



TERCER INFORME

Progreso de
los Objetivos
de Desarrollo
del Milenio

Asociados al Desarrollo Humano

BOLIVIA 2003 - 2004



Este trabajo 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) y ha sido financiado por el Banco Mundial a través del apoyo prestado por la Dirección Ejecutiva de la Red PROCOSI

Editor:
Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE)
Palacio de Comunicaciones, P. 18
La Paz, Bolivia

Diseño y Diagramación: SALINASÁNCHEZ
Impresión: Artes Gráficas Sagitario

Bolivia, 2005

ÍNDICE GENERAL

Presentación	05
Resumen Ejecutivo	06
Introducción	08
1 Antecedentes	09
2 Pobreza extrema y hambre	11
3 Educación primaria universal	15
4 Género	18
5 Mortalidad en la niñez	21
6 Salud materna	25
7 VIH-SIDA, malaria y otras enfermedades	28
8 Sostenibilidad del medio ambiente	35
9 Alianzas globales para el desarrollo	39
10 Ejecución de recursos públicos orientados a los ODMS	42
11 Conclusiones	50
12 Bibliografía	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Gráfico 1:	Evolución y proyecciones de la incidencia de pobreza extrema (1996-2015)	12
Gráfico 2:	Prevalencia en Desnutrición	12
Gráfico 3:	Proyecciones de pobreza extrema	13
Gráfico 4:	Evolución de la tasa de cobertura neta de primaria	15
Gráfico 5:	Evolución de la tasa de término de 8vo primaria	16
Gráfico 6:	Cobertura Neta de primaria 2003	16
Gráfico 7:	Tasa de término de 8vo de primaria 2003	17
Gráfico 8:	Cobertura neta en educación primaria y secundaria, 2002	18
Gráfico 9:	Brecha de género en las tasas de término	19
Gráfico 10:	Tendencia y proyecciones de la TMI por 1.000 nacidos vivos	21
Gráfico 11:	Tasa de mortalidad infantil, según residencia y región	22
Gráfico 12:	Cobertura de DPT3 y pentavalente en menores de un año	22
Gráfico 13:	Evolución y proyección de la TMM x 100,000 n.v.	25
Gráfico 14:	Cobertura de partos institucionales 1994 – 2003	26
Gráfico 15:	Causas de Mortalidad Materna	26
Gráfico 16:	Cobertura Nacional del 4to control prenatal	27
Gráfico 17:	Tendencia de la prevalencia de casos SIDA	29
Gráfico 18:	Infestación inicial (1999), 2003 y 2004	29
Gráfico 19:	Tendencia del porcentaje de municipios con infestación mayor a 3%	30
Gráfico 20:	IPA Malaria por 1.000 habitantes	30
Gráfico 21:	Pacientes curados respecto del total de evaluados	31
Gráfico 22:	Tendencias de las coberturas de agua potable y saneamiento	36
Gráfico 23:	Coberturas por área geográfica	36
Gráfico 24:	Proporción del gasto de bolsillo de los hogares en medicamento respecto al gasto nacional en salud	40
Gráfico 25:	Inversión social ejecutada 2001 y 2004	43
Gráfico 26:	Distribución departamental de desembolsos, 2003	46

Tabla 1:	Indicadores seleccionados para el monitoreo y seguimiento de los ODMS	9
Tabla 2:	Resumen: Objetivo 1	13
Tabla 3:	Resumen: Objetivo 2	17
Tabla 4:	Resumen: Objetivo 3	19
Tabla 5:	Resumen: Objetivo 4	23
Tabla 6:	Resumen: Objetivo 5	27
Tabla 7:	Resumen de la situación epidemiológica de la malaria en Bolivia 2002 – 2003	31
Tabla 8:	Resumen: Objetivo 6	32
Tabla 9:	Resumen: Objetivo 7	37
Tabla 10:	Resumen: Objetivo 8	41
Tabla 11:	Inversión Pública Social, 2001 – 2004	43
Tabla 12:	Desembolsos y gastos Cuentas Diálogo 2000, 2001-2004	44
Tabla 13:	Ejecución de recursos Cuentas Diálogo 2000, gestión 2004	44
Tabla 14:	Ejecución del PLANE I y II, según categoría del gasto	45
Tabla 15:	Agua y saneamiento: Proyectos ejecutados, 2003	46
Tabla 16:	Gasto educativo, 2002-2003	47
Tabla 17:	Gasto público corriente en salud, 2001-2004	48
Tabla 18:	Principales programas de salud, 2002-2003	48

ACRÓNIMOS

SIGLA	SIGNIFICADO
BCB	Banco Central de Bolivia
BCG	Vacuna contra la tuberculosis
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CBA	Canasta Básica de Alimentos
CEASS	Central de Abastecimiento de Suministros de Salud
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CIMDM	Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio
CNPV	Censo Nacional de Población y Vivienda
CONAPE	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CONCAMYT	Laboratorio de Control de Calidad de Medicamentos y Toxicología
DFID	Departamento Británico para el Desarrollo Internacional
DILOS	Directorios Locales de Salud
DINAMED	Dirección de Medicamentos y Tecnología en Salud
DNBP	Diálogo Nacional Bolivia Productiva
DOTS	Diagnóstico y Tratamiento Acortado Directamente Supervisado
DOTS-C	Diagnóstico y Tratamiento Acortado Directamente Supervisado con apoyo de la comunidad
DPT3	3a. Dosis contra la Difteria Tétanos y Coqueluche
EBRP	Estrategia Boliviana de Reducción de Pobreza
ECH	Encuesta Continua de Hogares
EIH	Encuesta Integrada de Hogares
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENE	Encuesta Nacional de Empleo
EPSAs	Empresas Prestadoras de Servicios de Agua Potable y Alcantarillado
EXTENSA	Programa de Extensión de Coberturas
FNDR	Fondo Nacional de Desarrollo Regional
FPS	Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social
FSN	Fondo Solidario Nacional
FUNDASAB	Fundación para el Apoyo a la Sostenibilidad en Saneamiento Básico
HIPC	Heavily Indebted Poor Countries (Países Pobres Altamente Endeudados)
IEC	Información Educación y Comunicación
INE	Instituto Nacional de Estadística
INLASA	Instituto Nacional de Laboratorios en Salud
IPA	Índice de Parasitosis Anual
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
MSPS	Ministerio de Salud y Previsión Social

SIGLA	SIGNIFICADO
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económico
ODMs	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PARPS	Programa de Apoyo a las Redes de Protección Social
PEI	Proyectos Educativos Indígenas
PEN	Proyectos Educativos de Núcleo
PGN	Presupuesto General de la Nación
PIV	Puestos de Información de Vinchucas
PLANE	Plan Nacional de Empleo de Emergencia
PMAP	Programa Multidonante de Apoyo Presupuestario
PNCT	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
PNN	Programa Nacional de Nutrición
PRE	Programa de Reforma Educativa
PROAT	Proyecto de Asistencia Técnica
PROCOSI	Programa de Cooperación en Salud Integral
PROPAIS	Programa Contra la Pobreza y Apoyo a la Inversión Solidaria
PROSIAS	Proyecto de Sistema Nacional de Información de Agua y Saneamiento
PROSIN	Programa de Salud Integral
SBS	Seguro Básico de Salud
SEDUCAs	Servicios Departamentales de Educación
SIAS	Sistema de Información de Agua y Saneamiento
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIE	Sistema de Información Educativa
SIMECAL	Sistema de Medición de la Calidad de la Educación
SISAB	Superintendencia de Saneamiento Básico
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SNMN	Seguro Nacional de Maternidad y Niñez
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
TB	Tuberculosis
TGN	Tesoro General de la Nación
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TMM	Tasa de Mortalidad Materna
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas
UDAPSO	Unidad de Análisis de Políticas Sociales
UPF	Unidad de Programación Fiscal
USAID	Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VIPFE	Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo
VSB	Viceministerio de Servicios Básicos

PRESENTACIÓN

El presente documento constituye el Tercer Informe de Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs), dando continuidad a los dos reportes publicados anteriormente por el Sistema de Naciones Unidas con el apoyo de la Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales (UDAPE) y el Instituto Nacional de Estadística (INE).

El Tercer Informe es resultado de un esfuerzo conjunto de las instituciones que conforman el Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio (CIMDM) y en esta ocasión contó con el apoyo del Banco Mundial y la red de ONGs PROCOSI.

El CIMDM fue creado mediante Resolución Multimministerial 004/2004 del 14 de mayo de 2004, con el propósito de fortalecer las instancias técnicas del Estado para el diseño de políticas encaminadas hacia el logro de los ODM. El CIMDM está conformado por representantes del Ministerio de Salud y Deportes, Ministerio de Educación, Viceministerio de Saneamiento Básico, Viceministerio de Presupuesto, Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo y el INE, bajo el liderazgo de UDAPE.

A diferencia de los informes anteriores, el Informe de Progreso 2003-2004 describe la evolución de los 17 indicadores que fueron seleccionados en consenso con los miembros del CIMDM, se definen metas al 2015 y se presenta una proyección de los indicadores en un escenario inercial para identificar las posibles brechas a futuro. Asimismo, se establecen vínculos entre los programas ejecutados y los indicadores, se plantean desafíos para alcanzar las metas y finalmente se describe la ejecución presupuestaria de los principales programas relacionados con los indicadores.

El Informe contiene información actualizada sobre los indicadores de desarrollo del milenio y está dirigido a las entidades y personas comprometidas con el desarrollo. A pesar de la nomenclatura técnica, contiene mensajes y elementos útiles para la reflexión de las políticas nacionales y brinda elementos para generar acciones que encaminen a Bolivia hacia las metas de desarrollo del milenio.

Gabriel Loza Tellería
Director Ejecutivo
UDAPE

RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo del informe es evaluar el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs) para las gestiones 2003 y 2004, en el marco de los 17 indicadores seleccionados por el CIMDM bajo un enfoque sectorial y de desarrollo humano. El documento profundiza aspectos incorporados en los reportes de progreso 2001 y 2002, realizando un análisis de diagnóstico y tendencias de cada uno de los 17 indicadores, las políticas y programas en curso vinculadas al desempeño de los indicadores y los desafíos para lograr el cumplimiento. Asimismo, se realiza un análisis de la ejecución presupuestaria de los principales programas vinculados a los indicadores seleccionados.

El primer objetivo del milenio es erradicar la extrema pobreza y el hambre, los indicadores utilizados para el seguimiento de este objetivo son la incidencia de pobreza extrema y la prevalencia de desnutrición en menores de 3 años. En el caso de extrema pobreza, el ODM es reducirla a 24.1% para el 2015, meta que según las proyecciones elaboradas por UDAPE no será alcanzada en un escenario macroeconómico moderado, reduciéndose solo a 26.5%. En el caso de la prevalencia de desnutrición crónica (talla/edad), se estableció reducirla a 19% para el 2015, según las previsiones suponiendo una labor interinstitucional dadas las características multicausales del problema se espera reducirla a 19.8%, valor cercano a la meta 2015.

El segundo objetivo del milenio es alcanzar la educación primaria universal, en este sentido se han dado avances significativos desde 1992, que se observan en el incremento en la tasa de término de primaria de 55% a 75% en 2003, asimismo, la tasa de cobertura neta se ha mantenido alta desde 2001, observándose un valor de 97.1% para 2003, estos resultados son consecuencia de las estrategias implementadas por el Programa de Reforma Educativa (PRE) que mejoró coberturas y calidad de los servicios educativos, las proyecciones al 2015 muestran que en el caso de la tasa de cobertura el indicador alcanzaría el valor de 99.1% casi sobre la meta del 100%, en el caso de la tasa de término de primaria esta tasa para el 2015 alcanzaría el valor de 90.6%, para el logro de las metas serán necesarias : una administración de servicios educativos más descentralizada y consolidar la Reforma educativa en áreas rurales entre otros programas y políticas.

El tercer objetivo del milenio es promover la equidad de género y la autonomía de la mujer, en este sentido desde 1992 las brechas en nivel de educación primaria y secundaria de las tasas de término se han reducido desde 6.6 y 3.4 en 1992 a 3.4% y -0.1% respectivamente. Estos resultados obedecen a la inclusión de políticas de reducción de las inequidades de género en el PRE, por otro lado, el Viceministerio de la Mujer viene implementando Planes Nacionales desde el 2001 para el apoyo, empoderamiento, y reducción de la violencia contra las mujeres, el desafío del sector es reducir la brecha en el nivel primario de educación, a tal efecto, será necesario consolidar la educación universal con un enfoque intercultural y de género.

El cuarto objetivo es reducir la mortalidad de la niñez y el quinto es mejorar la salud materna. Para el 2003, la tasa de mortalidad Infantil (TMI) fue de 54 por mil nacidos vivos, inferior a la registrada en 1989 (89 por 1000 n.v.). Uno de los indicadores que tiene un impacto significativo en la reducción de la TMI es la cobertura de la vacuna pentavalente en menores de un año, cuyo valor para 2003 alcanzó al 80%. En el caso de la salud materna, la tasa de mortalidad materna (TMM) por 100,000 nacidos vivos cayó de 416 en 1989 a 229 el 2003, en cuanto a la cobertura institucional de partos; indicador trazador del TMM; alcanzó a 55%. Los avances tanto en la TMI y la TMM pueden explicarse en buena parte por la implementación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), y el Programa de Extensión de Coberturas (EXTENSA). Para lograr las metas de TMI de 30 y de TMM de 104 se deberá profundizar y ampliar estos tres programas con un enfoque intercultural y de atención primaria de salud.

El sexto objetivo del milenio es combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades. En el caso de Chagas, al 2004 de los 168 municipios en riesgo sólo el 31% posee una infestación mayor al 3%, en malaria el Índice de Parasitosis Anual (IPA) es de 4.1 por mil habitantes al 2004, en el caso de la tuberculosis el porcentaje de pacientes curados sobre los evaluados al 2002 fue del 81%. Estos resultados son consecuencia de la implementación de programas nacionales

específicos para la lucha de estas enfermedades, solo el programa de ITS/SIDA no ha tenido resultados totalmente satisfactorios y se espera que con el apoyo del Fondo Global el control de esta enfermedad, malaria y tuberculosis mejore en los próximos años.

El séptimo objetivo del milenio es asegurar la sostenibilidad del medio ambiente. Las tasas de cobertura de agua potable y alcantarillado en 2001, fueron de 72% y 41% respectivamente, mostrando un incremento sustancial respecto a las observadas en 1992, de 57% y 28% respectivamente. La meta de cobertura de agua potable al 2015, es factible de alcanzar, no así la meta de cobertura de saneamiento

En cuanto a implementación de alianzas globales para el desarrollo que es el octavo objetivo del milenio, se consideró como indicador el gasto de bolsillo en medicamentos. Lamentablemente, este indicador muestra que la proporción del gasto en medicamentos respecto del gasto total es considerablemente alta, alcanzando a 22% para 2002. Si la tendencia continúa, es poco probable alcanzar la meta de reducir este porcentaje a 15% al 2015. Para aproximarse a la meta, es preciso la implementación de políticas coordinadas entre el sector público y privado a fin de garantizar a la mayoría de la población el acceso a medicamentos de calidad al precio más bajo posible.

El seguimiento a la ejecución de recursos públicos destinados a los ODMs muestra que la inversión pública social disminuyó su participación en la inversión pública total, situación que pone en riesgo la continuidad de las políticas sectoriales de educación, salud y servicios básicos. Los gastos corrientes se incrementaron en proporciones insuficientes para atender los gastos de operación, mantenimiento y reposición de los programas sociales, asimismo, no se han efectuado procesos de priorización intrasectorial del gasto para incrementar las asignaciones a las áreas de mayor impacto y se debe avanzar hacia el mejoramiento de la capacidad de gestión en los sectores.

Los recursos del alivio HIPC II asignados a las cuentas municipales para el financiamiento de programas y proyectos de salud, educación e infraestructura productiva y social constituyen una fuente de financiamiento adicional para avanzar hacia los ODMs. La ejecución financiera de las cuentas municipales ha presentado mejoras desde 2001, evidenciando una mejor capacidad de gestión y mayor agilización en los procedimientos administrativos para el cofinanciamiento de proyectos.



INTRODUCCIÓN

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs) constituyen los principales compromisos para mejorar las condiciones de vida de la población en los países en desarrollo entre 1990 y 2015. Dichos compromisos comprometen a los países y a la cooperación internacional a superar problemas de exclusión y avanzar hacia el desarrollo humano sustentable en un marco democrático y de respeto a los derechos humanos.

Los ODMs son un conjunto ampliado de las Metas de Desarrollo Internacional que fueron propuestas inicialmente por el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). La iniciativa definió 8 objetivos, con 18 metas y 48 indicadores.

Las áreas definidas en la iniciativa ODMs son:

1. Erradicar la pobreza y el hambre
2. Alcanzar la educación primaria universal
3. Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer
4. Reducir la tasa de mortalidad infantil
5. Mejorar la salud materna
6. Combatir el VIH SIDA, malaria y otras enfermedades
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Implementar alianzas globales para el desarrollo

El presente informe de progreso muestra el avance de Bolivia hacia el logro de los ODMs vinculados al desarrollo humano en las gestiones 2003 y 2004, a través de la descripción de las principales intervenciones del Estado en la reducción de pobreza y acciones en los sectores de salud, nutrición, educación y saneamiento básico. Dadas las restricciones de información y el carácter multicausal de los problemas abordados por los ODMs, la definición de indicadores difiere en parte de los indicadores propuestos originalmente.

El informe se divide en 11 capítulos: en los primeros dos capítulos se realiza una introducción y la descripción de los antecedentes a la elaboración del informe, entre el tercer capítulo y el décimo, se realiza la presentación de los indicadores seleccionados vinculados a la meta y objetivo correspondiente, el diagnóstico y evolución de los indicadores relacionados con los principales programas en curso y finalmente una descripción de los desafíos para lograr alcanzar las metas. El capítulo 11 muestra la ejecución presupuestaria de los principales programas relacionados con el desempeño de los indicadores seleccionados y otros recursos asociados a los ODMs.



1. ANTECEDENTES

La Estrategia Boliviana de Reducción de Pobreza (EBRP), presentada al Grupo Consultivo en octubre de 2003, fue un primer intento de alinear las políticas al logro de los ODMs, considerando a las metas y objetivos como un piso mínimo de logros en el ámbito social y productivo.

La crisis fiscal que se profundizó en el año 2003, determinó la revisión del enfoque de desarrollo, enfatizando en la generación de riqueza y la articulación del crecimiento con las necesidades de empleo e ingresos de la población, a objeto de lograr reducir la desigualdad económica y social.

La sociedad civil, a través del Diálogo Nacional Bolivia Productiva, demandó mayores esfuerzos para ampliar las oportunidades de generación de ingresos para la población pobre, sin embargo, también se requiere fortalecer las políticas sociales orientadas a la sostenibilidad del crecimiento. En 2004, se creó el Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio (CIMDM), mediante Resolución Multimministerial 004/2004 de fecha 14 de mayo de 2004. Este Comité es liderado por UDAPE y además de la participación de los sectores sociales (salud, educación y agua y saneamiento básico), se incluye al Instituto

Nacional de Estadística (INE) y los Viceministerios de Inversión Pública y Financiamiento Externo y de Presupuesto y Contaduría.

El principal objetivo del CIMDM es fortalecer los mecanismos para promover el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con un enfoque de desarrollo humano, principalmente en tres sectores sociales: i) educación; ii) salud y iii) saneamiento básico.

El CIMDM promoverá el monitoreo y seguimiento de los ODMs, a través de la identificación de indicadores, metas y objetivos que se ajusten a la realidad del país, considerando las restricciones en las fuentes de información y su pertinencia respecto a las políticas en curso.

