliografía

CEPAL (2014). *Panorama Laboral 2014*, Lima – Perú.

CEPAL-UDAPSO (1995). *Metodología para la construcción de las canastas básicas de alimentos*. La Paz – Bolivia.

Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS - UNESCO) (2012). *Oportunidades perdidas: El impacto de la repetición y de la salida prematura de la escuela. Compendio Mundial de la Educación 2012*, Montreal - Canadá.

Instituto Nacional de Estadística (2008). *Encuestas Nacionales de Demografía y Salud 1989-2008*. La Paz – Bolivia.

Instituto Nacional de Estadística (2015). *Encuestas de hogares 1996-2014*. La Paz – Bolivia.

Ministerio de Justicia (2013). *5º y 6º Informe Periódico del Estado Plurinacional de Bolivia presentado al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*. La Paz – Bolivia.

Ministerio de Justicia (2014). *Sobre el Avance de la Implementación de la Plataforma de Acción Beijing +20*. La Paz – Bolivia.

Ministerio de Salud (2014). *Informe Nacional de Progresos en la Respuesta al VIH/SIDA, seguimiento a la Declaración Política sobre el VOH/SIDA 2011*. La Paz – Bolivia.

Ministerio de Salud (2010). *Plan Estratégico Institucional 2008-2012*. Unidad de Epidemiología. La Paz - Bolivia.

Molina y Albó (2006). *Gama étnica y lingüística de la población boliviana*. Sistema de las Naciones Unidas en Bolivia. La Paz – Bolivia.

Naciones Unidas (2015). *Lista de cuestiones y preguntas relativa a los informes periódicos quinto y sexto combinados del Estado Plurinacional de Bolivia*. New York – USA.

Ochoa Marcelo y Bonifaz Alejandra (2002). *An Analysis of Disparities in Education: The Case of Primary School Completion Rates in Bolivia*. La Paz – Bolivia.

OIT (2009). *Guía sobre los nuevos indicadores de empleo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: incluido el conjunto completo de indicadores de trabajo decente*. Ginebra – Suiza.

UDAPE (2010). *Sexto Informe de Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia*. La Paz – Bolivia.

UDAPE (2013a). *Evaluación de impacto del Programa de Salud Materno Infantil “Bono Juana Azurduy*. Autores: Cecilia Vidal, Sebastián Martínez, Pablo Celhay, Sdenka Claros. La Paz – Bolivia.

UDAPE (2013b). *Séptimo Informe de Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia*. La Paz – Bolivia.

UDAPE (2015). *El Impacto de la Renta Dignidad: Política de redistribución del Ingreso, Consumo y Reducción de la Pobreza en Hogares con Personas Adultas Mayores*. Autores: Federico Escobar, Sebastián Martínez, Joel Mendizábal. La Paz – Bolivia.

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

United Nations (2003). *Indicators for Monitoring The Millennium Development Goals. Definitions, Rationale, Concepts and Sources*, New York – USA.

ANEXO

Notas técnicas: Metodología de cálculo de indicadores

Indicadores	Numerador		Denominador		Periodicidad	Desagregación
	Descripción	Fuente	Descripción	Fuente		
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre						
1A.1: Porcentaje de la población en pobreza extrema	Población cuyo ingreso es inferior al costo de una canasta básica alimentaria	Encuestas de Hogares (INE)	Población total	Encuestas de Hogares (INE)	Anual	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena, sexo
1A.2: Brecha de pobreza extrema	Distancia del ingreso promedio a la línea de pobreza extrema	Encuestas de Hogares (INE)	Línea de pobreza extrema	Encuestas de Hogares (INE)	Anual	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena, sexo
1A.3: Participación del 20% más pobre en el ingreso nacional	Ingreso total del 20% más pobre	Encuestas de Hogares (INE)	Ingreso total	Encuestas de Hogares (INE)	Anual	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena, sexo
1A.4: Porcentaje de la población en pobreza moderada	Población cuyo ingreso es inferior a la línea de pobreza moderada	Encuestas de Hogares (INE)	Población total	Encuestas de Hogares (INE)	Anual	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena, sexo
1B.1: Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada	Producto Interno Bruto por persona empleada en el período t+1	Oficina Internacional del Trabajo (OIT)	Producto Interno Bruto por persona empleada en el período t	Oficina Internacional del Trabajo (OIT)	Anual	Nacional
1B.2: Relación empleo-población (en porcentaje)	Población Ocupada en un período determinado	Encuestas de Hogares (INE)	Población en edad de trabajar en un período determinado	Encuestas de Hogares (INE)	Anual	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena, sexo
1B.3: Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema	Población Ocupada con ingreso menor a la Línea de Pobreza Extrema	Encuestas de Hogares (INE)	Población Ocupada Total	Encuestas de Hogares (INE)	Anual	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena, sexo
1B.4: Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o en una empresa familiar	Población Ocupada que trabaja por cuenta propia o en una empresa familiar	Encuestas de Hogares (INE)	Población Ocupada Total	Encuestas de Hogares (INE)	Anual	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena, sexo
1C.1: Porcentaje de niños menores de 3 años con desnutrición crónica	Población entre 3 y 36 meses con talla para la edad inferior a dos desviaciones estándar de la media de la población de referencia en un período determinado	Encuesta Nacional de Demografía y Salud (INE) – Nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS	Población de 3 a 36 meses en un período determinado	Encuesta Nacional de Demografía y Salud (INE)	Cada 4/5 años	Nacional, urbano/rural, departamental, quintil de ingreso, sexo
1C.2: Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global	Población entre 3 y 59 meses con peso para la edad inferior a dos desviaciones estándar de la media de la población de referencia en un período determinado	Encuesta Nacional de Demografía y Salud (INE) – Nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS	Población entre 3 a 59 meses en un período determinado	Encuesta Nacional de Demografía y Salud (INE)	Cada 4/5 años	Nacional, urbano/rural, departamental, quintil de ingreso, sexo