En el marco de las actividades del CIMDM, se elaboró el documento de selección de indicadores¹, realizado en base a los planes de trabajo presentados por los sectores, las características deseables, la tipología de indicadores y las restricciones de las fuentes de información. Se estableció un conjunto de 17 indicadores: 1 de pobreza, 4 de educación, 10 de salud y nutrición y 2 de saneamiento básico. (Ver tabla 1)

TABLA 1. Indicadores seleccionados para el monitoreo y seguimiento de los ODMS

Objetivos	Metas	Indicadores seleccionados	Tipo de indicador	Fuente de información principal	Periodicidad	Desagregación
1. Erradicar la extrema pobreza y el hambre	1.1 Reducir a la mitad la proporción de población cuyo ingreso es menor a un dólar al día, entre 1990 y 2015	1.1.1 Incidencia de pobreza extrema	Impacto	ECH	Anual	Nacional y 3 pisos ecológicos
	1.2 Reducir a la mitad la proporción de población que sufre de hambre, entre 1990 y 2015	1.2.1 Prevalencia de desnutrición en menores de 3 años	Impacto	ENDSA	Cada 4 años	Nacional y departamental
2. Alcanzar la educación primaria universal	2.1 Asegurar que tanto niños y niñas puedan concluir el ciclo de educación primaria para 2015	2.1.1 Cobertura neta a 80. de primaria	Resultado	SIE	Anual	Nacional, departamental y municipal
		2.1.2 Tasa de término bruta de 80. de primaria	Impacto	SIE	Anual	Nacional, departamental y municipal
3. Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer	3.1 Eliminar la disparidad en la educación primaria y secundaria, preferentemente para 2005 y en todos los niveles de educación no más tarde de 2015	3.1.1 Brecha de género en la tasa de término bruta de 80. de primaria	Resultado	SIE	Anual	Nacional, departamental y municipal
		3.1.2 Brecha de género en la tasa de término bruta de 40. de secundaria	Resultado	SIE	Anual	Nacional, departamental y municipal

1 Ver UDAPE 2005

TABLA 1. (Continuación)

Objetivos	Metas	Indicadores seleccionados	Tipo de indicador	Fuente de información principal	Periodicidad	Desagregación
4. Reducir la mortalidad de los niños	4.1 Reducir en 2/3 la tasa de mortalidad en la niñez entre 1990 y 2015	4.1.1 Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	Impacto	ENDSA	Cada 4 años	Nacional y departamental
		4.1.2 Cobertura de vacuna pentavalente en menores de un año	Intermedio	SNIS	Anual	Nacional, departamental y municipal
5. Mejorar la salud materna	5.1 Reducir en 3/4 la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015	5.1.1 Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	Impacto	ENDSA	Cada 4 años	Nacional y departamental
		5.1.2 Cobertura de partos institucionales	Intermedio	SNIS	Anual	Nacional, departamental y municipal
6. Combatir el VIH-SIDA, Malaria y otras enfermedades	6.1 Haber detenido en 2015 e iniciado la reversión la expansión del SIDA	6.1.1 Prevalencia de casos de SIDA por millón	Impacto	Programa de ITS/VIH-SIDA	Anual	Nacional
	6.2. Haber detenido en 2015 e iniciado la reversión de la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes.	6.2.1 Porcentaje de municipios con una tasa de infestación de Chagas mayor a 3%	Intermedio	Programa Nacional de Control de Chagas	Anual	Nacional, departamental y municipal
		6.2.2 Índice de Parasitosis Anual de la Malaria (IPA) por 1.000 habitantes	Resultado	Programa Nacional de Control de la Malaria	Anual	Nacional, departamental y municipal
		6.2.3 Porcentaje de pacientes curados sobre total de evaluados	Resultado	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis	Anual	Nacional, departamental y municipal
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	7.1 Disminuir a la mitad la proporción de población sin acceso sostenible a agua potable	7.1.1 Cobertura de agua potable a nivel nacional (% población)	Intermedio	SISAB	Anual	Nacional, urbano/rural
	7.2 Haber mejorado considerablemente, para 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de tugurios	7.1.2 Cobertura de saneamiento a nivel nacional (% población)	Intermedio	SISAB	Anual	Nacional y urbano/rural
8. Implementar alianzas globales para el desarrollo	8.1 En cooperación con compañías farmacéuticas, proveer acceso a medicamentos esenciales	8.1.1 Proporción del gasto de bolsillo de los hogares en medicamentos respecto al gasto nacional en salud	Impacto	ECH	Anual	Nacional, departamental y municipal

Fuente: Elaboración propia.

Una vez que se ha identificado el conjunto de indicadores sobre los que se realizará el seguimiento y monitoreo del progreso hacia el logro de los ODMs, se identificarán los programas y políticas asociados al desempeño de los indica-

dores seleccionados. En este sentido, el presente informe, es un documento que proporciona elementos para vincular las políticas y los resultados, asociando esta relación con la ejecución presupuestaria de recursos públicos.



2. POBREZA EXTREMA Y HAMBRE

El primer objetivo de desarrollo del milenio se propone erradicar la extrema pobreza y el hambre y define dos metas: i) Reducir a la mitad, la proporción de población que vive con menos de un dólar al día, entre 1990 y 2015 y ii) Reducir a la mitad, la proporción de población que sufre de hambre, entre 1990 y 2015.

Para el seguimiento de las metas, Bolivia adoptó dos indicadores que cuantifican el avance hacia este objetivo: a) la incidencia de pobreza extrema, que mide el porcentaje de la población que vive con ingresos por debajo de la línea de pobreza y b) la prevalencia de desnutrición en menores de 3 años².

OBJETIVO 1 Erradicar la extrema pobreza y el hambre

Meta 1: Reducir a la mitad, la proporción de población que vive con menos de un dólar al día, entre 1990 y 2015.

Meta 2: Reducir a la mitad, la proporción de población que sufre de hambre, entre 1990 y 2015.

INDICADORES NACIONALES

1. Reducir la Incidencia de pobreza extrema.
2. Reducir la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 3 años.

Los indicadores de pobreza extrema consideran la información de las encuestas de hogares, especialmente de medidas como los ingresos familiares o gastos de consumo que reflejan niveles de bienestar. A partir de 1996, las encuestas de hogares tienen representatividad a nivel nacional y permiten desagregar datos según área urbanarural³. Las estimaciones de pobreza extrema han sido calculadas con la medición de los ingresos familiares per capita utilizando líneas de pobreza nacionales, que difieren de la norma internacional de \$us 1 por persona al día⁴.

En el caso de la prevalencia de desnutrición en menores de 3 años, se recurre a información proporcionada por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), ésta tiene una periodicidad de cuatro años, representatividad por departamento, área (urbana y rural) y con información para los años 1989, 1994, 1998 y 2003.

2.1 Diagnóstico y tendencias Pobreza Extrema

La reducción de la pobreza extrema depende del crecimiento de la economía y de los cambios en la distribución del ingreso en favor de la población pobre. En el año 2002, se estima que en Bolivia existían tres millones y medio de personas en condición de pobreza extrema, aproximadamente 41% de la población nacional. Sin embargo, el área rural concentra a un porcentaje más alto, así más de dos millones se encuentran en dicha condición.

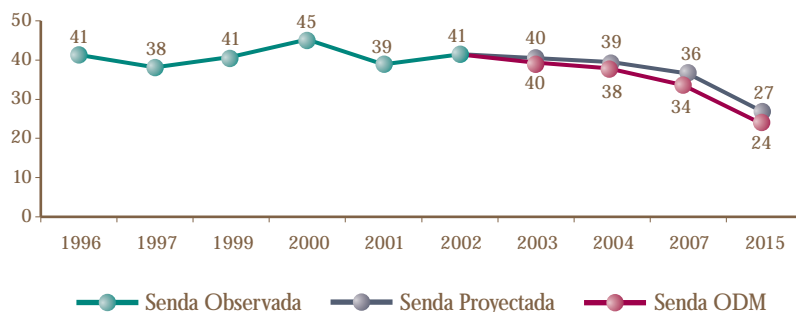
Durante los años noventa, las reformas estructurales y la expansión de las exportaciones contribuyeron a un desempeño favorable de la economía, alcanzando una tasa de crecimiento promedio por encima de 4% anual. La actividad económica se tradujo en mayores ingresos, impulsó la demanda agregada y redujo el des-

2 Se considera la desnutrición crónica, que mide la talla para la edad.

3 Existen estimaciones de pobreza a partir de 1989 referidas sólo a las ciudades capitales del país más El Alto (Ver documento de trabajo de UDAPSO. No.53 La pobreza en ciudades de Bolivia).

4 Las líneas de pobreza extrema se han definido a partir de la construcción de la canasta básica de alimentos (CBA), sobre la base de un conjunto de productos consumidos por los hogares, que son suficientes para proporcionar una ingesta de calorías, proteínas y otros nutrientes dada la masa corporal promedio de los individuos y los diferentes tipos de actividad física (CEPAL-UDAPSO, 1995). La especificación de los productos de la canasta alimentaria para el área urbana corresponden a los del Índice de Precios al Consumidor. Para el año 2002, la CBA tiene un valor de Bs.160 por persona al mes. En el área rural la canasta alimentaria fue elaborada con la Encuesta de Evaluación de Impacto del Fondo de Inversión Social 1997, que considera la representatividad para algunas regiones del área rural, el valor de la CBA rural es de Bs. 155 por persona al mes.

Gráfico 1. Evolución y proyecciones de la incidencia de pobreza extrema (1996-2015) (en %)



Nota: proyecciones basadas en escenarios de crecimiento proporcionados por el BCB y UDAPE, estas proyecciones podrían modificarse si cambian los supuestos sobre los escenarios de crecimiento. Estimaciones realizadas con el ingreso del hogar per cápita. Fuente: Encuestas de Hogares

empleo abierto hasta 4.4% en 1997, en consecuencia generaron un contexto adecuado para la reducción de la pobreza. En las capitales departamentales⁵, la incidencia de pobreza extrema se redujo desde 31.1% en 1991 a 21.3% en 1997.

La desaceleración del crecimiento observada a partir de 1999 y la profundización de la crisis hasta el año 2003 revirtió la reducción de la pobreza. El desempleo abierto se incrementó hasta niveles superiores al 9% en 2002, se elevó el porcentaje de empleo informal (cerca de 65% del empleo en el área urbana) y en algunos sectores los ingresos laborales declinaron, ello determinó menores oportunidades de los pobres para acceder a empleos e ingresos estables.

Para el seguimiento de la primera meta se ha calculado la incidencia de pobreza extrema en base al valor observado en la Encuesta Nacional de Empleo de 1996 (ENE-96), de la que se obtuvo el dato nacional más próximo a 1990. En 1996, la incidencia de extrema pobreza observada fue de 41.2% a nivel nacional, se elevó

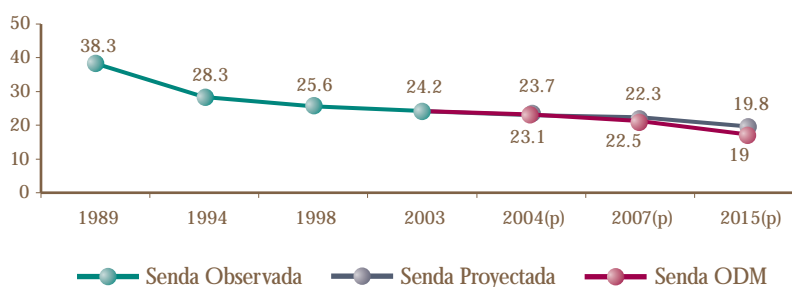
durante la crisis y prácticamente se mantuvo en niveles elevados. (Gráfico 1)

Las proyecciones de la incidencia de extrema pobreza están basadas en escenarios de crecimiento económico que consideran el desempeño previsto de las actividades en consistencia con alternativas del modelo macroeconómico. Según las proyecciones, el escenario moderado estima una tasa de crecimiento promedio de la economía cercana a 5% entre 2005-2007, y de 4% entre 2008-2015, dichos supuestos permitirán reducir paulatinamente la incidencia de pobreza extrema hasta 27% el año 2015.

La meta del milenio implica reducir la pobreza extrema de 1990 a la mitad para el año 2015, sin embargo, por restricciones de información, se ha considerado como año base a 1996, cuya estimación de la pobreza extrema era de 41%. Suponiendo que es posible reducir a la mitad la extrema pobreza en quince años (entre 1996 y 2011), por extrapolación, la pobreza extrema debería reducirse a una tasa anual de 2.7%, de manera que en 2015 la pobreza extrema debería situarse en 24%, bajo el supuesto que la tasa de reducción de pobreza es constante.

La meta del milenio implica reducir la pobreza extrema de 1990 a la mitad para el año 2015, sin embargo, por restricciones de información, se ha considerado como año base a 1996, cuya estimación de la pobreza extrema era de 41%. Suponiendo que es posible reducir a la mitad la extrema pobreza en quince años (entre 1996 y 2011), por extrapolación, la pobreza extrema debería reducirse a una tasa anual de 2.7%, de manera que en 2015 la pobreza extrema debería situarse en 24%, bajo el supuesto que la tasa de reducción de pobreza es constante.

Gráfico 2. Prevalencia de desnutrición (en %)



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA)

⁵ Las estadísticas oficiales provenientes de las encuestas de hogares tienen su origen desde el año 1989 para las ciudades capitales (e incluyen la ciudad de El Alto).

TABLA 2. Resumen del Objetivo 1 - Erradicar la extrema pobreza y el hambre

Metas Nacionales	Observado		Proyecciones		MDM 2015
	1990	Año más reciente	2007	2015	
Meta 1 Incidencia de pobreza extrema (%)	41.2 (1996)	41.3 (2002)	36.4	26.5	24
Meta 2 Prevalencia de desnutrición en menores de 3 años (en %)	38.3 (1989)	24.2 (2003)	22.5	19.8	19.0

Fuente: Elaborado en base a la información de las encuestas ENDSA y EIH.

Prevalencia de desnutrición

El compromiso del milenio de reducir a la mitad la proporción de la población que sufre de hambre se evaluará mediante la tasa de prevalencia de desnutrición crónica (talla para la edad) en menores de 3 años⁶. Como línea de base se considera el valor de la prevalencia de desnutrición en menores de 3 años de la ENDSA-1989 que alcanzaba a 38%, por lo tanto, el compromiso en el marco de los ODMs es reducirla a 19%, sin embargo, las previsiones con los datos de la ENDSA-2003, señalan que el país logrará reducirla hasta 19.8% en el año 2015 (Ver tabla 2).

Entre 1989 y 1994, la tasa de desnutrición crónica para menores de 3 años se redujo en 10%, señalando el impacto de acciones favorables a la nutrición infantil.

2.2 Políticas y programas en curso

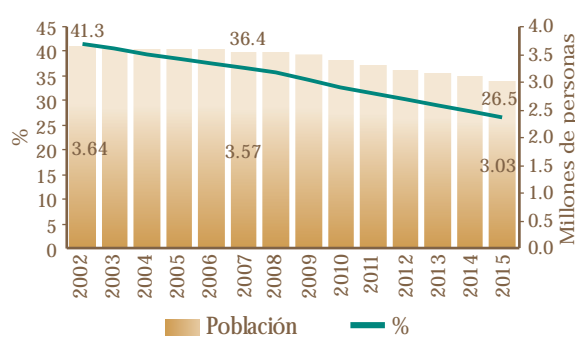
Considerando el escenario macroeconómico moderado, que prevé un crecimiento económico más inclusivo y mayores tasas de creación de empleos, la incidencia de extrema pobreza se reducirá hasta 26.5% el año 2015, por tanto no será posible alcanzar la meta en este indicador (Ver Gráfico 3)

Para alcanzar la meta de reducción de extrema pobreza, se requiere una combinación de políticas distributivas y un crecimiento con mayor impacto sobre la reducción de la pobreza. Algunos esfuerzos se han iniciado a partir de la

redefinición de una Red Integral de Protección Social⁷ que permitirá articular acciones a favor de la población en extrema pobreza y población afectada por el desempleo y la falta de ingresos. Otras medidas podrían derivarse del Diálogo Nacional Bolivia Productiva (DNBP) que enfatiza el apoyo a los ingresos de pequeños productores.

Las acciones para reducir la desnutrición están enmarcadas en el Programa Nacional de Nutrición (PNN), sin embargo los resultados en nutrición no son solo una competencia del Ministerio de Salud y Deportes (MSD), sino también de la concertación entre los principales actores, incluidos productores de alimentos, instituciones estatales y privadas, Prefecturas y Municipios.

Se destacan algunos programas en ejecución, tales como: i) Programa de Micronutrientes, que desarrolla acciones de suplemento y fortificación de micronutrientes (Hierro, yodo, vitamina "A" y

Gráfico 3. Proyecciones de pobreza extrema

Fuente: UDAPE en base a Encuestas a Hogares.

6 Bolivia no presenta problemas seguridad alimentaria por el lado de la oferta de alimentos, sin embargo, la evidencia señala problemas de desnutrición de la población que afectan el desarrollo cognitivo de los niños. (Ver documentos del Plan Nutricional en 25 municipios, MSD, 2004)

7 El gobierno de Bolivia está preparando la Estrategia de la Red de Protección Social, considerando como tema central enfrentar los riesgos que persisten en los grupos vulnerables.

flúor y otros como ser vitaminas del complejo B, C, D y E para resolver las deficiencias en la población en general y principalmente en la población vulnerable del país (reducir el “hambre oculta”); ii) Programa de Vigilancia Epidemiológica Nutricional que permite la vigilancia y monitoreo de la situación nutricional de grupos vulnerables (adolescentes, mujeres embarazadas y púerperas), este programa busca identificar a los grupos en mayor riesgo de contraer enfermedades por deficiencia o por exceso de alimentación e inadecuada nutrición de la población; y el iii) Programa de Seguridad Alimentaria que se ocupa de que la población tenga acceso físico y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos, para satisfacer sus necesidades nutricionales y sus preferencias alimentarias, a fin de llevar una vida activa y saludable y mantenerse en óptimas condiciones de salud.

2.3 Desafíos para lograr el cumplimiento

Para reducir a la mitad la Pobreza Extrema hasta el año 2015, se requiere articular políticas: i) Estructurales: mantener la estabilidad macroeconómica y promover el crecimiento de la economía con mayor impacto sobre la reducción de la pobreza; ii) Mitigación: Medidas orientadas a aliviar a la población vulnerable, afectada por la crisis económica y otros eventos que producen pérdidas de ingresos (a través de la Red de Protección Social); iii) Coyunturales: Programas específicos, focalizados hacia los grupos más vulnerables de la población.

La combinación de mayores tasas de crecimiento y reducción de la desigualdad permitirán generar un nuevo escenario para la reducción de la pobreza, un aumento del ingreso (efecto crecimiento) y cambios distributivos a favor de los pobres (efecto distribución), ambos efectos podrán reducir la pobreza de manera más significativa. Las políticas para el crecimiento dependen sustancialmente de mayores tasas de inversión, en particular del sector privado, ello

requiere establecer un equilibrio social y político que genere señales de estabilidad para mejorar la rentabilidad de la inversión interna y externa.

El mercado laboral tiene deficiencias para la generación de oportunidades de los pobres. Las imperfecciones del mercado impiden una adecuada inserción laboral de los trabajadores más productivos y tampoco proporcionan incentivos a la productividad, ello implica la necesidad de políticas que mejoren el funcionamiento del mercado laboral, con un alto sentido de inclusión social e incorporación gradual del sector informal a la economía boliviana.

En el caso de la Nutrición es necesario articular mecanismos institucionales que promuevan mayor coordinación entre ministerios sectoriales, fortalecer la provisión, flujo y análisis de la información, establecer instancias de planificación en los niveles departamentales e integración de la seguridad alimentaria y la nutrición en las políticas y planes departamentales de desarrollo.

La formulación y seguimiento de las acciones nacionales en beneficio de la seguridad alimentaria en el país deben contar con sistemas de monitoreo en sus diferentes aspectos: disponibilidad, acceso y consumo de los alimentos, estado nutricional e institucionalidad del sistema; así como el monitoreo de la vulnerabilidad, a la inseguridad alimentaria y la prevención de eventos adversos de origen climático, agrícola, macroeconómico y social.

El Ministerio de Salud y Deportes debe implementar acciones orientadas a mejorar las condiciones nutricionales de las madres y las mujeres en edad fértil, dado que mujeres con mejor condición nutricional tienen mayor probabilidad de tener hijos sanos y saludables, garantizando una adecuada lactancia materna en los primeros meses de edad. Asimismo, se deben extender y fortalecer los programas de fortificación de hierro y vitamina “A” orientados al menor de 3 años.



3. EDUCACIÓN PRIMARIA UNIVERSAL

Uno de los objetivos más importantes de las metas del milenio es alcanzar la educación primaria universal. En Bolivia, según el CNPV 2001, 13.3% de la población era analfabeta. Esta situación es preocupante dado que es una de las más altas de la región, solo comparable a la de Brasil con 14.7% el 2001. Los indicadores seleccionados para el seguimiento a este objetivo

son la cobertura neta de primaria y la tasa de término de 8vo de primaria. Si la cobertura y la tasa de término bruta se mantendrían en niveles sostenidamente elevados, en el mediano plazo el problema de analfabetismo se reduciría sustancialmente. Ambos indicadores son calculados anualmente por el Sistema de Información de Educación (SIE).

OBJETIVO 2 Alcanzar la educación primaria universal

Meta 3: Asegurar para 2015 que todos los niños y niñas tengan la posibilidad de terminar el ciclo completo de educación primaria.

INDICADORES NACIONALES

1. Cobertura neta de primaria.
2. Tasa de término bruta de 8º de primaria.

3.1 Diagnóstico y tendencias

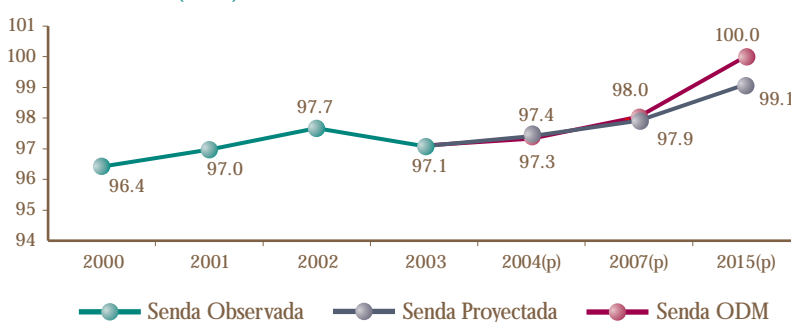
El sector educativo ha presentado mejoras a través de la implementación de la Reforma Educativa. Como se observa en los datos del SIE, ya en el 2001 la cobertura neta de primaria⁸ alcanzaba a 97%. Esta tendencia fue creciendo en los últimos años hasta 2003 donde alcanzó 97.1%. A este ritmo, se esperaría que para el año 2015 el valor de este indicador fuese muy cercano al 100%.

Por otro lado la evolución de la tasa de término bruta de primaria⁹ ha tenido una tendencia similar, aunque en 2003 no ha superado el 75%, en consecuencia la generación de niños en edad escolar primaria es favorable sobre todo en los primeros años de escolaridad. Estos cambios son explicados por la aplicación de estrategias dentro de la Reforma Educativa, como por ejemplo el incremento en el

número de escuelas en el área rural del país y acciones tendientes a garantizar la permanencia a través de mejoras de la formación docente y de la aplicación de la modalidad bilingüe.

Considerando los indicadores departamentales, Pando tiene la mayor tasa de cobertura neta que supera el 100%¹⁰ probablemente debido a efectos demográficos que determinan migración para recibir servicios educativos. Al contrario, Tarija y Potosí son los departamentos con menores coberturas de 90%.

Gráfico 4. Evolución de la tasa de cobertura neta de primaria (en %)



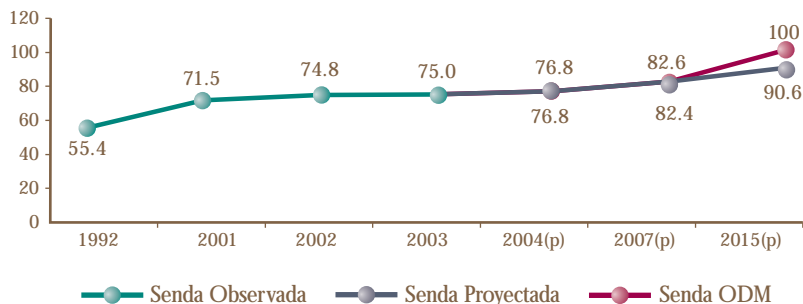
Fuente: Elaborado en base a los datos del SIE.

8 La cobertura neta en el nivel primario se define como el número de alumnos inscritos en el nivel primario que tienen la edad oficial para asistir a ese nivel, expresado como porcentaje de la población total en edad correspondiente.

9 La tasa de término bruta de primaria es igual a la razón entre el número total de alumnos promovidos de octavo de primaria en un año dado, entre la población que tiene la edad oficial para asistir a ese grado (13 años)

10 Es posible que esta cifra también incluya errores en los denominadores poblacionales utilizados para el cálculo. Estas cifras están siendo revisados y ajustados por el INE y los sectores.

Gráfico 5. Evolución de la tasa de término de primaria (en %)

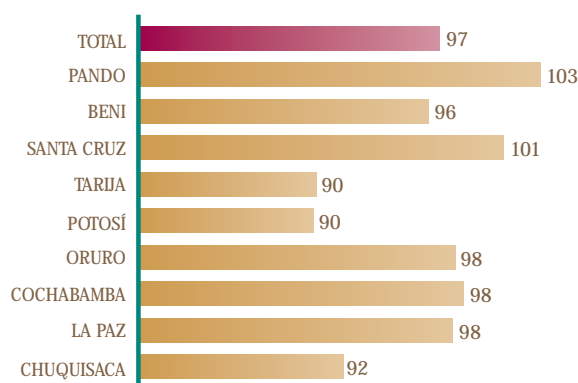


Fuente: Elaborado en base a los datos del SIE.

Respecto a la tasa de término bruta a nivel departamental para el año 2003, el departamento en condiciones más desfavorables es Chuquisaca con 54.9%, en contraste, los departamentos de La Paz y de Oruro son los que presentan mayores tasas de término, superiores al 80%. La relación entre tasa de término y escolaridad muestra que el mayor grado de escolaridad de los padres incide favorablemente a la permanencia en primaria, es decir que los resultados educativos se transfieren de generación a generación.

Es previsible que al ritmo histórico, para 2015 ambos indicadores alcancen niveles superiores al 90%, en el caso de la cobertura neta se prevé alcanzar prácticamente la meta de educación básica universal, a diferencia de la tasa de término bruta que se espera alcanzará a 90%, dado que muchos de los factores que afectan a este indicador son exógenos a la oferta educativa y se relacionan a con la demanda (ingresos laborales, características de los hogares, acceso a escuelas y otros).

Gráfico 6. Cobertura neta de primaria el 2003 (en %)



Fuente: Elaborado en base a los datos del SIE.

3.2 Políticas y programas en curso

El Ministerio de Educación está implementando desde 1995 el Programa de Reforma Educativa (PRE), con el objetivo de elevar la cobertura y la calidad de los servicios educativos públicos. Este programa introdujo importantes cambios al Sistema Educativo Nacional, involucrando una mayor participación de la comunidad en

el sector de educación, estableció nuevas organizaciones curriculares, reconfiguró niveles y modalidades de educación. Uno de los pilares del PRE es el Sistema de Información Educativa (SIE), que facilita la toma de decisiones, y el Sistema de Medición de la Calidad de la Educación (SIMECAL) para medir los avances cualitativos de la Reforma.

El Ministerio de Educación implementa tres estrategias de intervención : i) La estrategia rural a través de los Proyectos Educativos de Núcleo (PEN); ii) La estrategia urbana mediante los Proyectos Educativos Red (PER), y iii) La estrategia indígena que se traduce en los Proyectos Educativos Indígenas (PEI), estos proyectos están dirigidos a mejorar la calidad y fortalecer la equidad de la educación logrando que los actores participen en diseño del currículo, métodos, y administración de los servicios educativos.

En 2003 y 2004, se mejoró la capacidad de gestión de los servicios escolares a través de la institucionalización de los cargos de directores de unidades educativas, se desarrolló un proceso de descentralización de la gestión escolar con el fortalecimiento de los Servicios Departamentales de Educación (SEDUCAs), y la disminución de personal sobredimensionado en algunas divisiones del sector, y se amplió el SIE con los siguientes módulos: Subsistema de Información Estadística e Infraestructura, Registro de Unidades Educativas, y el Subsistema de Información Docente y el Subsistema de Información de Servicios Educativos en Núcleos.

Se han realizado esfuerzos para mejorar la calidad de los docentes a través de la creación de un sistema de incentivos a la permanencia rural, el ba-

TABLA 3. Resumen del Objetivo 2 - Alcanzar la educación universal

Metas Nacionales	Observado		Proyecciones		MDM 2015
	1990	Año más reciente	2007	2015	
Meta 1 Tasa de cobertura neta de primaria	n.d.	97.1 (2003)	97.9	99.1	100
Meta 2 Tasa de término bruta de 8vo. de primaria	55.4 (1992)	75.0 (2003)	82.4	90.6	100

Fuente: Elaborado en base a la información de las encuestas ENDSA y EIH.

chillerato pedagógico a estudiantes indígenas, y se ha delegado las responsabilidades de los Institutos Normales Superiores a las universidades. Finalmente, se ha cambiado el diseño curricular de primaria fortaleciendo el eje intercultural y la modalidad bilingüe, además de la integración de niños con discapacidades físicas al sistema público de educación.

3.3 Desafíos para lograr el cumplimiento

Es necesario priorizar esfuerzos para “garantizar que todos los niños completen la primaria con calidad hasta el 2015”, esto implica que cada niño debe de completar ocho años de escolaridad, a diferencia de los seis años definidos como primaria a nivel internacional, esto implica un mayor esfuerzo para el país.

Entre los principales desafíos se menciona:

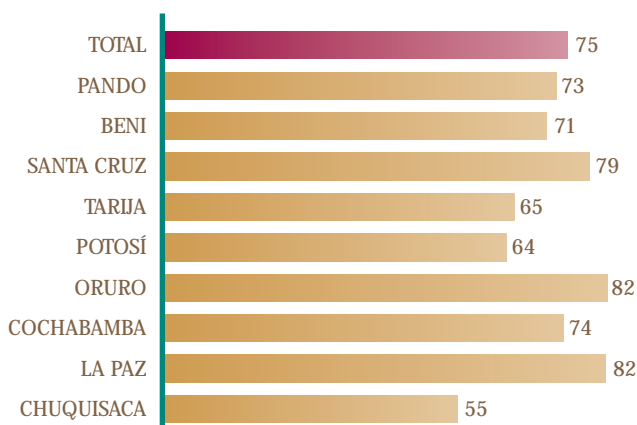
- Disponer de recursos financieros que permitan completar la carga horaria de acuerdo a los planes de estudio.
- Descentralizar las capacidades para la adecuación de la política educativa en los niveles locales como municipios y comunidades.
- Introducir definitivamente el enfoque intercultural en el currículo.
- Reducir la extra edad en los alumnos inscritos.
- Consolidar la reforma en el nivel primario y avanzar en la reforma del nivel secundario e inicial.
- Completar la oferta escolar para garantizar el acceso en áreas rurales dispersas.

vii) Analizar nuevos incentivos por el lado de la demanda educativa.

El Ministerio de Educación debe realizar una evaluación del déficit de docentes y proyecciones de su demanda a futuro. Se requieren proyecciones de matrícula y del número de maestros en un horizonte mínimo de 10 años como información básica para establecer los requerimientos de recursos del sector y analizar alternativas para asegurar su sostenibilidad.

El nivel departamental, a su vez, debería coordinar junto con los municipios la distribución de los ítems a partir de techos y estimaciones realizadas desde el nivel central, de acuerdo a las necesidades reales de cada núcleo y distrito y las disponibilidades globales de la región, con especificación de niveles y especialidades. En estos ámbitos, departamental y municipal, la participación de la población debería ser adecuadamente promovida y apoyada, lo que podría contribuir a la toma de decisiones con criterios técnicos y eficientes. El desarrollo de estas acciones contribuirá a una gestión más eficiente de los recursos del sector.

Gráfico 7. Tasa de Término Bruta de 8vo de primaria 2003 (en %)



Fuente: Elaborado en base a los datos del SIE.

4. GÉNERO

El compromiso del Milenio en esta meta es promover la equidad de género y la autonomía de la mujer, a partir de la eliminación de la disparidad en la educación primaria y secundaria, preferentemente para el 2005 y en todos los niveles de educación no más tarde de 2015. Se plantea el logro de la equidad de género en el acceso a capacidades, en términos de acceso y permanencia

equitativa a la educación primaria y secundaria por parte de hombres y mujeres.

Por lo tanto, los indicadores seleccionados que reflejan las diferencias en el logro educativo en primaria y secundaria entre hombres y mujeres son la tasa de término bruta del nivel primario y la tasa de término bruta de nivel secundario.

OBJETIVO 3 Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer

Meta 4: Eliminar la disparidad de género en la educación primaria y secundaria, preferentemente en 2005 y en todos los niveles de educación no más tarde de 2015.

INDICADORES NACIONALES

1. Brecha de género en la tasa de término bruta de 8° de primaria.
2. Brecha de género en la tasa de término bruta de 4° de secundaria

4.1 Diagnóstico y tendencias

Las coberturas netas nacionales y por departamento no muestran diferencias entre hombres y mujeres. La brecha entre niños y niñas en primaria está prácticamente superada, y tan solo en educación secundaria se presentan algunas diferencias, aunque éstas no son significativas. La cobertura neta en educación primaria para la niñas alcanza a 96.5% en 2002 y para los niños 96.7% en la misma gestión. La cobertura neta en educación secundaria alcanzó a 53.5% para mujeres y 56.3% para hombres en 2002. De manera general, la cobertura educativa de niñas y adolescentes está avanzando y la tendencia muestra que la brecha se está eliminando.

El porcentaje de niñas que culmina la primaria (tasa de término) se ha incrementado de 52.1% en 1992 a, 73.3% en 2003. Asimismo, en el caso de los niños, este porcentaje subió de 58,7% a 76.7% para el mismo periodo.

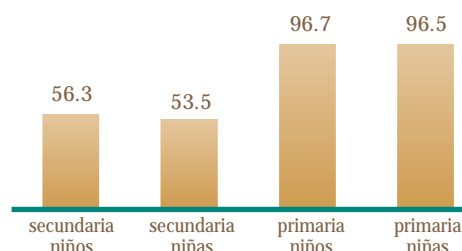
La brecha en la tasa de término de primaria es más elevada que la de secundaria. Se observaron avances significativos en este indicador desde 1992, año en que los indicadores fueron de 6.6% y de 3.4% en primaria y secundaria respectivamente, reduciéndose a 3.4% y -0.1% el 2003, respectivamente, como consecuencia del avance en la implementación de la Reforma Educativa, que introdujo acciones para reducir

la inequidad de género en la escuela, lo que se tradujo en un mayor acceso y permanencia de las mujeres en las escuelas.

4.2 Políticas y programas en curso

Dadas las necesidades educativas de la población, la Reforma Educativa planteó respuestas que benefician a toda la población y, en esa medida, la nueva educación boliviana adoptó las características de Educación para Todos, que tiene como ejes vertebradores a la interculturalidad en reconocimiento de la diversidad étnica, cultural y lingüística, y a la participación social en reconocimiento a la necesidad de democratizar la educación adecuándola a las necesidades educativas de las comunidades.

Gráfico 8. Cobertura neta en educación primaria y secundaria, 2002 (en %)



Fuente: Unidad de Análisis, Ministerio de Educación 2004

TABLA 4. Resumen del Objetivo 3 - Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer

Metas Nacionales	Observado		Proyecciones		MDM 2015
	1990	Año más reciente	2007	2015	
Meta 1 Brecha de género en tasa de término bruta de 8vo. de primaria	6.6 (1992)	3.4 (2003)	2.2	1.0	0.0
Meta 2 Brecha de género en tasa de término bruta de 4to. de secundaria	3.4 (1992)	-0.1 (2003)	0.0	0.0	0.0

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del SIE

A fin de satisfacer las necesidades de aprendizaje de los educandos y responder a las necesidades de desarrollo de las regiones y del país en su conjunto, el sector planteó los siguientes objetivos.

- Plena cobertura de atención a la población en edad escolar, a través de sus distintos niveles y modalidades.
- Calidad expresada en la relevancia social, en la pertinencia cultural y lingüística, y en la permanente actualización del currículum.
- Equidad expresada en la igualdad de oportunidades en el acceso, avance y permanencia en el sistema para niños y niñas de área rural y urbana, indígenas y no indígenas, así como también en la calidad del servicio que reciben.
- Eficiencia en el uso de recursos humanos, materiales y financieros, cuya asignación debe asociarse directamente con las prioridades de desarrollo nacional.

Para cumplir con los objetivos señalados, se han venido implementado un determinado conjunto de políticas, entre las cuales se destacan:

- El reconocimiento de la diversidad cultural del país como un recurso valioso, adoptando, en

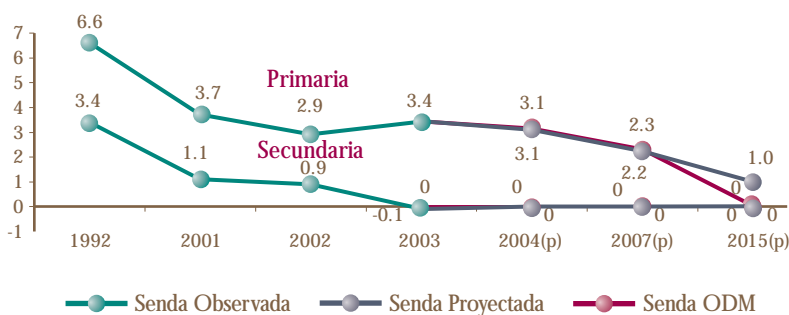
consecuencia, el enfoque intercultural en todos los niveles y modalidades del sistema educativo nacional, e incorporando la modalidad bilingüe para la atención de los educandos de lengua materna originaria.

- La creación de condiciones que aseguren el acceso y la permanencia de todos los educandos en la escuela, particularmente en el área rural y en especial de las niñas.
- La eliminación de toda forma de discriminación en los contenidos de programas y textos escolares, promoviendo el cambio de mentalidad y actitudes individuales y colectivas en procura de construir una sociedad donde prevalezcan el respeto y la valoración de la diversidad y de las diferencias étnicas, lingüísticas, culturales, religiosas y de género.

Por otro lado y complementariamente, desde 2001 el Viceministerio de la Mujer viene implementando el Plan Nacional de Equidad de Género, el Plan Nacional de Lucha contra la Violencia hacia la Mujer y el Programa Nacional de Erradicación de la Pobreza de las Mujeres. El Plan Nacional de Equidad de Género, propone normas y políticas dirigidas a la aplicación de los principios de equidad e igualdad de oportunidades y derechos entre mujeres y hombres en los diferentes espacios del desarrollo y plantea la institucionalización de la perspectiva de género en las políticas públicas.