Indicadores	Numerador		Denominador		Períodicidad	Desagregación
	Descripción	Fuente	Descripción	Fuente		
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal						
2A.2: Tasa de término a 6° de primaria	Número de alumnos promovidos de 6° de primaria	Sistema de Información Educativa (Ministerio de Educación)	Población de 11 años	Proyecciones de población (INE)	Anual	Nacional, departamental, municipal, sexo
2A.3: Tasa de alfabetismo de la población de 15 a 24 años	Población de 15 a 24 años que sabe leer y escribir	Encuesta de Hogares (INE)	Población de 15 a 24 años	Encuesta de Hogares (INE)	Anual	Nacional, urbano/rural
Objetivo 3: Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer						
3A.1: Brecha de género en la tasa de término a 6° de primaria	Diferencia entre la tasa de término a 6° de primaria de la población femenina y la tasa de término a 6° de primaria de la población masculina	Sistema de Información Educativa (Ministerio de Educación) y Proyecciones de población (INE)			Anual	Nacional, departamental, municipal, sexo
3A.2: Brecha de género en la tasa de término a 6° de secundaria	Diferencia entre la tasa de término a 6° de secundaria de la población femenina y la tasa de término a 6° de secundaria de la población masculina. La tasa de término a 6° de secundaria se define como el número de alumnos promovidos de 6° de secundaria entre la población de 17 años	Sistema de Información Educativa (Ministerio de Educación) y Proyecciones de población (INE)			Anual	Nacional, departamental, municipal, sexo
3A.3: Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años	Tasa de alfabetismo de mujeres de 15 a 24 años	Encuesta de Hogares (INE)	Tasa de alfabetismo de hombres de 15 a 24 años	Encuesta de Hogares (INE)	Anual	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena
3A.4: Porcentaje de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola.	Población femenina que trabaja en el sector no agrícola	Encuesta de Hogares (INE)	Población total que trabaja en el sector no agrícola	Encuesta de Hogares (INE)	Anual	Nacional, urbano/rural
3A.5: Proporción de puestos ocupados por mujeres en el Parlamento Nacional	Número de asientos ocupados por mujeres en la Cámara de Diputados	Corte Nacional Electoral	Número total de asientos ocupados en la Cámara de Diputados	Corte Nacional Electoral	Cada cinco años	Nacional
3A.6: Proporción de puestos ocupados por mujeres en Concejos Municipales	Número de asientos ocupados por mujeres en los Concejos Municipales	Corte Nacional Electoral	Número total de asientos ocupados en los Concejos Municipales	Corte Nacional Electoral	Cada cinco años	Municipal

Indicadores	Numerador		Fuente	Denominador		Períodicidad	Desagregación
	Descripción	Fuente		Descripción	Fuente		
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años							
4A.1: Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años (por mil nacidos vivos)	Número de muertes en niños menores de cinco años en un periodo determinado	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Número total de nacidos vivos en un periodo determinado	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Cada cuatro/cinco años	Nacional, urbano/rural, departamental, quintil de ingreso
4A.2: Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	Número de muertes en niños menores de un año en un periodo determinado	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Número total de nacidos vivos en un periodo determinado	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Cada cuatro/cinco años	Nacional, urbano/rural, departamental, quintil de ingreso
4A.3: Cobertura de vacunación con tercera dosis de Pentavalente en niños menores de un año	Población menor a un año que recibió la tercera dosis de la vacuna Pentavalente	Sistema Nacional de Información de Salud (Ministerio de Salud)	Sistema Nacional de Información de Salud (Ministerio de Salud)	Población menor a un año	Proyecciones de población (INE)	Anual	Nacional, departamental, municipal
Objetivo 5: Mejorar la salud materna							
5A.1: Razón de mortalidad materna (muertes maternas por 100 mil nacidos vivos)	Número de muertes maternas (embarazo, parto, posparto) en un periodo determinado	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Número total de nacidos vivos en un periodo determinado	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Cada cuatro/cinco años	Nacional, urbano/rural
5A.2: Porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado	Número de partos atendidos en domicilio o establecimiento de salud por personal de salud calificado (médico o enfermera)	Sistema Nacional de Información de Salud (Ministerio de Salud)	Sistema Nacional de Información de Salud (Ministerio de Salud)	Número total de partos esperados	Proyecciones de población e información estadística demográfica (INE)	Anual	Nacional, departamental y municipal
5B.1: Tasa de uso de anticonceptivos (porcentaje)	Número de mujeres en edad reproductiva, casadas o en unión, que actualmente está usando algún método de anti-concepción	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Número de mujeres entre 15 y 49 años, casadas o en unión	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Cada cuatro/cinco años	Nacional, urbano/rural y departamental, quintil de ingreso
5B.2: Tasa de fecundidad entre las adolescentes (por mil habitantes entre 15-19 años)	Número de nacimientos en mujeres entre 15 y 19 años	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Número de mujeres entre 15 y 19 años	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Cada cuatro/cinco años	Nacional, urbano/rural y departamental, quintil de ingreso
5B.3: Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro consultas – porcentaje)	Número de mujeres con un hijo nacido vivo en los últimos 5 años, que recibieron al menos 4 controles prenatales en su último embarazo por médico, enfermera o auxiliar de enfermería	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Número de mujeres con un hijo nacido vivo en los últimos 5 años.	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Cada cuatro/cinco años	Nacional, urbano/rural y departamental, quintil de ingreso

Indicadores	Numerador		Fuente	Denominador		Periodicidad	Desagregación
	Descripción	Fuente		Descripción	Fuente		
5B.4: Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar (porcentaje)	Número de mujeres casadas o en unión que no están usando un método de anticoncepción, son fértiles y desean no tener más hijos o posponer su siguiente hijo por lo menos 2 años + mujeres embarazadas cuyo embarazo actual no era deseado + mujeres en posparto amenorrea que no están usando un método de anticoncepción y, al momento que quedaron embarazadas, deseaban retrasar o prevenir el embarazo.	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Número de mujeres entre 15 y 49 años, casadas o en unión	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Cada cuatro/cinco años	Nacional, urbano/rural y departamental, quintil de ingreso	
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades							
6A.1: Prevalencia de SIDA (por millón de habitantes)	Número de casos seropositivos al SIDA	Programa Nacional de Control de Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA (Ministerio de Salud)	Población total	Proyecciones de población (INE)	Anual	Nacional, departamental	
6A.2: Prevalencia de VIH/SIDA entre las personas de 15 a 24 años (por millón de personas de 15 a 24 años)	Número de personas entre 15 y 24 años con muestra positiva de sangre con resultado positivo en las pruebas de VIH/SIDA (Ministerio de Salud y Deportes)	Programa Nacional de Control de Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA (Ministerio de Salud)	Población de 15 a 24 años	Proyecciones de población (INE)	Anual	Nacional	
6A.3 Proporción de población de 15 a 24 años que tiene conocimiento amplio y correcto sobre el VIH/SIDA	Número de mujeres u hombres entre 15 y 24 años de edad que pueden identificar correctamente las dos formas principales de prevenir la transmisión sexual del VIH (utilización de preservativos y limitando las relaciones sexuales a una pareja fiel y no infectada), además reconocen dos ideas erróneas acerca de la transmisión del SIDA (picadura de mosquito y compartir los alimentos con una persona infectada) y saben que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Población de 15 a 24 años	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Cada cuatro/cinco años	Nacional, urbano/rural y departamental, quintil de ingreso	