El segundo programa tiene como objetivo potenciar económicamente a la mujer rural pobre y generar capacidades para la producción de manera que se facilite el acceso a servicios, su integración social y

Gráfico 9. Brecha de género en las tasas de término (en %)



Fuente: Sistema de Información Educativa (SIE).

mejore cualitativamente el ejercicio de la ciudadanía.

El tercer plan tiene el objetivo de disminuir la violencia en sus relaciones inter e intra genéricas, asumiendo valores de convivencia pacífica, conductas tolerantes y un accionar con armonía, respeto a la diferencia y a la autodeterminación en todos los campos de la vida, especialmente sin distinción de edad, sexo, clase o etnia.

4.3 Desafíos para lograr el cumplimiento

La implementación de la Reforma Educativa desde 1994 permitió grandes avances en la temática de educación y género. Sin embargo, persisten inequidades entre hombres y mujeres que deben ser analizadas y discutidas para definir programas y proyectos que promuevan la equidad de género de manera integral y participativa.

La integración de la equidad de género en las políticas públicas en general y en las educativas en particular, es compleja ya que implica cambios culturales. Algunas dificultades y desafíos que se plantean, se refieren a la falta de recursos

financieros destinados a la equidad de género en educación. El análisis de coberturas no muestra importantes disparidades de género a nivel nacional, sin embargo el plan no cuenta con suficientes recursos para su efectiva implementación. Se precisa mayor apoyo financiero y técnico para alcanzar las metas propuestas en la Reforma Educativa que tienen relación con la equidad de género, así como el apoyo a las actividades propuestas referidas a:

- La consolidación de los esfuerzos realizados para incorporar el enfoque de género y la interculturalidad en la educación primaria y extenderlos al resto del sistema educativo, en todos sus niveles y formas.
- La creación de programas de acceso de las mujeres adultas a la educación en el área rural en todos sus niveles y modalidades, que incluyan alfabetización, capacitación técnica básica y apoyo a programas de acceso y retención escolar para las niñas.
- Mayor coordinación entre el Ministerio de Educación y el Viceministerio de la Mujer, para implementar acciones orientadas a incentivar la demanda por educación en niñas y mujeres.



5. MORTALIDAD EN LA NIÑEZ

El cuarto objetivo de desarrollo del milenio se refiere a la reducción en la mortalidad en la niñez y su meta es disminuir en dos tercios la tasa de mortalidad en menores de cinco años entre 1990 y 2015. En Bolivia, se ha decidido considerar dos indicadores que permitirán cuantificar el avance hacia este objetivo, que son la tasa de mortalidad infantil (TMI) y la cobertura de vacunación con pentavalente en el menor de un año¹¹.

La razón por la que se seleccionó a la TMI como indicador trazador de la tasa de mortalidad en la niñez, se debe a que la mayor frecuencia de

muerte se concentra en el menor de un año. La fuente de información para el seguimiento del desempeño de este indicador es la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), que tiene una periodicidad de cuatro años.

Con el propósito de realizar un monitoreo anual de las intervenciones asociadas a la reducción de mortalidad en la niñez, se consideró pertinente incluir a la cobertura de vacuna pentavalente al menor de un año, como indicador de proceso relacionado con una de las intervenciones más costo-efectivas orientadas a la reducción de la mortalidad infantil.

OBJETIVO 4 Reducir la mortalidad en la niñez

Meta 5: Reducir en 2/3 la tasa de mortalidad en la niñez, entre 1990 y 2015.

INDICADORES NACIONALES

1. Tasa de mortalidad infantil.
2. Cobertura de vacuna pentavalente en menores de un año.

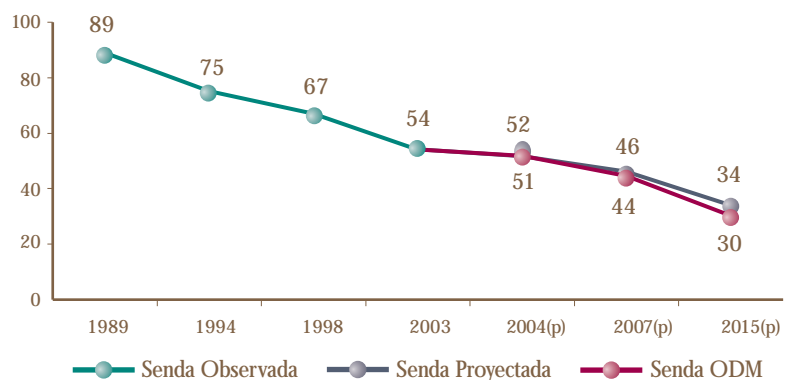
5.1 Diagnóstico y tendencias

El compromiso del milenio de reducir la tasa de mortalidad de la niñez en dos tercios fue asumido para la tasa de mortalidad infantil en Bolivia. Como línea de base se toma el valor de la tasa de mortalidad infantil quinquenal de la ENSDA-89 que alcanzaba a 89 por 1.000 nacidos vivos (n.v.), por lo tanto, el compromiso en el marco de los ODMs es reducirla a 30 por 1.000 n.v., sin embargo, las previsiones con los datos de la ENSDA-2003, señalan que el país logrará reducirla a 34 por 1.000 n.v. (Ver Gráfico 10)

La tendencia de la tasa de mortalidad infantil y de la niñez, a partir del año base (1989), muestra un marcado ritmo de reducción. Entre 1989-1994 la tasa de decrecimiento de la TMI alcanzó a

16%, en el periodo 1994-1998 fue de 11% y el ritmo más acelerado de decrecimiento se registró en el último quinquenio (1998-2003) con 19%. La tendencia decreciente en la tasa de mortalidad infantil en este último periodo, podría explicarse por la ruptura de la barrera económica dada por la consolidación de los programas de aseguramiento público para madres y niños menores

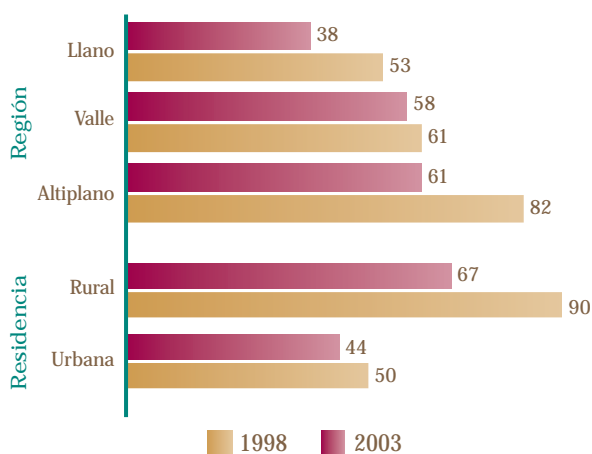
Gráfico 10. Tendencia y proyecciones de la TMI por 1.000 nacidos vivos



Fuente: ENSDA 1989-1994-1998-2003 y estimaciones propias.

¹¹ Ver UDAPE 2005.

Gráfico 11. Tasa de mortalidad infantil, según residencia y región
Periodo: 1998-2003



Fuente: ENDSA 1998 y 2003.

de cinco años, desde el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, el Seguro Básico de Salud y el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Por otra parte, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se ha fortalecido, incluyendo en su esquema básico a la vacuna pentavalente, cuyas bondades crean inmunidad contra varias enfermedades del menor de 5 años.

Pese a los importantes avances en la reducción de la TMI a nivel nacional, es importante considerar que detrás del promedio nacional, se encuentran marcadas disparidades en el desempeño del indicador, según área geográfica y piso ecológico. En 1998, la TMI nacional era de 67 por mil n.v., sin embargo, en el área urbana era de 50, mientras que en el área rural ésta alcanzaba a 90 por mil n.v. Según región, el altiplano concentraba el 82 por mil de las muertes infantiles, respecto a 61 y 53 en los valles y llanos respectivamente. (Ver Gráfico 11)

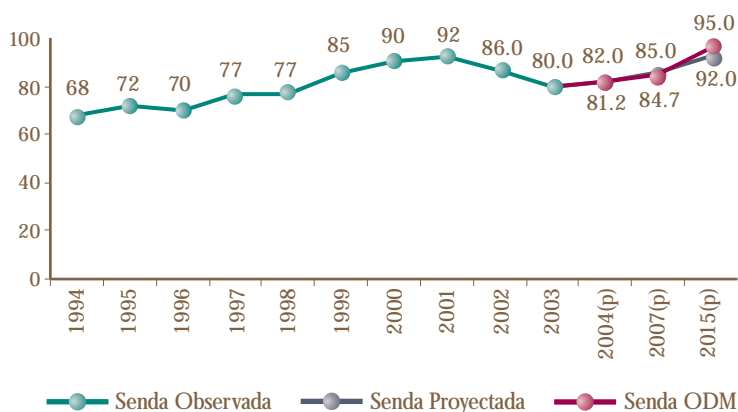
Los datos de la ENDSA 2003, muestran que la reducción de la TMI a nivel nacional a 54, ha ido cerrando la brecha, según área de residencia y región. Mientras en el área urbana la reducción de la TMI

en el periodo 1998-2003 fue de 6 puntos, en el área rural esta disminución fue de 23 puntos. Según región, el altiplano a pesar de presentar la mayor TMI, muestra el mejor desempeño, dado que la TMI se ha reducido en mayor cuantía que el resto de las regiones.

La cobertura de vacuna pentavalente en el menor de un año es un indicador reciente, dado que la introducción de esta vacuna en el esquema básico del PAI se produjo en el año 2000, sin embargo, la aplicación de la DPT3 en anteriores años requería una logística similar a la pentavalente, por lo tanto, ambas vacunas son comparables y se puede contar con una serie histórica. Lamentablemente, el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) enfrenta varios problemas con el módulo demográfico, por lo tanto, los denominadores para el análisis de coberturas utilizan las estimaciones poblacionales realizadas por CELADE para el decenio 1995-2005.

En general, el PAI tuvo un desempeño favorable en la aplicación de la DPT3, desde 1996 la tendencia fue creciente hasta el año 2000, en el que se incorpora la pentavalente en el esquema básico de vacunación. La introducción de la pentavalente tuvo gran acogida en la población, incrementándose la cobertura en 2001 a 92%, posteriormente, la cobertura disminuye y parece estancarse en el 80%, como consecuencia de la volatilidad de los recursos financieros asignados a este importante programa.

Gráfico 12. Cobertura de DPT3 y Pentavalente en menores de un año, Periodo 1994-2003
(en %)



Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)

TABLA 5. Resumen del Objetivo 4 - Reducir la mortalidad de la niñez

Metas Nacionales	Observado		Proyecciones		MDM 2015
	1990	Año más reciente	2007	2015	
Meta 1 Tasa de Mortalidad Infantil x 1000 nacidos vivos	89 (1989)	54 (2003)	46.0	34.0	30.0
Meta 2 Cobertura de vacuna pentavalente en menores de 1 año	68 (1994)	80 (2003)	85.0	92.0	95.0

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del SNIS y ENDSA

5.2 Políticas y programas en curso

Para mejorar la salud infantil, se puso en vigencia el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), vigente desde enero de 2003, con carácter universal, integral y gratuito para otorgar prestaciones de salud en todos los niveles de atención en el Sistema Boliviano de Salud, al menor de 5 años y a la mujer embarazada hasta seis meses después del parto inclusive. El MSD pretende mejorar este programa de aseguramiento público, rediseñando los paquetes de atención en el marco de la atención primaria, con un enfoque intercultural e incorporando algunas prestaciones de manera gradual para otros grupos de población como la mujer en edad fértil.

La población beneficiaria estimada para el 2003 fue de 1.852.942 personas, de ellos, 1.252.157 son niños menores de 5 años, 327.700 mujeres embarazadas y 273.085 neonatos. El SUMI se financia mediante impuestos nacionales a través de la coparticipación tributaria municipal (7% para el 2003, 8% para el 2004 y 10% a partir del 2005) y el Fondo Solidario Nacional (FSN), que son recursos provenientes de la Cuenta Especial del Diálogo Nacional 2000 (Recursos HIPC II, programa de alivio de la deuda externa), que se otorgan a demanda, cuando los recursos de coparticipación son insuficientes. El Tesoro General de la Nación (TGN) financia los recursos humanos del subsistema público de salud, mientras que la Seguridad Social de Corto Plazo o establecimientos adheridos bajo convenio, financian sus recursos humanos con fondos propios.

Por otra parte, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se encuentra en proceso de gestionar la aprobación de la Ley de Vacunas, en la que se establece que los recursos transferidos

por las Cajas de Salud al Ministerio de Salud deben utilizarse exclusivamente como contrapartes para programas preventivos, entre los cuales se encuentra el PAI. Asimismo, el Programa de Extensión de Coberturas (EXTENSA) se adecuará para ser un instrumento de apoyo al SUMI y otros programas del MSD para luchar contra las inequidades en el acceso a servicios de salud en áreas dispersas.

5.3 Desafíos para lograr el cumplimiento

La meta de reducir la tasa de mortalidad infantil a 30 por 1.000 n.v en el año 2015 es poco factible, dado que el país entrará en una fase de mortalidad más dura, donde el ritmo de reducción de la TMI depende de factores clínicos cuya resolución requiere de mayor equipamiento en la red de servicios. Sin embargo, aún quedan aspectos pendientes en la implementación del SUMI, como la revisión de los paquetes y la orientación del gasto a la atención primaria de salud con enfoque intercultural, que permita aproximar los servicios a grupos étnicos que tienen resistencia a asistir a los servicios como el caso del pueblo aymará (Narváez y Saric, 2004).

El PAI debe diseñar un reglamento para el proyecto de Ley de Vacunas que permita implementar medidas orientadas a incrementar la captación de los menores de un año, tanto en servicio como en campaña, para repuntar las coberturas que se tuvieron en 2000 y 2001 y así lograr que la cobertura de pentavalente llegue al 95% de los niños para 2015.

En la medida que persistan problemas asociados a la dispersión poblacional en la provisión de servicios de salud, el Programa de Extensión de Coberturas (EXTENSA) continuará siendo un

paliativo importante para aproximar la oferta de servicios a comunidades que radican en lugares de difícil acceso. El acceso a los insumos críticos del sistema de salud, como es el recurso humano médico y para-médico y los medicamentos, se logrará en la medida que la red pública de servicios

sea fortalecida. Se precisa contar con un diagnóstico exhaustivo de las dotaciones del sistema de ambos recursos para observar las brechas y cuantificar los recursos que serán necesarios para garantizar la capacidad de respuesta del sistema de salud y su sostenibilidad.



6. SALUD MATERNA

En el caso de la salud materna se han seleccionado dos indicadores, la tasa de mortalidad materna que refleja directamente la meta 6 y la cobertura de partos institucionales que refleja una de las medidas preventivas más importantes para reducir la mortalidad materna. La tasa de mortalidad materna (TMM) es un indicador multicausal y está relacionado con el perfil reproductivo de las mujeres. El indicador se calcula sumando las muertes maternas (embarazo, parto o puerperio) sobre la tasa general de fecundidad. Este indicador es calculado utilizando la informa-

ción de la ENDSA respecto a las muertes maternas provista por las hermanas de las fallecidas o utilizando información del Censo.

En cuanto a la cobertura de partos institucionales, se calcula dividiendo el total de partos institucionales registrados sobre el número de partos esperados. La fuente de información para calcular este indicador es el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), es posible obtener desagregaciones urbano/rural, departamentales y municipales.

OBJETIVO 5 Mejorar la salud materna

Meta 6: Reducir en 3/4 la tasa de mortalidad materna, entre 1990-2015

INDICADORES NACIONALES

1. Tasa de mortalidad materna.
2. Cobertura de partos institucionales.

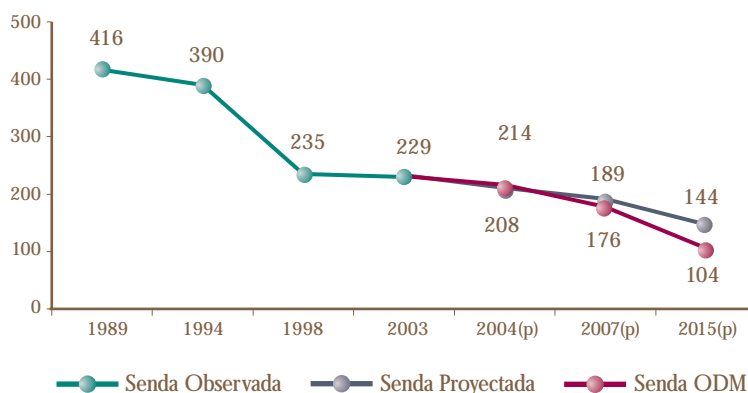
6.1 Diagnóstico y tendencias

En 1989, la TMM era de 416 por 100.000 nacidos vivos, una de las más altas en América Latina y con severos problemas de disparidad entre el área urbana y rural. En 1998 este valor se redujo a 390 por 100.000 nacidos vivos, mostrando una evolución relativamente satisfactoria. La ENDSA de 1998 no incluyó un módulo de mortalidad materna, por lo que se tuvo que esperar a las estimaciones de la encuesta post-censal del Censo

Nacional de Población y Vivienda de 2001, para calcular la tasa de mortalidad materna, dando un valor de 235 por 100.000 nacidos vivos, mostrando un avance significativo en la reducción de este indicador, mismo que se confirmó cuando se introdujo un módulo de mortalidad materna en la ENDSA-2003, dando como resultado un valor de 229 por 100.000 nacidos vivos.

El compromiso de reducir la tasa de mortalidad materna de 416 por 100.000 n.v. en 1989 a 104 es poco factible, según la tendencia de esta serie se estima reducirla a 144 por 100.000 n.v. para el año 2015. (Ver gráfico 13)

Gráfico 13. Evolución y Proyección de la TMM x 100,000 n.v. 1989-1994-2001-2003.



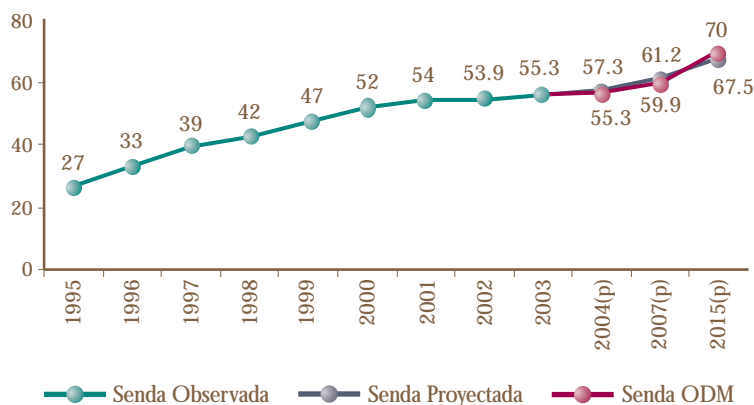
Fuente: ENDSA 1989-1994-1998-2003 y estimaciones propias.

El SNIS enfrenta serios problemas de consistencia en su módulo demográfico, que es utilizado en los denominadores para el cálculo de coberturas de los indicadores. En el caso de la cobertura de parto institucional, los partos esperados se calculan en base al crecimiento demográfico de la población, sin embargo, aún no se cuen-

tan con las proyecciones poblacionales a partir del CNPV 2001, por lo que los denominadores en algunos casos se encuentran sobrestimando la población.

A pesar de los problemas con los denominadores, el número de partos institucionales ha entrado en una meseta, con tasas de crecimiento que se han mantenido relativamente constantes en los últimos años, señalando que la ruptura de la barrera económica marcada por los seguros públicos de salud, no basta para incrementar las coberturas.

Gráfico 14. Cobertura de partos institucionales 1994-2003 (en %)



Fuente: ENDSA 1994-1998-2003. Estimaciones propias

Como se puede apreciar en el Gráfico 14, la cobertura del parto institucional ha crecido notablemente desde 1994, cuando se implementó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez y la tasa de crecimiento es mayor cuando se implementa el Seguro Básico de Salud entre 1998 y 2000. Sin embargo, para el 2003, la cobertura alcanza a 55%, cuando el compromiso de la Reforma de Salud fue alcanzar el 58%.

Las principales causas de mortalidad materna en Bolivia son las hemorragias (23%), infecciones (14%) vinculadas al parto, complicaciones de abortos inseguros (16%), Eclampsias¹² (12%) (MSPS, 2000).

Esta situación se explica parcialmente por las bajas coberturas de atención del parto institucional y de cuarto control prenatal. En 2003, la cobertura de cuarto control prenatal llegó apenas al 38%.

En el caso del 4to control prenatal se observa que desde 1994 este indicador ha tenido una evolución creciente a excepción del año 2002, esta tendencia se explica por la implementación de los seguros públicos de salud, SNMN (1994), SBS (1998), y SUMI (2003).

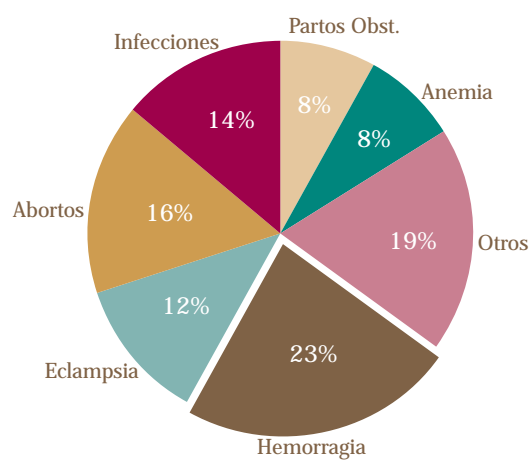
6.2 Políticas y programas en curso

En la actualidad la fecundidad observada es de 4,4 hijos por mujer y la deseada, 2.6, por lo que

es necesaria una mayor coordinación de políticas para evitar los partos no deseados, para ello, se desarrolla una estrategia de “Sexualidad para la vida” para: (i) reducir los embarazos no deseados (que directamente repercuten en abortos y mortalidad materna), (ii) promover el espaciamiento intergenésico, y (iii) reducir los embarazos de alto riesgo obstétrico.

El énfasis se orienta a la promoción y prevención. Se continuará con la Educación sexual para la vida, como estrategia transversal con el Sistema Educativo medio y superior (universitario), con las Fuerzas Armadas mediante el Programa Centinelas de Salud y con las Organizaciones Sociales.

Gráfico 15. Causas de Mortalidad Materna



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes

¹² Eclampsia, proceso agudo de convulsiones desencadenado por una hipertensión mal controlada durante el embarazo.

Además se busca garantizar la oferta de insumos de Planificación Familiar, especialmente en el área rural, por la elevada tasa global de fecundidad (6,4), en tanto que en el área urbana es de 3,8 hijos por mujer.

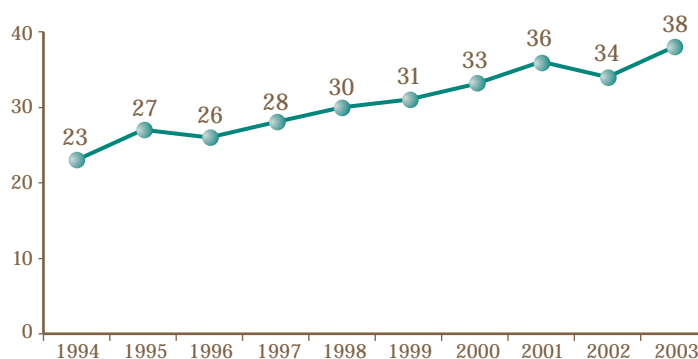
Finalmente en la gestión 2004 se ha lanzado el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004 – 2008 (PNSSR), junto con los Planes de Maternidad y Nacimiento Seguros, de Anticoncepción, de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes, de Cáncer de Cuello Uterino y de Violencia Sexual, como parte de las políticas de reducción de la materna, consecuencia de los principales determinantes de la mortalidad materna en Bolivia.

6.3 Desafíos para lograr el cumplimiento

Los programas de aseguramiento público orientados a proteger al binomio madre-niño han logrado incidir en la reducción de la mortalidad materna e infantil en los últimos años, sin embargo, la brecha de equidad en acceso a los servicios de salud aún permanece, con marcadas brechas entre el área urbana y rural. En el año 2003, según el MSD, la cobertura de partos institucionales era de 55% en los municipios del quintil más rico, comparado con 41% para el más pobre.

Los problemas de inequidad en el acceso a los servicios de salud deben resolverse, por un lado, abordando problemas de oferta vinculados a las

Gráfico 16. Cobertura Nacional de 1 4to control prenatal (en %)



Fuente: SNIS

deficiencias en la red de servicios y por otro lado, adecuando los servicios a los usos y costumbres de los pueblos originarios. Es necesario trascender la ruptura de la barrera económica dada por el SUMI como la única vía de incrementar las coberturas de las prestaciones de salud materna, para crear ambientes receptivos a las gestantes en el marco de la interculturalidad propia del país.

Para mejorar la estrategia de aseguramiento de la madre boliviana, se debe (i) difundir al personal de salud de los establecimientos, los DILOS y a la comunidad, los derechos de los usuarios y prestaciones cubiertas por el SUMI; (ii) se deben superar las fallas en los procedimientos administrativos del SUMI y (iii) se deben flexibilizar los protocolos de atención del SUMI en orden de lograr una mayor efectividad en los tratamientos.

TABLA 6. Resumen del Objetivo 5 - Mejorar la salud materna

Metas Nacionales	Observado		Proyecciones		MDM 2015
	1990	Año más reciente	2007	2015	
Meta 1 Tasa de Mortalidad Materna (por 100.000 n.v)	416 (1989)	229 (2003)	189.0	144.0	104.0
Meta 2 Cobertura de partos institucionales	27 (1995)	55.3 (2003)	61.0	67.5	70.0

Fuente: Elaborado con la información de la Reforma de Salud y ENDSA 2003.

7. VIH-SIDA, MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES

El VIH - SIDA, tuberculosis, y malaria constituyen los principales problemas de salud pública en el mundo y tienen su mayor impacto en países de bajos ingresos como Bolivia, y en mayor medida en la población pobre.

Para el control y seguimiento de estas enfermedades se han considerado 4 indicadores, en el caso del Chagas se considera el porcentaje de

municipios con tasa de infestación mayor al 3%, en el caso de la malaria se utiliza el Índice de Parasitosis Anual (IPA), en la tuberculosis se seleccionó el porcentaje de pacientes con tuberculosis curados respecto del número de casos reportados, y finalmente en el caso del VIH-SIDA se emplea la prevalencia de esta enfermedad por millón de habitantes. Estos indicadores fueron seleccionados dado que es posible generarlos de forma anual.

OBJETIVO 6 Combatir el VIH-SIDA y otras enfermedades

Meta 7: Haber detenido e iniciado la reducción de la propagación del VIH-SIDA

Meta 8: Haber detenido e iniciado la reducción de la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.

INDICADORES NACIONALES

1. Prevalencia de casos SIDA.
2. Porcentaje de municipios con tasa de infestación de Chagas mayor al 3%.
3. Índice de Parasitosis Anual de la Malaria (IPA)
4. Porcentaje de pacientes con tuberculosis curados del total de notificados.

7.1 Diagnóstico y tendencias

Según el Ministerio de Salud y Deportes, entre 1985 a diciembre de 2001, en Bolivia se registraron aproximadamente 800 casos de VIH/SIDA. Los 209 casos reportados en 2001, implican un aumento de casi el doble en comparación a los 99 casos reportados en 2000. Aunque el 85% de los casos se atribuyen a transmisión sexual, la distribución proporcional de los tipos de contacto sexual ha cambiado con el tiempo. Entre 1985 y 1992, el 5% de las personas infectadas declaró ser heterosexual, el 80% homosexual y el 15% bisexual. Entre 1993 y 2001, el 61% de las personas infectadas declaró ser heterosexual, el 20% homosexual y el 19% bisexual. La proporción hombre-mujer en los casos nuevos de infección de VIH, también ha cambiado en los últimos 16 años. Entre 1985 y 1992 la proporción era de aproximadamente 10:1; en 2001, la proporción se hizo más estrecha de 3:1.

Una de las metas del milenio es reducir en 2015 la propagación del VIH-SIDA, en ese sentido, se

espera que en Bolivia se mantengan o disminuyan las actuales tasas de prevalencia, dado el crecimiento exponencial de esta endemia. Al observar la tendencia en la prevalencia de casos de SIDA, en general se caracteriza tener una tendencia cíclica creciente.

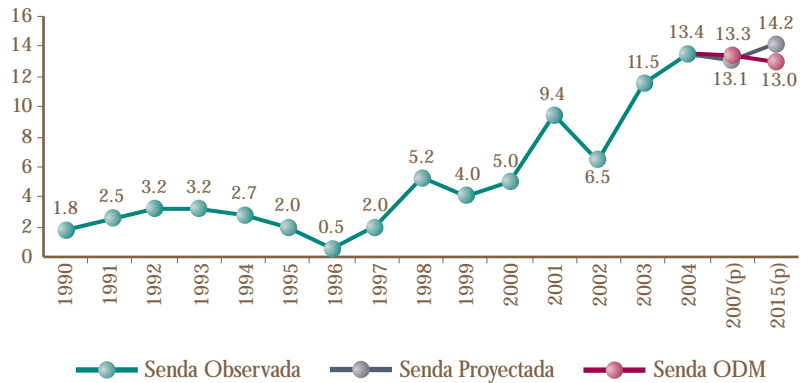
Aunque los casos reportados de SIDA en Bolivia son bajos en comparación a otros países¹³, se ha observado una tendencia explosiva en el número de casos de SIDA a fines de los 90's y principios de siglo XXI, lo que demuestra la vulnerabilidad a la enfermedad que existe en el país. En orden de cumplir el ODM, se esperaría revertir gradualmente la prevalencia observada en 2003, sin embargo, asumiendo un escenario inercial es probable que sólo se controle la expansión de la enfermedad hacia el 2015.

La enfermedad de Chagas se debe a la transmisión del parásito denominado tripanosoma cruzi, que es transmitido a los seres humanos por las heces de insectos hemófagos como el triatoma infestans, o comúnmente conocido como "vinchuca".

13 Ver UNAIDS 2004.

La transmisión del parásito puede darse de tres formas: i) por la picadura de vinchucas, vectores que viven en grietas y hendiduras de viviendas de calidad pobre, usualmente en áreas rurales. Las heces de los insectos contienen los parásitos, los cuales son introducidos en el torrente sanguíneo, mediante la picadura; ii) por transfusión de sangre infectada; iii) congénitamente, desde la madre infectada al feto.

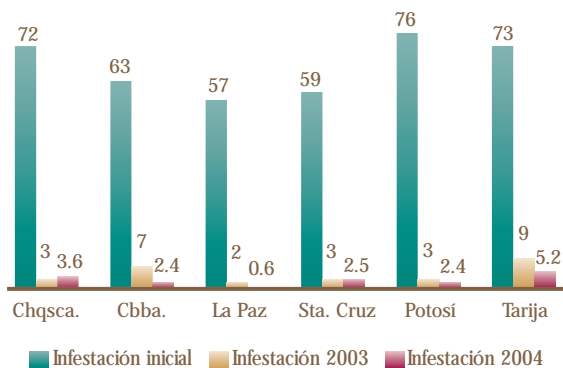
Gráfico 17. Tendencia de la Prevalencia de casos SIDA (por millón de habitantes)



Fuente: Elaborado con los datos del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Aproximadamente el 60% de la superficie boliviana es endémica de Chagas por la presencia del triatoma infestans en casi 13,776 comunidades. En 1999, se consideraron 168 municipios en los que se implementaron acciones preventivas, como el rociado con insecticida en viviendas y áreas peri-domiciliarias. Estas acciones han tenido un impacto importante en reducir la presencia del vector en los domicilios en áreas con alta infestación, como se observa en el gráfico 18. Las acciones de rociado han tenido un impacto sustancial en departamentos como Potosí, donde la tasa de infestación en 1999 alcanzaba a 76% y en 2004 se redujo a 2,4%, sin embargo, existen bolsones de infestación, como el departamento de Tarija y Cochabamba, que deben ser intervenidos para reducir la infestación a niveles controlables para dar inicio a acciones curativas de la enfermedad.

Gráfico 18. Infestación inicial (1999), 2003 y 2004 (en %)



Fuente: Programa Nacional de Control de Chagas.

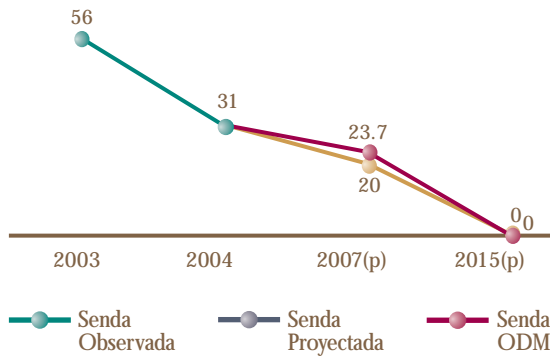
Los niveles de infestación se redujeron considerablemente entre 1999, año en el que se realizó la primera línea base, y 2004. A nivel departamental, la tasa de infestación de triatomídeos se redujo drásticamente en todos los departamentos del área endémica intervenidos, sin embargo se observan municipios de la región del Chaco tarijeño, los valles de las Provincias Mizque y Campero en Cochabamba y la Zona de Río Chico en Chuquisaca donde aún las tasas superan el 3%.

En el 2003, 54% de los municipios en riesgo de infestación poseían una tasa de infestación mayor al 3%, en 2004 este porcentaje se redujo a 31% y se espera que para el 2015 no existan municipios con infestación mayor al 3%. Esta meta es factible de cumplir en tanto el Programa pueda ser transferido a los municipios y se mantengan las acciones preventivas.

La Malaria es una enfermedad grave que puede producir la muerte, y es transmitida por la picadura del mosquito Anopheles, que transmite dos tipos de parásitos Plasmodium Vivax que causa la malaria común, y Plasmodium Falciparum que causa la malaria negra, en Bolivia es un problema permanente, puesto que está presente en 8 de los nueve departamentos de Bolivia (excepto Oruro).

El Índice de Parasitosis Anual (IPA) es un indicador estándar y comparable a nivel internacional. A fines de los años noventa, en Bolivia había grandes riesgos de contraer malaria dado que 40% de la población vive en áreas donde la malaria es

Gráfico 19. Tendencia del porcentaje de municipios con infestación mayor a 3% (en %)



Fuente: Programa de Control de Chagas.

endémica. Después de una década en que se registraron modestas tendencias al alza, la incidencia de esta enfermedad aumentó dramáticamente a principios y mediados de los años noventa, habiéndose incrementado los casos de 19.000 en 1991 a más de 74.000 en 1998, con un IPA de 24.8. El compromiso financiero del MSD respecto del Programa de Malaria presentó una fuerte restricción (los recursos para el programa disminuyeron de US\$ 258.000 en 1996 a sólo US\$ 57.500 en 1997 a pesar del aumento en la incidencia) y estuvo orientado principalmente a controlar los vectores mediante fumigaciones masivas con insecticidas. Esta situación se logró revertir a fines de los años noventa, cuando el Gobierno, con apoyo de donantes externos, renovó el Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria.

El Programa incluyó un conjunto integral de estrategias orientadas no sólo a controlar los vectores sino también a diagnosticar y tratar a las personas infectadas, fortalecer las capacidades de investigación y la participación de las comunidades en el control de la enfermedad a través de la información, comunicación y educación de la población dentro de las áreas endémicas. Otros componentes importantes del Programa fueron: (i) una

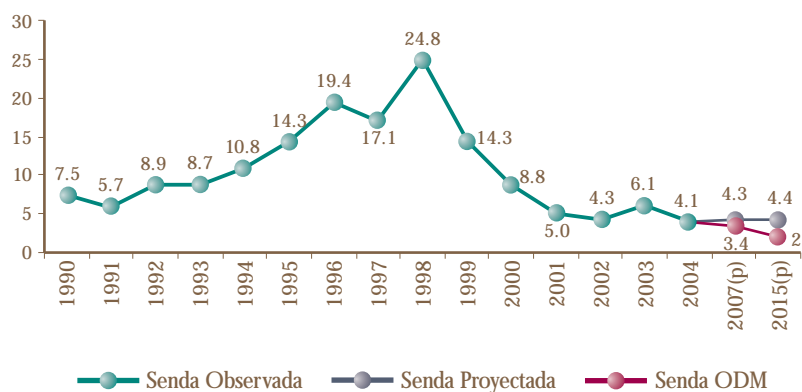
clara orientación hacia los resultados con la introducción de metas relacionadas con la malaria en los compromisos nacionales e internacionales del MSD y (ii) la participación de voluntarios de la comunidad para llevar a cabo actividades preventivas. De esta manera, se redujeron los niveles de IPA desde 24.8 en 1998 hasta 4.1 el 2004, se espera el valor para 2015 sea 4.4

Entre 2002 y 2003, la infección por Plasmodium Vivax tuvo un incremento del 44,2%, en cambio por Plasmodium Falciparum apenas 9,8%. Estos resultados pueden explicarse por el desarrollo de la capacidad de diagnóstico en la región amazónica, la nueva terapia combinada, producto de los estudios realizados y la respuesta favorable de la población.

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad grave y contagiosa causada por el bacilo de Koch, ésta se contagia a través de la saliva, algunas formas graves de tuberculosis son protegidas a través de la vacuna BCG. Es una de las endemias más severas que afecta a la población de Bolivia, con altas tasa de incidencia de la enfermedad que junto a los altos índices de pobreza crean contextos propicios para la propagación de la enfermedad.

El Programa Nacional de Tuberculosis ha establecido las variables de seguimiento, dirigiendo sus esfuerzos a la captación, tratamiento y curación de casos de tuberculosis pulmonar Baar (+), con el propósito de contribuir al control en la transmisión de la enfermedad.

Gráfico 20. IPA Malaria por 1000 habitantes



Fuente: Elaborado con información del Programa Nacional de Control de Tuberculosis

TABLA 7. Resumen de la situación epidemiológica de la malaria en Bolivia 2002-2003

Años	Plasmodium vivax		Plasmodium falciparum		Total País	
	Casos	Variación porcentual	Casos	Variación porcentual	Casos	Variación porcentual
2002	13.549		727		14.276	
2003	19.548	44,2	798	9,8	20.346	42,5

Fuente: Programa Nacional de Control de Malaria.

Aunque el programa permitió reducir de manera razonable la incidencia de la TB durante la última década, sigue siendo una de las más altas de América Latina. Descendió de 164 por cada 100.000 habitantes en 1991 a 105 en 2001, lo que en casos anuales equivale a una disminución de 11.220 a 9.280 casos. El tipo pulmonar de la tuberculosis representa 70% del total de casos en el país. Entre 1991 y 2000, el número de baciloscopías de esputo para la detección aumentó de 49.100 a 148.920, si bien el número de casos de TB pulmonar con baciloscopía de esputo positiva disminuyó de 8.270 a 6.400. Esto sugiere que el programa estuvo focalizado desde sus inicios y que en el pasado hubo pocos casos no detectados o no tratados. Además del aumento en su cobertura, el programa mejoró en términos de calidad e impacto, ya que la tasa de curación ascendió de 60% en 1991 a 82% entre todos los casos de baciloscopía de esputo positiva detectados. Por consiguiente, el programa está cerca de cumplir con la meta de una tasa de curación de 85% establecida por la OMS. Sin embargo, el riesgo anual de infección con TB (esto es, el porcentaje de la población que se infectará o reinfectará en un año) todavía es elevado y se estima entre 2% y 3%, lo que afecta en la incidencia de la TB en Bolivia.