Indicadores	Numerador		Fuente	Denominador		Periodicidad	Desagregación
	Descripción	Fuente		Descripción	Fuente		
6B.1 Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales	Población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales	Programa Nacional de Control de Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA (Ministerio de Salud)	Población portadora del VIH con infección avanzada	Programa Nacional de Control de Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA (Ministerio de Salud)	Anual	Nacional	
6C.1: Índice de parasitosis anual de la malaria (IPA) por 1.000 habitantes	Número de muestras hemáticas positivas (pruebas de muestra de sangre observadas en laboratorio que presentan malaria)	Programa Nacional de Control de Malaria (Ministerio de Salud)	Población total que reside en áreas endémicas de Malaria	Programa Nacional de Control de Malaria (Ministerio de Salud)	Anual	Nacional, departamental y municipal	
6C.2: Porcentaje de municipios con una tasa de infestación de Chagas mayor a 3%.	Número de municipios con tasa de infestación de Chagas mayor a 3%. La tasa de infestación es la división entre el número de viviendas infestadas de Chagas y el total de viviendas en las que se realizó la evaluación entomológica post-rociado	Programa Nacional de Control de Chagas (Ministerio de Salud)	Número total de municipios endémicos	Programa Nacional de Control de Chagas (Ministerio de Salud)	Anual	Nacional, departamental	
6C.3: Porcentaje de pacientes con tuberculosis curados del total de notificados.	Número de pacientes curados	Programa Nacional de Control de Tuberculosis (Ministerio de Salud)	Número de pacientes evaluados	Programa Nacional de Control de Tuberculosis (Ministerio de Salud)	Anual	Nacional, departamental	
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente							
7A.1: Porcentaje de superficie nacional cubierta por bosques	Superficie terrestre cubierta por bosques	Superintendencia Forestal	Superficie terrestre total	Superintendencia Forestal	Anual	Nacional	
7A.2: Superficie nacional ocupada por Áreas Protegidas (millones de hectáreas)	Superficie ocupada por Áreas Protegidas Nacionales en millones de hectáreas	Servicio Nacional de Áreas Protegidas (SERNAP)			Anual	Nacional	
7A.3: Consumo de clorofluorocarburos que agotan La capa de ozono (TM PAO)	Consumo de clorofluorocarburos (CFC) en TM PAO	Programa Ozono-Comisión Gubernamental del Ozono			Anual	Nacional	

Indicadores	Numerador		Denominador		Periodicidad	Desagregación
	Descripción	Fuente	Descripción	Fuente		
7C.1: Porcentaje de la población con acceso a agua potable	Población que se abastece de agua a través de un medio adecuado. En el área urbana incluye agua por red de cañería o pileta pública. En el área rural incluye red de cañería, pileta pública o pozo con bomba	Censo Nacional de Población y Vivienda (INE)/ Registros Administrativos (Ministerio de Medio Ambiente y Agua)	Población total	Censo Nacional de Población y Vivienda (INE)/ Proyecciones de población (INE)	Anual	Nacional, urbano/rural, municipal
7C.2: Porcentaje de la población con acceso a servicios de saneamiento básico	Población que tiene acceso a servicio sanitario adecuado. En el área urbana incluye servicio sanitario con desagüe hacia alcantarillado. En el área rural se incluye servicio sanitario con desagüe hacia alcantarillado, cámara séptica y pozo ciego	Censo Nacional de Población y Vivienda (INE)/ Registros Administrativos (Ministerio de Medio Ambiente y Agua)	Población total	Censo Nacional de Población y Vivienda (INE)/ Proyecciones de población (INE)	Anual	Nacional, urbano/rural, municipal
Objetivo 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo						
8D.1: Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD) como porcentaje del ingreso de los países donantes	Monto de la Asistencia Oficial para el Desarrollo	Naciones Unidas	Ingreso Nacional Bruto de los países de la OCDE	Naciones Unidas	Anual	Internacional
8D.2: Servicio total de la deuda externa como porcentaje de las exportaciones	Total del servicio de deuda externa pública	Banco Central de Bolivia	Total exportaciones	Banco Central de Bolivia	Anual	Nacional
8F.1: Porcentaje de hogares que acceden a telefonía móvil	Número de hogares con línea de teléfono móvil	Encuestas de Hogares (INE)	Número total hogares	Encuestas de Hogares (INE)	Anual	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena
8F.2: Porcentaje de la población de 5 años o más que dispone de celular para su uso personal	Población de 5 años o más con línea de teléfono móvil	Encuestas de Hogares (INE)	Total población de 5 años o más	Encuestas de Hogares (INE)	Anual	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena
8F.3: Porcentaje de hogares que acceden a telefonía fija	Población con línea de teléfono fija	Encuestas de Hogares (INE)	Total población	Encuestas de Hogares (INE)	Anual	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena
8F.4: Porcentaje de hogares con acceso a Internet en su vivienda	Número de hogares con acceso a Internet dentro del hogar	Encuestas de Hogares (INE)	Número total de hogares	Encuestas de Hogares (INE)	Anual	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena
8F.5: Porcentaje de población mayores de 5 años que usan Internet	Población mayores de 5 años que usan Internet	Encuestas de Hogares (INE)	Total población mayores de 5 años	Encuestas de Hogares (INE)	Anual	Nacional, urbano/rural, indígena/no indígena

Anexo

Cuadro resumen de situación de los indicadores ODM a nivel departamental

Objetivos/Indicadores	Departamentos									
	Chuquisaca	La Paz	Cochabamba	Oruro	Potosí	Tarija	Santa Cruz	Beni	Pando	
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre										
Porcentaje de la población en pobreza moderada (2014p)	57,0	40,4	41,9	26,9	56,9	30,2	31,2	39,1	42,3	
Porcentaje de niños menores de 3 años con desnutrición crónica (baja talla para la edad) 2008	34,1	29,2	29,3	35,3	42,5	13,9	11,2	19,7	15	
Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global (bajo peso para la edad) 2003	6,1	3,8	4,3	7,3	8,7	2	1,4	1,9	1,8	
Objetivo 2: Lograr la educación primaria universal										
Tasa de término a 6° de primaria (2014p)	89,1	92,3	100,1	84,2	80,4	89,0	88,7	93,0	76,8	
Objetivo 3: Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer										
Brecha en la tasa de término a 6° de primaria (2014p)	4,1	-0,5	3,1	0,1	2,3	3,4	-0,5	2,6	-8,5	
Brecha en la tasa de término a 6° de secundaria (2014p)	-3,3	-3,1	-5,8	-6,7	-3,8	-14,8	-9,5	-5,0	-7,2	
Porcentaje de mujeres en la cámara de diputados (2014)	60,0	52,0	58,0	33,0	38,0	44,0	50,0	63,0	40,0	
Porcentaje de concejalas titulares (2015)	49,0	51,0	51,0	52,0	51,0	52,0	51,0	50,0	52,0	
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años										
Tasa de mortalidad de la niñez (por mil nacidos vivos) 2008	56,0	81,0	85,0	69,0	126,0	48,0	46,0	56,0	62,0	
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) 2008	42,0	63,0	63,0	56,0	101,0	37,0	31,0	39,0	47,0	
Cobertura de tercera dosis de vacuna pentavalente en menores de 1 año (porcentaje) 2014	87,0	87,0	90,0	83,0	73,0	93,0	85,0	96,0	79,0	

Objetivo 5: Mejorar la salud materna											
Cobertura de parto institucional (porcentaje) 2013p	61,7	66,3	71,6	92,5	63,8	75,1	77,1	84,7	87,8		
Tasa de uso de anticonceptivos (en porcentaje) 2008	55,9	62,5	53,7	52,9	48,4	69,7	70,1	60,9	61,2		
Tasa de natalidad entre las adolescentes (por mil habitantes entre 15-19 años) 2008	81,1	63,8	89,2	80,4	112,2	79,8	107,2		145,7		
Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro consultas, en porcentaje) 2008	82,7	63,9	69,2	68,0	65,1	82,9	84,3	77,8	85,1		
Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar (en porcentaje) 2008	25,5	18,6	24,5	25,6	29,0	13,7	14,1	18,4	20,3		
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades											
Prevalencia de SIDA (por millón de habitantes) 2014	89,0	70,0	298,0	27,0	4,0	91,0	45,0	0,0	12,0		
Índice de parasitosis anual (IPA) de Malaria (por mil habitantes)	0,4	0,0	0,0		0,0	0,2	0,0	15,9	15,5		
Porcentaje de pacientes con tuberculosis curados del total de pacientes notificados.	85,3	80,7	81,6	80,7	78,8	91,8	86,5	88,5	85,5		

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



BAR RESTAURANT
LAJAYMANTA
SE ACQUILA PARA TODOS LOS DIAS
Del 11:00 AM - 11:00 PM

PH





UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS
SOCIALES Y ECONÓMICAS