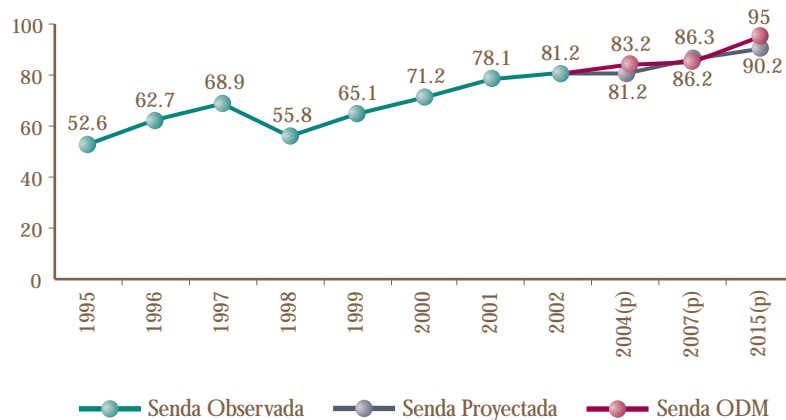
El Programa viene implementando la estrategia de Diagnóstico y Tratamiento Acortado Directamente Supervisado (DOTS) desde 2000 y actualmente el 100% de los establecimientos de salud de la red de servicios se encuentra aplicando dicha estrategia, lo cual permitió incrementar el número casos curados con DOTS de 76% en 2000 a 83% en 2002, el

indicador de la gestión 2003 aún no está disponible, debido a que no se ha evaluado la cohorte de enfermos tratados en dicha gestión. Para lograr un mayor impacto se está implementando la estrategia DOTS con el apoyo de la comunidad (DOTS-C), siguiendo este ritmo de mejora se espera que para 2015 el valor del indicador sea de 90%.

El porcentaje de pacientes curados sobre el total de evaluados ha tendido a ser creciente, con excepción del año 1998, posiblemente por el subregistro de casos. Para 2002, este indicador alcanza a 81.2% de curados del total de evaluados, se esperaría que los niveles de este indicador se mantengan constantes durante los próximos años dada la intención del programa de mejorar los registros y la detección de nuevos casos.

7.2 Políticas y programas en curso

El primer caso de VIH en Bolivia se detectó en 1985. En 1986, se integró un plan nacional contra el VIH/SIDA con el programa nacional de control de Infecciones de Transmisión Sexual

Gráfico 21. Pacientes curados respecto del total de evaluados (en %)

Fuente: Elaboración propia con la información del Programa Nacional de Control de Tuberculosis.

TABLA 8. Resumen del Objetivo 6 - Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

Metas Nacionales	Observado		Proyecciones		MDM 2015
	1990	Año más reciente	2007	2015	
Meta 1 Porcentaje de municipios con una tasa de infestación de Chagas mayor a 3% (%)	n.d.	31 (2003)	20.0	0.0	0.0
Meta 2 Índice de Parasitosis Anual de Malaria (IPA)* 1000 Hab.	7.5 (1990)	4,1 (2004)	4.3	4.4	2.0
Meta 3 Porcentaje de pacientes con tuberculosis curados del total de evaluados	52.6 (1995)	81.2 (2002)	86.3	90.2	95.0
Meta 4 Prevalencia de casos de SIDA x millón	1.8 (1990)	13.4 (2004)	13.1	14.2	13.0

Fuente: Elaboración propia con la información de los Programas Nacionales de Control de Chagas, Malaria, Tuberculosis e ITS/VIH/SIDA.

(ITS). El plan que fue establecido por el Ministerio de Salud de Bolivia, marcaba las pautas para la prevención, educación y divulgación del VIH, el cuidado y la atención de personas que sufren de VIH/SIDA, y la protección de los suministros de sangre. Según el Ministerio de Salud, el Plan Estratégico de Salud aboga por la colaboración entre distintos sectores con el fin de prevenir, controlar y mitigar el impacto social de enfermedades como el VIH/SIDA.

El MSD concretó la ayuda financiera en calidad de donación del Fondo Global por \$us 14.5 millones, para cinco años, de los cuales, \$us 6 millones financiarán acciones específicas del Programa VIH/SIDA, como la estrategia IEC, la reducción de la transmisión del virus de la madre al niño, el tratamiento con antiretrovirales, promoción de los derechos humanos de los grupos de riesgo, y el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica.

El Programa de Chagas puso en marcha actividades para reducir el contagio a través de las transfusiones de sangre, dado que las tasas de infección entre los receptores de transfusiones ascendían a 24%, la más alta dentro de la región. Para este fin, el Programa estableció el examen sistemático de los donantes de sangre para controlar las tasas de prevalencia en los bancos de sangre. Por otra parte, dado que se ha demostrado que el tratamiento sólo es efectivo en el caso de infecciones recientes, el Programa estableció protocolos para el tratamiento de niños menores

de 5 años y, junto con el SUMI, la detección y tratamiento permanentes del Chagas congénito. También se han realizado importantes esfuerzos de investigación entomológica y epidemiológica para readecuar las estrategias de control. Actualmente, está actualizada la información entomológica en relación a la dispersión del *Triatoma infestans*, como también las zonas con presencia de *Triatoma sordida*, vector secundario. Con relación al compromiso territorial, en el que se encuentran incluidas 83 provincias, 168 municipios con más de 700 mil viviendas, donde se beneficia a 3.9 millones de habitantes, la reducción de la infestación domiciliar es de menos del 5% en 66 municipios y 715 mil familias del área recibieron información para la prevención de la enfermedad. En cuanto a la reducción triatomínica en las regiones intervenidas durante la gestión 2003, 92.1% de viviendas fueron rociadas por 1,600 técnicos, que tuvieron a su cargo el desarrollo de las actividades operativas, en todo el territorio endémico del país y municipios de los departamentos de Cochabamba, Santa Cruz y La Paz, que fueron incorporados con la implementación de las actividades de línea base y rociado de primer ciclo.

En el caso de la Malaria se implementaron iniciativas propuestas por la Organización Mundial de la Salud durante la Conferencia realizada en Ámsterdam, en 1992, la iniciativa "Hacer Retroceder la Malaria en las Américas" (RBM / OMS-1998) complementa las actividades de la estrategia global para el control de la malaria, cuyo objetivo principal

es reducir significativamente la carga mundial de esta enfermedad mediante intervenciones adaptadas a las condiciones y necesidades locales.

Se ha mejorado la situación de la malaria por *Plasmodium Falciparum*, a través del apoyo financiero de USAID y el Proyecto de Salud Integral (PROSIN). En este sentido se ejecutan, en el marco de la Iniciativa de Lucha Contra la Malaria en la Amazonía (IAM), junto con Surinam, Guyana, Ecuador, Venezuela, Colombia y Brasil, investigaciones científicas tendientes a definir políticas de medicamentos e insecticidas en Bolivia.

En Bolivia, se combinan métodos de control como el de la gota gruesa y extendido (clásico) y se estudiará las cintas inmunocromatográficas, que permiten un diagnóstico rápido para lugares inaccesibles de la amazonía, así también, se amplió la capacidad de diagnóstico hacia localidades donde existe persistencia de transmisión, así, en la amazonía boliviana ya no se da tratamiento por sospecha, por el contrario, el tratamiento es resultado del diagnóstico de laboratorio. En las regiones de Riberalta y Pando existen indígenas que ya realizan la lectura microscópica. Se han actualizado los esquemas de tratamiento, en base a investigaciones para brindar tratamiento diferenciado a la población, según la complicación de la enfermedad. Se realizó el estudio del "Impacto Socioeconómico de la Malaria en los Hogares de Bolivia", también, se hizo el estudio hidromorfológico del Arroyo Las Arenas en Guayaramerín para encarar obras de ingeniería civil.

Todos los servicios de salud y puestos de información disponen de los medicamentos y materiales de toma de muestras y de diagnóstico de laboratorio, por lo tanto, en situaciones de gravedad y complicaciones por *Plasmodium Falciparum*, los colaboradores voluntarios, los auxiliares de enfermería y otro personal de salud, dan una dosis de medicamentos y remiten al centro de salud más próximo para la atención médica especializada.

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT), desde 1999 ha ido implementando su plan quinquenal 1999-2004, basado en tres líneas estratégicas: i) crear conciencia política social frente al problema de la tuberculosis y las medidas de control del daño, en máximas

instancias del Poder Ejecutivo y Legislativo, así como en autoridades regionales, locales y la sociedad civil organizada, ii) descentralizar la ejecución del PNCT manteniendo en el nivel central la función de formulación de políticas, normativa, facilitadora y de fiscalización, iii) crear conciencia individual y comunitaria de corresponsabilidad con el Estado, en la prevención del contagio y el control de la tuberculosis. Dentro de estas líneas se ha situado la política más importante del PNCT fue la implementación de la estrategia DOTS.

En 2003, se han incorporado indicadores epidemiológicos del PNCT como indicadores sociales de avance en la lucha contra la pobreza, y en los ODMs, y también se ha priorizado la participación del Programa en municipios con altas tasas de incidencia en los que la comunidad puede ser más participativa en el cumplimiento y seguimiento de los servicios de salud.

7.3 Desafíos para lograr el cumplimiento

Los desafíos en la línea de estos cuatro indicadores involucran varias políticas y acciones del sector salud, en el caso del VIH-SIDA se espera incrementar la práctica del sexo seguro, aumentar la aceptación del uso del condón, mejorar los servicios de salud y grupos de auto – apoyo, se debe mejorar el control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) para prevenir el contagio del SIDA. En esta línea, se debe difundir información a la población, capacitar y destinar más recursos para la vigilancia, diagnóstico y tratamiento de ITS, también se debe incrementar el número de pruebas de VIH para mujeres embarazadas y en edad fértil para reducir la transmisión del VIH/SIDA de madres a hijos, finalmente se debe de mejorar la atención integral a los enfermos con SIDA, a través de la mejora de la infraestructura exclusiva para estos enfermos, y proveer en la medida de lo posible la provisión de tratamiento antiretrovirales.

En el caso del Chagas los desafíos del programa son: i) 100% de los Puestos de Información de Vinchucas (PIV) notificando en los municipios intervenidos, ii) 95% de los niños y niñas menores de 5 años diagnosticados para Chagas y finalizando el tratamiento iii) realización de estudios sobre resistencia a insecticidas solicitado por el programa,

que permitirá orientar el trabajo en municipios con sospecha de resistencia con otros métodos distintos a los actuales, iv) se debe mejorar e incrementar el control de Chagas en mujeres fértiles y v) promocionar hábitos saludables sobre todo en poblaciones del área dispersa.

En el caso de la Malaria se debe fortalecer los niveles regionales mediante la descentralización de programa a la red de servicios de salud del sistema y la desconcentración de los recursos humanos hacia los municipios críticos, a tal efecto, se debe implementar un operativo continuo con equipos, insumos y capacitar al personal institucional y comunitario para el manejo adecuado de las normas y procedimientos, según las características geográficas, ecológicas, sociales, políticas, culturales y epidemiológicas de cada región, generando capacidades resolutivas locales en aspectos técnicos, financieros y tecnológicos, con toma de decisiones e intervención locales. Se debe fortalecer la participación de la comunidad

en todo proceso, desde el diagnóstico, la planificación, definición de modos de intervención, seguimiento, evaluación y especialmente en el manejo de un sistema de vigilancia que pueda alimentar a otros niveles con información oportuna basándose en indicadores sensibles y sencillos en su interpretación y obtención. Se debe promover capacidades en el manejo de información, análisis, toma de decisiones y programación de actividades de manera regular para prevención y control, finalmente asegurar recursos mínimos para la sostenibilidad.

Los desafíos para alcanzar las metas a 2015 en el caso de Tuberculosis son: i) mejorar la eficiencia y la efectividad del PNCT, ii) fortalecer y cualificar la red de servicios y laboratorios para el control de la tuberculosis, fortalecer y ampliar la utilización de la estrategia DOTS en la red de servicios del país, iii) crear conciencia política y social que comprometa la participación de la población en el control de la enfermedad.



8. SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE

El séptimo objetivo de desarrollo planteado en la Declaración de Milenio está orientado a garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. El alcance de este objetivo comprende tres metas: i) la incorporación de los principios de desarrollo sostenible en las políticas y programas del país y reversión de la pérdida y degradación de los recursos del medio ambiente, ii) la reducción a la mitad, hasta el año 2015, del porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable, y iii) el mejoramiento para 2015 de la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.

De acuerdo a las características socioeconómicas de Bolivia, se ha decidido considerar las dos últimas metas, para las cuales se definieron dos indicadores de cobertura a nivel nacional que permitan

realizar el seguimiento de avance de este objetivo, que son la proporción de la población hogares con acceso a agua potable y la proporción de la población con acceso a saneamiento.

Se ha demostrado que el acceso a servicios de agua potable y saneamiento puede reducir significativamente la mortalidad infantil y enfermedades como la malaria, contribuyendo de esta manera a la preservación del medio ambiente y al alcance de otros objetivos del milenio. Las principales fuentes de información para el seguimiento del desempeño de estos indicadores son los reportes de: i) conexiones realizadas por las Entidades Prestadoras de Servicios de Agua Potable y Alcantarillado (EPSAs) a través de la Superintendencia de Saneamiento Básico (SISAB), ii) los proyectos concluidos a través del Fondo Nacional de Inversión Productiva

OBJETIVO 7 Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente

Meta 10: Reducir a la mitad, la proporción de población sin acceso sostenible a agua potable.

Meta 11: Mejorar para el 2015 la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.

INDICADORES NACIONALES

1. Cobertura de agua potable a nivel nacional (% población).

2. Cobertura de saneamiento a nivel nacional (% población).

y Social (FPS) y Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR), iii) los gobiernos municipales y iv) El sistema de Información en Agua y Saneamiento (SIAS).

8.1 Diagnóstico y tendencias

El compromiso para la cobertura de agua potable es reducir a la mitad la proporción de la población que no accede a este servicio. Para el caso de Bolivia, considerando 1992 como año base, 42% de la población no contaba con conexiones de agua. Esto implica, que la meta para 2015 es disminuir este porcentaje a 21% o complementariamente expandir el servicio al 78.5% de la población en boliviana.

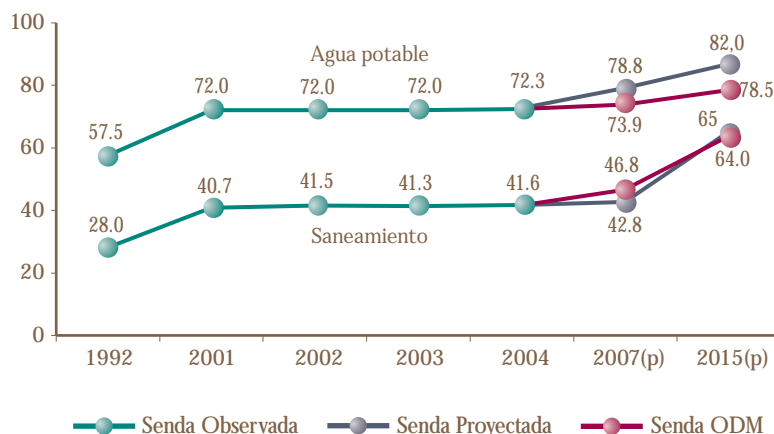
En lo que respecta a la cobertura de saneamiento se ha tomado el mismo criterio anteriormente explicado. Es decir que, con base en el año 1992 se registra que 72% de la población no cuenta con

servicios de saneamiento, lo que implica que para el 2015 este porcentaje debiera reducirse a 36%, o lo que es equivalente a incrementar la cobertura al 64% de la población.

No obstante, de acuerdo a las inversiones comprometidas y a los avances realizados hasta el 2003, se ha previsto que se podrán superar las metas anteriormente planteadas para el 2015. En este sentido, se prevé que se logrará una cobertura del 82% de la población en el caso de agua potable, y del 65% en saneamiento el 2015.

Entre 1992 y 2001, el comportamiento de estos dos indicadores, muestra un incremento considerable en las coberturas, habiéndose incrementado la cobertura de agua potable en 14 puntos porcentuales y 13 puntos porcentuales en el caso de saneamiento. A partir de 2001 se observa que la provisión de servicios básicos se mantuvo prácticamente constante.

Gráfico 22. Tendencias de las Coberturas de Agua potable y Saneamiento (en %)



Fuente: Elaboración propia con información del Viceministerio de Servicios Básicos.

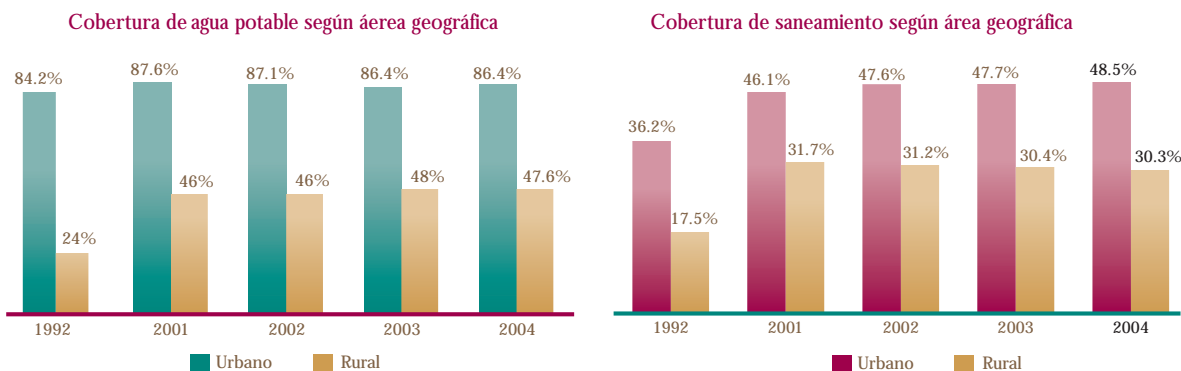
De acuerdo al área geográfica (gráfico 23) se evidencia que se realizaron esfuerzos por disminuir las brechas de acceso a servicios básicos entre las áreas urbana y rural. En 1992, el acceso a agua potable en el área urbana era 60 puntos porcentuales más alta que en las áreas rurales, esta diferencia decrece a 42 puntos porcentuales en 2001. Aunque no de una manera significativa, la brecha urbano-rural en la provisión de saneamiento se ha logrado disminuir de 19 a 14 puntos porcentuales durante el periodo intercensal 1992-2001.

A partir de 2001, en el área urbana se logró un crecimiento real de las tasas de cobertura de ambos servicios, mientras que en el área rural se logró tan solo mantener las coberturas. Si bien los programas ejecutados en los últimos años han permitido

45%), ii) baja recolección tarifaria (solo se paga el 60% de los servicios) y iii) ausencia de mantenimiento de los servicios.

El marco institucional bajo el cual operaron los distintos programas y proyectos del sector durante el periodo 1992-2002 fue el Plan Nacional “Agua para Todos”, el Plan Decenal de Saneamiento Básico, y otras políticas sectoriales dirigidas al incremento de cobertura que si bien no lograron alcanzar sus metas cuantitativas, contribuyeron al desarrollo del sector en el ámbito económico (movilización significativa de recursos de inversión); normativo (Ley de representación de Servicios de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario); institucional (Superintendencia de Saneamiento Básico) y; tecnológico (innovación de tecnologías no convencionales de bajo costo).

Gráfico 23. Coberturas por área geográfica (en %)



Fuente: Viceministerio de Servicios Básicos

TABLA 9. Resumen del Objetivo 7 - Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Metas Nacionales	Observado		Proyecciones		MDM
	1990	Año más reciente	2007	2015	2015
Meta 1 Cobertura de agua potable a nivel nacional (% población)	57.5 (1992)	72.3 (2004)	78.8	82.0	78.5
Meta 2 Cobertura de saneamiento a nivel nacional (% población)	28 (1992)	41.6 (2004)	59.0	65.0	64.0

Fuente: Viceministerio de Servicios Básicos

8.2 Políticas y Programas en curso

Durante 2003 y 2004, el Plan Decenal de Saneamiento Básico 2001 - 2010 ha constituido una guía de desarrollo general para el sector ya que toma en cuenta los tres procesos estructurantes más significativos para éste: la Participación Popular, la Descentralización y la Política Nacional de Compensación. No obstante, en el Plan Bolivia "Sector Agua y Saneamiento" que entró en vigencia a finales de la gestión 2002, se ha delineado objetivos, políticas, estrategias y metas más específicas para el periodo 2002-2007. La propuesta de este Plan ha sido alineada a las Metas de Desarrollo del Milenio y se basa en tres ejes principales de acción: la inversión pública, la asistencia técnica y la política financiera.

La inversión pública se orientó a incrementar la cobertura de los servicios de agua y alcantarillado con un enfoque de atención integral y de carácter regional, supliendo el enfoque de soluciones puntuales por tamaño de asentamiento realizado en el pasado con la finalidad de obtener una mayor sostenibilidad así como un mayor impacto social, económico y ambiental de las inversiones. Así, en la gestión 2003 se han concluido aproximadamente 140 proyectos de agua potable y saneamiento en las áreas rurales de 6 departamentos del país, habiéndose beneficiado a 52,911 hogares con agua potable y 61,157 hogares con alcantarillado sanitario. La conclusión de dichos proyectos representó una ejecución presupuestaria de \$us 7,2 millones.

Se ha diseñado los lineamientos para una nueva política financiera del sector, con la finalidad de garantizar el avance en las coberturas y en la sostenibilidad de las inversiones y de los servicios, mediante mecanismos de financiamiento y asignación de recursos transparentes y adecua-

dos a la capacidad de pago de la población, bajo premisas de eficacia y eficiencia, que contribuirán al desarrollo integral de los operadores de los servicios en beneficio de la población.

Por otra parte, se ha previsto que la canalización de la asistencia técnica pueda realizarse través de un instrumento institucional que permita a las entidades prestadoras de servicios de agua y saneamiento asumir nuevos modelos de gestión e implementarlos con un enfoque de largo plazo, de tal modo que se pueda asegurar no sólo la continuidad de los servicios y su calidad, sino la expansión futura de los sistemas de prestación y sostenibilidad de los servicios. En la gestión 2004 y con el apoyo de algunas agencias de cooperación, se ha iniciado la definición de la estructura organizacional y funcional de la Fundación para el Apoyo a la Sostenibilidad en Saneamiento Básico (FUNDASAB) que apunta a ser un mecanismo institucional sostenible dirigido a los Gobiernos Municipales que prestan directamente el servicio y a las EPSAs, permitiendo el desarrollo de capacidades locales para la identificación y gestión del ciclo de proyectos, así como el fortalecimiento institucional, la capacitación de recursos humanos, el uso de tecnologías apropiadas, así como la promoción de modelos de gestión eficientes.

Se debe mencionar también, que las gestiones 2003 y 2004 constituyeron un periodo de madurez para el Proyecto de Sistema de Información de Agua y Saneamiento (PROSIAS) donde se destacaron i) la implementación de un software adecuado y compatible, ii) la recolección, ingreso y uso de información, iii) la capacitación de usuarios y operadores del Viceministerio de Servicios Básicos (VSB), iv) el trabajo descentralizado en sitios piloto (prefecturas, municipalidades y Empresas de Agua), v) la concreción de trabajos

conjuntos con entidades de la cooperación internacional, con ONGs e incluso con empresas privadas, y v) la incorporación del SIAS a la página Web del VSB con documentación técnica incluida.

8.3 Desafíos para lograr el cumplimiento

El planteamiento de nuevas políticas y estrategias que ya iniciaron su implementación durante la gestión 2004, así como los alcances logrados en cuanto a inversiones y coberturas permite afirmar que el logro de la metas del milenio de servicios de agua potable y saneamiento básico en el 2015 pueden ser cumplidas.



9. ALIANZAS GLOBALES PARA EL DESARROLLO

El objetivo 8 de los ODMs pretende implementar alianzas globales para el desarrollo y dado el enfoque de trabajo establecido por el CIMDM, se consideró pertinente incluir el acceso a medicamentos esenciales como una meta. Dado que el principal determinante en el acceso a medicamentos son los precios, es importante avanzar hacia una alianza entre el Estado y las compañías productoras de fármacos para crear

condiciones que permitan fijar precios accesibles a la población.

El acceso general a insumos de salud es uno de los mayores desafíos de Bolivia por el alto porcentaje de población que no accede a medicamentos por factores económicos, comerciales, geográficos y en parte por la reducida efectividad de la aplicación de políticas de Estado, orientadas

OBJETIVO 8 Implementar alianzas globales para el desarrollo

Meta 17: Proveer acceso a medicamentos esenciales en cooperación con la industria farmacéutica.

INDICADORES NACIONALES

1. Proporción del gasto de bolsillo de los hogares en medicamentos respecto al gasto nacional en salud.

a mejorar el suministro de medicamentos, debido a problemas financieros y falta de recursos humanos entre otros. Asimismo, existe poca abogacía para trascender a la esfera del comercio internacional para tratar de mejorar las condiciones en las cuales los medicamentos son internados en el país.

Un indicador que se aproxima a medir el acceso a medicamentos, es la proporción de gasto de bolsillo en medicamentos efectuado por los hogares respecto al gasto nacional de salud. En la medida en que la salud de la población mejore y el precio de medicamentos disminuya, el gasto de bolsillo de los hogares será menor y existirá un mayor acceso a medicamentos.

9.1 Diagnóstico y tendencias

La falta de acceso y disponibilidad de medicamentos esenciales sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial. En los últimos 20 años, tras la introducción del concepto de medicamentos esenciales, el acceso a estos ha progresado substancialmente, se calcula que entre 1997 y 2003 el número de personas que tienen acceso a medicamentos esenciales en todo el mundo aumentó de 2.100 millones a 4.000 millones, a pesar de esta mejora, se considera que

aún un tercio de la población mundial, no tiene acceso a medicamentos de calidad y a precios accesibles.

En el mercado farmacéutico boliviano se comercializan aproximadamente 5,000 medicamentos incluyendo diferentes presentaciones y formas farmacéuticas, cuya comercialización la realizan 205 empresas entre las cuales están las que se dedican a la fabricación, importación, distribución y comercialización de medicamentos, cosméticos, reactivos para diagnóstico y productos naturales y tradicionales, siendo 35% de estas las dedicadas a la comercialización de medicamentos esenciales.

El sub-sector farmacéutico constituye un importante rubro en la economía del país, el gasto directo en farmacias representó 1,5% del PIB en 2002. En el mismo año, el gasto en medicamentos ascendió a \$us. 144 millones, representando 26% del gasto nacional en salud y \$us. 16 per cápita. Del total gastado en medicamentos 81% corresponde a los hogares (gasto de bolsillo), 13% a las Cajas de Salud y el restante 6% del sector público y ONGs¹⁴.

La evolución de este indicador fluctuó entre 15% y 20% en el periodo 2000-2003, a

14 Ver Cárdenas (2004).

consecuencia de la variación en los precios de los medicamentos, así en los últimos años se ha observado una tendencia creciente en el indicador por la falta de políticas integradas con el sector privado y público que permitan tanto reducir costos como evitar la automedicación.

Aunque la mayor parte del gasto en medicamentos corresponde al bolsillo de los consumidores, se espera que los esquemas de aseguramiento público vigentes cambien gradualmente esta situación. Los precios de los medicamentos no están controlados y por lo general quedan fuera del alcance de los estratos más pobres. Ante esto, el país cuenta con un esquema de suministro basado en la Central de Abastecimiento de Suministros de Salud (CEASS) que adquiere medicamentos esenciales del mercado nacional e internacional a bajo precio y los distribuye y comercializa en el sector público, bajo modalidades tales como fondos rotatorios, fondos propios de los establecimientos de salud y reposición con fondos del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

9.2 Políticas y Programas en curso

El Ministerio de Salud y Deportes ha asumido los mandatos mundiales presentados en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, en septiembre de 2000 y la adopción de dos metas prioritarias de salud pública, por un lado, la infección por el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades importantes y por otro, la re-

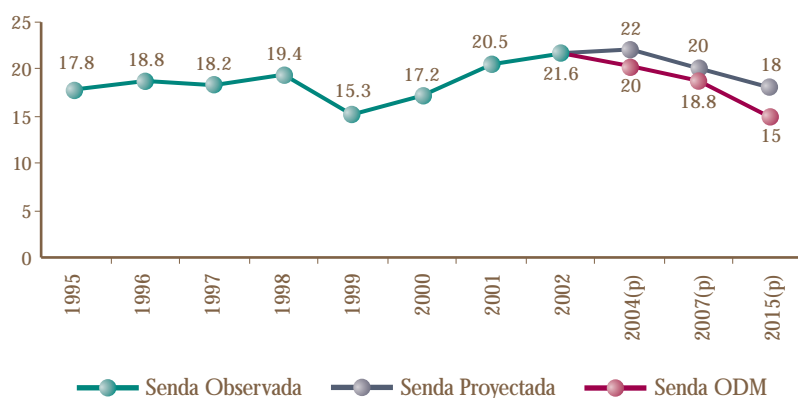
ducción de la mortalidad en la niñez, lo que requerirá disponibilidad y acceso oportuno a suministros esenciales de salud pública. Asimismo, la meta 17 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio destaca explícitamente la necesidad de "proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo".

En esta línea, las autoridades de Salud han adoptado la Resolución CD. 45. R7 aprobada en el 45° Consejo Ejecutivo de la OPS/OMS en septiembre de 2004, en la cual se insta a los Estados Miembros a que "asignen prioridad al problema de acceso a los Medicamentos Esenciales y otros suministros de salud pública, abordando los factores determinantes del acceso en el ámbito nacional y prestando atención a las poblaciones pobres y marginadas", además se plantea la formulación de políticas de genéricos, garantizando la calidad y seguridad de los medicamentos, promoviendo políticas de prescripción por nombre genérico, introduciendo competencia por precios en los mercados y la promoviendo el uso racional dentro de un contexto de garantía sobre la seguridad y eficacia de los medicamentos .

En el marco de la Política Nacional de Medicamentos establecida desde la Ley del Medicamento N° 1737 de 1996, como parte de la organización del Ministerio de Salud y Deportes se establece la Dirección de Medicamentos y Tecnología en Salud (DINAMED), como autoridad reguladora de medicamentos, que se constituye

en gerente del Programa Nacional de Medicamentos Esenciales de Bolivia con estrechas líneas de coordinación, entre otros, con la CEASS y con el Laboratorio de Control de Calidad de Medicamentos y Toxicología (CONCAMYT), contando con la Comisión Farmacológica Nacional como órgano asesor técnico así como con la Subcomisión de Productos Naturales y Tradicionales integrada por organizaciones de base ligadas a la medicina tradicional.

Gráfico 24. Proporción del gasto de bolsillo de los hogares en medicamentos respecto al gasto nacional en salud (en %)



Fuente: Cárdenas (2000) y Cárdenas (2004).

TABLA 10. Resumen del Objetivo 8 - Generar Alianzas Globales para el Desarrollo

Metas Nacionales	Observado		Proyecciones		MDM 2015
	1990	Año más reciente	2007	2015	
Meta 1 Proporción del gasto de bolsillo de los hogares en medicamentos respecto al gasto nacional en salud	17.8 (1995)	21.6 (2002)	20.0	18.0	15.0

Fuente: Elaborado en base a Cárdenas (2000) y Cárdenas (2004)

El registro de medicamentos se expide en 30 días hábiles con costos por servicios que oscilan entre \$us 200 y 250 dependiendo si se trata de productos nacionales o importados, dicho costo incluye el primer control de calidad por muestreo. Para los casos de moléculas nuevas debe añadirse el costo por la evaluación crítica de eficacia y seguridad la cual se realiza a través de la Comisión Farmacológica Nacional.

El control de calidad de los medicamentos es realizado por el CONCAMYT, laboratorio oficial que cuenta con recursos humanos capacitados, instalaciones y equipamiento con tecnología de punta y un sistema de gestión de calidad certificado bajo Normas ISO 9001:2000, actualmente en proceso de acreditación, habiendo realizado en los últimos 5 años el control de calidad de 5.500 medicamentos.

No obstante contar con mayor información, el país está en proceso de elaborar el perfil farmacéutico de acuerdo a los lineamientos e indicadores propuestos por OMS, contenidos en el Observatorio Farmacéutico de las Américas, lo cual permitirá contar con información integral y actualizada del Sector Farmacéutico facilitando el seguimiento y evaluación de la Política Nacional de Medicamentos.

9.3 Desafíos para lograr el cumplimiento

Los medicamentos constituyen un insumo terapéutico esencial, por lo que asegurar el acceso y disponibilidad es quizá el desafío más complejo para el sector público y privado, en este marco el Ministerio de Salud y Deportes considera prioritario ampliar el acceso a los mismos como parte del cumplimiento del derecho fundamental a la salud.

Para enfrentar este desafío se hace necesario el concurso de los diferentes actores de instituciones, organizaciones públicas y privadas, profesionales y empresarios vinculados al sector farmacéutico, que coadyuven en el desarrollo de acciones coordinadas enfocadas a los objetivos y líneas de acción planteadas bajo un principio de responsabilidad compartida.

Otra línea de trabajo es explorar los determinantes de los precios de los medicamentos esenciales que están bajo el control de la industria farmacéutica, como los derechos de propiedad intelectual, las patentes y otros que se desenvuelven en el marco de los acuerdos comerciales. Este esfuerzo permitirá avanzar en la búsqueda de alianzas estratégicas que permitan influir en los precios de los medicamentos esenciales para garantizar el acceso a los grupos de población más vulnerables.



10. EJECUCIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS ORIENTADOS A LOS ODMs

Si bien no existe una definición del financiamiento destinado específicamente a los ODMs, la cuantificación de los recursos públicos asociados a estos objetivos puede aproximarse a través de la ejecución del gasto corriente e inversión en salud, educación, servicios básicos, que constituyen los sectores críticos definidos por el CIMDM, así también, el análisis de ejecución presupuestaria del PLANE, se aproxima al objetivo de reducción de extrema pobreza. Los sistemas de información de ejecución presupuestaria del Ministerio de Hacienda se están mejorando para reportar las cifras más pertinentes para el seguimiento del gasto público presupuestado y ejecutado para programas que apoyan las intervenciones para el logro de los Objetivos¹⁵.

En este capítulo, se desarrolla un análisis sectorial de la evolución de las ejecuciones del gasto e inversión social, así como, de los recursos del alivio HIPC II asignados a los municipios para programas de salud, educación e infraestructura productiva y social, para las gestiones 2002 y 2003. En aquellos casos en los que se cuenta con información más detallada se analiza la ejecución por programas.

10.1 Inversión Pública

En la gestión 2001, la inversión de los sectores sociales representó 46.5% de la inversión pública total que alcanzó a \$us 638.8 millones, destacándose los porcentajes de ejecución de saneamiento básico (112.1%) y educación (102.8%). En cuanto a la estructura porcentual, la mayor importancia relativa se concentró en educación (representó 16.8% de la inversión total) y saneamiento básico (11.7% de la inversión pública total).

La inversión pública social¹⁶ programada para 2002 alcanzó a \$us 281.3 millones, representando un 43.2% de la inversión pública total. La composición sectorial muestra la mayor importancia relativa del sector educación con \$us

90.3 millones (32.1%), siguiendo salud con \$us 68.8 millones (24.5%). En ese año, las entidades del sector social alcanzaron una ejecución de \$us 251.2 millones (89.3% de la programación total) representando una proporción de 42.9% de la inversión pública total. Se destaca la ejecución de educación con un porcentaje de 106.3% y urbanismo y vivienda con una proporción de 94.9%.

Para 2003, el Presupuesto General de la Nación (PGN) estableció un monto de inversión pública total de \$us 640.8 millones, de los cuales un 40.6% (\$us 260,1 millones) corresponden a los sectores de Salud, Educación, Saneamiento Básico y Urbanismo y Vivienda. La ejecución de la inversión pública social de 2003 alcanzó a \$us 186.9 millones, representando 37.4% de la inversión total, porcentaje inferior al registrado en 2002. Asimismo, la eficiencia de las instituciones ejecutoras de proyectos sociales (medida a través del porcentaje de ejecución) fue menor, ya que se logró concretar 71.9% de la programación de inicio de gestión¹⁷. Como se aprecia en el siguiente gráfico, en 2001 la inversión en educación representó la mayor proporción de la inversión social ejecutada, siguiendo en importancia saneamiento básico, adicionalmente, en tanto que en 2004, el sector que presentó la mayor ejecución en términos relativos es saneamiento básico. Se observó una reducción en la ejecución de los sectores sociales, particularmente de educación, que presentó una disminución superior a \$us 50 millones entre 2001 y 2004

Entre 2002 y 2003, se presentó una reducción de la inversión en sectores sociales de \$us 64.3 millones, las mayores reducciones se observaron en educación y salud, con una reducción de aproximadamente \$us 30 millones y \$us 16 millones, respectivamente. A fines de la década de los años noventa, la inversión social representó casi 50% de la inversión pública total, esta participación presenta una tendencia a la baja, alcanzando proporciones similares a las observadas en el inicio de las reformas sociales¹⁸.

15 Se están realizando esfuerzos por mejorar el registro y la clasificación del gasto según funciones y finalidades, en el marco del Programa Multidonante de Apoyo Presupuestario (PMAP) implementado por el Ministerio de Hacienda.

16 Incluye los sectores de Salud, Educación, Saneamiento básico y Urbanismo y Vivienda.

17 Ver Evaluación Económica y Social 2003, UDAPE.

18 Ver información en la página WEB: www.vipfe.gov.bo.

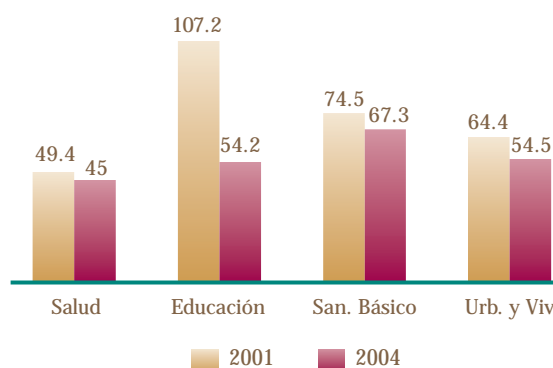
Al considerar el período 2001-2004, la inversión social decreció en \$us 74.4 millones y redujo su participación en la inversión pública total en 9.5 puntos porcentuales. Entre 2003 y 2004 se observa una recuperación de los montos absolutos (\$us 34.2 millones), aunque la importancia relativa continuó una evolución descendente.

Un aspecto que debe destacarse es que durante la gestión 2003, el Gobierno de Bolivia, con apoyo del Banco Mundial, concluyó una iniciativa para la protección de programas sociales prioritarios¹⁹. El gobierno priorizó la protección del presupuesto de programas estratégicos en las áreas de empleo, salud y educación por un monto total de \$us 106.9 millones, el 23.4% (\$us 25.0 millones) corresponde a protección social de corto plazo (empleo) y 76.6% (\$us 81.9 millones) a programas de las reformas en implementación (educación y salud).

La ejecución agregada de programas protegidos hasta diciembre de 2003 alcanzó a 86.7% (\$us 92.6 millones), sin embargo, sólo los proyectos de infraestructura educativa apoyados por el Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social (FPS), el SUMI y el PLANE alcanzaron el cumplimiento pleno de las metas previstas.

Considerando la tendencia de la inversión pública social, es muy importante gestionar recursos que

Gráfico 25. Inversión social ejecutada 2001 - 2004
(En millones de dólares corrientes)



Fuente: Elaboración en base a información Ministerio de Hacienda, Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo.

permitan la protección de niveles adecuados para asegurar la continuidad de las intervenciones sectoriales así como el mejoramiento de la capacidad de gestión de las entidades ejecutoras.

10.2 Recursos HIPC II

Los recursos de alivio HIPC II constituyen una fuente de financiamiento para los ODMs, considerando que, según la Ley del Diálogo Nacional 2000, deben destinarse al apoyo de los sectores de salud, educación e infraestructura productiva y social²⁰. En 2003, se desembolsaron \$us 76.4

TABLA 11. Inversión Pública Social, 2001 - 2004
(en millones de dólares corrientes)

SECTORES	2001 (1)			2002 (1)			2003 (1)			2004 (1)		
	Ejec.	% inv. total	% de ejec.	Ejec.	% inv. total	% de ejec.	Ejec.	% inv. total	% de ejec.	Ejec.	% inv. total	% de ejec.
INVERSIÓN SOCIAL	295,5	46,2	98,0	251,2	43,0	89,3	186,9	37,4	71,9	221,1	36,8	117,3
Salud	49,4	7,7	74,8	53,2	9,1	77,3	37,0	7,4	63,2	45,0	7,5	84,4
Educación y Cultura	107,2	16,8	102,8	95,9	16,4	106,3	65,7	13,2	76,1	54,2	9,0	112,2
Saneamiento Básico	74,5	11,7	112,1	45,4	7,8	72,6	33,6	6,7	64,5	67,3	11,2	180,0
Urbanismo y Vivienda	64,4	10,1	99,7	56,7	9,7	94,9	50,6	10,1	80,2	54,5	9,1	110,4
Inversión Pública Total	638,8		100,9	584,7		89,8	499,8		78,0	601,6		120,1

(1) Incluye ejecución estimada de Gobiernos Municipales.

Fuente: Elaboración en base a información Ministerio de Hacienda, Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo.

19 Esta iniciativa se denominó Programa de Apoyo a las Redes de Protección Social (PARPS). Para mayor detalle ver Informe Económico y Social 2003, UDAPE.

20 Ver Ley N° 2235 (Ley del Diálogo Nacional 2000) promulgada el 31 de julio de 2001.

TABLA 12. Desembolsos y gastos Cuentas Diálogo 2000, gestión 2004 (1)
(en millones de dólares corrientes)

DETALLE	Rec. disponibles Ene-dic 2004	Gastos Ene-dic 2004	% de ejec. Ene-dic 2004
Salud (10%)	9,7	4,7	48,5
Educación (20%)	15,7	10,9	69,4
IPS (2) (70%)	49,9	33,1	66,3
TOTAL	75,3	48,7	64,7

Fuente: Elaboración en base a información Ministerio de Hacienda, Unidad de Programación Fiscal (UPF).

Notas (1) En las columnas correspondientes a recursos disponibles, se incluyen los saldos no ejecutados de gestiones pasadas y los desembolsos 2003. Se consideran datos preliminares, sujetos a revisión.

(2) Infraestructura productiva y social.

millones correspondientes a este alivio de deuda, del total \$us 26.8 millones (35.0%) se destinaron al Fondo Solidario Municipal para la Educación Escolar y la Salud Públicas, para financiar ítems de docentes y personal médico; \$us 3.5 millones (4.6%) para el Fondo Solidario Nacional del SUMI y; \$us 46.1 millones (60.4%) para las cuentas municipales Diálogo 2000 de salud, educación e infraestructura productiva y social²¹, la mayor parte de estos recursos (69.6%) fueron asignados a los departamentos del eje central y Potosí.

Considerando la disponibilidad total de recursos (desembolsos y saldos no ejecutados de las gestiones 2001 y 2002), los municipios contaban con \$us 88.6 millones en sus cuentas, de los cuales \$us 61.0 millones se abonaron en la cuenta de infraestructura productiva y social, \$us 17.5 millones para educación, y \$us 10.0 millones para salud.

El gasto efectuado por los municipios en la gestión 2003 en las tres cuentas alcanzó a \$us 62.7 millones, de los cuales \$us 4.9 millones corresponden a la ejecución de programas en salud, \$us 13.0 millones a educación y \$us 44.8 millones a infraestructura productiva y social. La ejecución presupuestaria respecto a la disponibilidad total de recursos alcanzó a 70.8% en 2003, en el caso de salud esta proporción fue de 48.9%, en educación representó

un 74.5% y en infraestructura productiva y social a 73.3%.

En 2004 (ver Tabla 12), los municipios de Bolivia presentaron una disponibilidad de \$us 75.3 millones en las Cuentas Diálogo 2000, de los cuales 66% correspondió a Infraestructura Productiva y Social, 21% a Educación y 13% a Salud. Por otra parte, los gastos ascendieron a \$us 48.7 millones, destacándose la ejecución de la cuenta de infraestructura y de educación. Los municipios lograron un porcentaje de ejecución de 64.7%, siendo la cuenta de educación que presentó los mejores resultados.

En la Tabla 13, se presentan los resultados acumulados en las Cuentas Especiales Diálogo 2000 para el período comprendido entre agosto 2001 y diciembre 2004, según departamentos. En términos generales, se presentó un porcentaje de ejecución de 85%, situación que demuestra un mejoramiento en la capacidad de gestión municipal, tanto en los departamentos del eje central del país (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz) como en las regiones más alejadas. Esta situación muestra que los programas y proyectos implementados con recursos del alivio HIPC II están siendo ejecutados de manera más ágil y efectiva²².

TABLA 13. Ejecución de recursos Cuentas Diálogo 2000, gestión 2004 (1)
(en millones de dólares corrientes)

Departamento	Desemb. 2001-2004	Gasto 2001-2004	% Ejec.
TOTAL BOLIVIA	212,2	180,4	85,0
CHUQUISACA	18,7	16,5	87,9
LA PAZ	56,7	48,4	85,4
COCHABAMBA	32,1	27,9	87,1
ORURO	14,0	12,1	86,5
POTOSI	27,2	22,1	81,1
TARJA	11,4	9,7	85,1
SANTA CRUZ	31,6	25,6	81,0
BENI	14,2	12,2	85,9
PANDO	6,2	5,9	93,8

Fuente: Elaboración en base a información Ministerio de Hacienda, Unidad de Programación Fiscal (UPF).

21 El monto total del alivio HIPC II en 2003 alcanzó a \$us 77.1 millones, de los cuales \$us 0.7 millones corresponden a las comisiones bancarias generadas por las Cuentas Especiales Diálogo 2000.

22 Sin embargo, es necesario completar el análisis con una evaluación de impacto de los programas beneficiados directamente por estos recursos como es el caso del SUMI.

10.3 Plan Nacional de Empleo de Emergencia (PLANE)

Entre marzo de 2003 y mayo de 2004, el PLANE se encontró en su segunda fase de implementación con el objetivo de reducir el impacto de la disminución de ingresos por la pérdida de empleo en la población más pobre del país, para lo cual se establecieron tres estrategias: i) Generación de empleo temporal masivo generado en el plazo inmediato entre la población urbana y rural más pobre del país, ii) Aplicación de una estructura terciarizada (al igual que el PLANE-I) tanto en la Administración y Supervisión como mayoristas, los ejecutores fueron las Prefecturas, Sub-Prefecturas, Alcaldías y Sub-Alcaldías Municipales, iii) Promoción de la conformación de microempresas a partir de la población beneficiaria.

El PLANE II fue administrado por el PNUD y ejecutó alrededor de \$us 27.4 millones en aproximadamente 12 meses de operación, período en el que se pagaron alrededor de 390.000 salarios. El PLANE, por constituir un Programa de Emergencia, se concibió como temporal y se estima concluirá a mediados de 2005. Como una estrategia de salida, se tiene previsto que algunas personas que trabajaban en el PLANE sean parte del Programa Contra la Pobreza y Apoyo a la Inversión Solidaria (PROPAÍS).

Además de ello, se está estudiando la posibilidad de incluir programas de capacitación a las personas que trabajan en el PLANE para que accedan a mayores y mejores posibilidades de insertarse al mercado laboral. Debe mencionarse que los recursos de cooperación externa fueron disminuyendo y no se tienen comprometidos recursos del Tesoro General de la Nación.

Por otra parte, a partir de mayo de 2004 se inició la implementación del PROPAIS, como parte de la Red de Protección Social (aprobada mediante Decreto Supremo N° 27331 de enero de 2004). El Programa está orientado a financiar pequeños proyectos de infra-

estructura y/o equipamiento vecinal o comunitario de bien público en zonas marginales, periurbanas o rurales con un componente intensivo en mano de obra. Se reportaron los siguientes avances: 120.000 salarios asignados, más de 1.600 proyectos en proceso de ejecución y \$us 19.5 millones asignados.

10.4 Agua y Saneamiento básico

Los programas y proyectos implementados por el Viceministerio de Servicios Básicos tienen como objetivo mejorar las condiciones de acceso de la población a los servicios de agua potable y alcantarillado. Actualmente, la información financiera de los programas y proyectos está incluida en el Sistema de Información de Agua y Saneamiento (SIAS).

Las intervenciones se efectuaron en ocho de los nueve departamentos del país (con excepción de Pando). Los proyectos se ejecutaron en 299 municipios del país y beneficiaron a más de un millón de habitantes (12.4% de la población total). La relación entre recursos desembolsados y comprometidos a nivel nacional alcanzó a 75.6%, destacándose los departamentos de Oruro, Tarija y Santa Cruz.

Debe mencionarse que en el caso del departamento de Cochabamba, la proporción de desembolsos fue la menor del país, aunque el mayor número de beneficiarios se concentró en este departamento y presentó un número similar de

TABLA 14. Ejecución del PLANE I y II, según categoría de gasto

DETALLE	PLANE I (miles de \$us.) (a)	%	PLANE II (miles de \$us.) (b)	%
Salarios	28,192	86.2	24,113	87.8
Administración y overhead	1,582	4.8	1,515	5.5
Supervisión	997	3.1	991	3.6
Mayoristas	1,167	3.6	834	3.1
Promoción	296	0.9		
Evaluación de Medio Término	39	0.1		
Auditorías	83	0.2		
Seguros	51	0.2		
Otros	299	0.9		
TOTAL	32,706	100	27,453	100

Fuente: Elaboración en base a información DUF
(a) Datos de Auditoría. (b) Datos de Informe Final

TABLA 15. Agua y saneamiento: Proyectos ejecutados, 2003

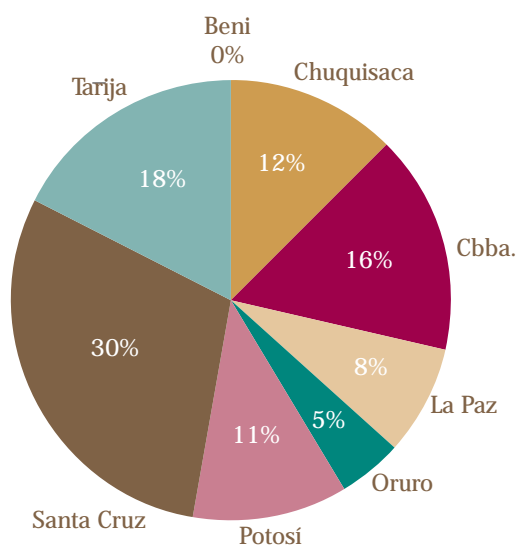
Departamento	Nº benef.	Monto comp. (mill.Sus)	Monto desem. (mill Sus)	% de Desemb.
Beni	1.465	0,02	0,01	55,39
Chuquisaca	78.493	2,55	1,95	76,55
Cochabamba	433.276	7,80	2,53	32,51
La Paz	63.078	1,77	1,26	71,23
Oruro	15.445	0,44	0,73	163,44
Potosí	37.779	2,04	1,78	87,43
Santa Cruz	406.262	3,89	4,66	119,80
Tarija	87.200	2,24	2,76	122,98
TOTAL	1.122.998	20,75	15,68	75,59

Fuente: Elaboración en base a información SIAS, Ministerio de Servicios y Obras Públicas, Viceministerio de Servicios Básicos.

proyectos que La Paz (que alcanzó un porcentaje de desembolsos de 71.2%).

Al revisar los montos comprometidos y desembolsados clasificados por fuente de financiamiento (externa y contraparte interna), se observa que del total de recursos comprometidos (\$us 20.7 millones), 80.3 % correspondió a fuentes externas y el restante 19.7% a fuentes internas. Esta situación se revierte al considerar los montos desembolsados, ya que las contrapartes nacionales representaron 95.5% del total de recursos efectivamente asignados (\$us 15.7 millones), solamente 4.5% del financiamiento externo comprometido en la gestión 2003 fue desembolsado para la ejecución de proyectos en el sector.

Gráfico 26. Distribución departamental de desembolsos, 2003



Fuente: SIAS.

Un aspecto importante que debe mencionarse es que los programas e intervenciones en el sector analizado no solamente deben orientarse a la incorporación de nuevos usuarios de los servicios para incrementar las coberturas. Una tarea fundamental es el mantenimiento de los sistemas y asegurar la sostenibilidad de la provisión de agua y servicios básicos en condiciones adecuadas por el impacto en las condiciones de salud de la población.

10.5 Sector Educación

La ejecución de recursos públicos en el sector educación entre las gestiones 2001 y 2004 presentó una tendencia creciente y modificaciones en las participaciones relativas de sus diferentes componentes. Como se observa en la Tabla 15, las partidas de gasto corriente representan la mayor proporción del gasto total.

La estructura del gasto educativo presenta una elevada concentración en los salarios del personal docente por las características del servicio que es intensivo en recursos humanos, puesto que es necesario atender los requerimientos para el crecimiento vegetativo de la población en edad escolar así como las necesidades de ajustes salariales y del Reglamento del Escalafón Nacional del Servicio de Educación en vigencia.

El gasto educativo se incrementó en \$us 45.3 millones entre 2001 y 2004, debido al crecimiento de las partidas salariales de docentes del nivel primario y secundario, que presentaron una tasa de crecimiento de 27.4% y 39.0%, respectivamente. Los gastos administrativos del nivel departamental y distrital presentaron una reducción de \$us 10.6 millones, mientras que en la administración central se mantuvieron en los niveles observados en la gestión 2001.

En cuanto a la inversión del Ministerio de Educación que, prácticamente en su totalidad se asocia a proyectos enmarcados en el Programa de Reforma Educativa, se presentó una reducción de aproximadamente 50% en la ejecución entre 2001 y 2004. Mientras que en 2001, la inversión del Ministerio representó 39.2% de la inversión pública total

TABLA 16. Gasto educativo²³, 2002-2003 (1)

DETALLE	2001		2002		2003		2004	
	(Mill.Sus)	(%)	(Mill.Sus)	(%)	(Mill.Sus)	(%)	(Mill.Sus)	(%)
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN	25,0	7,3	27,9	7,4	21,9	5,7	14,4	3,7
Administración Central	7,9	2,3	8,7	2,3	11,4	3,0	7,4	1,9
Dirección Departamental y Distrital	17,1	4,9	19,1	5,1	10,5	2,7	7,0	1,8
SALARIOS MAGISTERIO	278,1	80,6	309,8	82,7	342,8	89,5	354,8	90,9
Educación Inicial	12,6	3,7	12,6	3,4	14,3	3,7	14,9	3,8
Educación Primaria	196,9	57,1	222,0	59,3	247,3	64,6	250,9	64,3
Educación Secundaria	45,8	13,3	51,2	13,7	57,5	15,0	63,7	16,3
Educación Superior No Universitaria	7,2	2,1	8,1	2,2	7,4	1,9	8,0	2,0
Educación Alternativa	12,1	3,5	12,6	3,4	13,0	3,4	13,9	3,6
Educación Técnica	3,3	1,0	3,4	0,9	3,3	0,9	3,3	0,8
TOTAL GASTO CORRIENTE	303,1	87,8	337,7	90,2	364,7	95,3	369,2	94,6
INVERSIÓN MINISTERIO EDUCACIÓN	42,0	12,2	36,8	9,8	18,2	4,7	21,2	5,4
TOTAL GASTO EDUCACIÓN	345,1	100,0	374,5	100,0	382,8	100,0	390,4	100,0

(1) Se utiliza el tipo de cambio contable para cada gestión.

Fuente: Elaboración en base a información Ministerio de Educación, Dirección General de Asuntos Administrativos, Dirección de Finanzas.

del sector, en el año 2004 esta proporción se redujo a 34.2% y entre 2002 y 2003 este porcentaje se redujo de 38.4% a 27.7%, situación que muestra riesgos en la continuidad y sostenibilidad de la Reforma Educativa, como un instrumento fundamental del sector para el avance hacia los ODMs.

En este sentido, una tarea fundamental se refiere a la priorización presupuestaria de la inversión educativa así como a la elaboración de un análisis y escenarios de sostenibilidad financiera de las intervenciones sectoriales, considerando que para cumplir los objetivos de universalización de coberturas, permanencia en el sistema educativo y mejoras en la calidad de los servicios, no solamente se requieren inversiones adicionales sino gastos de operación, mantenimiento, reposición en niveles adecuados.

Considerando las restricciones fiscales del país, es necesario mejorar la asignación de recursos y orientarlos a las áreas con mayor impacto en las poblaciones más pobres. La evidencia muestra que, en el caso de educación, el gasto público en

primaria promueve mayor equidad porque favorece relativamente más a la población de los quintiles de ingreso más bajo²⁴. En Bolivia, los niños del 40% de las familias más pobres se benefician con 50% del gasto público en educación primaria. La información financiera del sector muestra que entre 27% y 30% del gasto educativo total se destina a universidades (por conceptos de coparticipación tributaria y subvenciones), aspecto que deberá revisarse para promover mayor progresividad en el gasto del sector.

10.6 Sector Salud

La ejecución presupuestaria del sector salud presentó una tendencia decreciente en los componentes de gasto corriente e inversión, monto que se redujo entre 2001 y 2004 de \$us 49.4 millones a \$us 45.0 millones entre 2001 y 2004 (ver Tabla 11 al inicio del capítulo). En cuanto al gasto corriente, de acuerdo a información del Ministerio de Hacienda, entre el período 2001 y 2003²⁵ los gastos del Ministerio de Salud y Deportes se

23 Se refiere al gasto del Ministerio de Educación, no incluye las ejecuciones de inversión departamental y municipal ni los gastos efectuados por los municipios con recursos HIPC II asignados para el sector.

24 Para mayor detalle, ver "Informe del Gasto Público para lograr sostenibilidad fiscal y servicios públicos eficientes y equitativos – Resumen Ejecutivo", Ministerio de Hacienda, World Bank Group, DFID y BID, 2004.

25 Se considera la comparación entre 2001 y 2003 ya que la ejecución de la gestión 2004 es un dato preliminar, sujeto a revisión.

TABLA 17. Gasto público corriente en salud, 2001-2004 (1)

Detalle	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
	(En mill. Sus)				(En %)			
Gasto Ministerio de Salud	107,3	103,0	94,6	71,9	45,9	46,1	43,6	34,6
Cajas de Salud	126,4	120,5	122,3	135,7	54,1	53,9	56,4	65,4
Caja Nac. De Salud	72,2	65,7	68,8	81,2	30,9	29,4	31,7	39,1
Caja Petrolera de Salud	24,0	25,0	24,7	25,4	10,3	11,2	11,4	12,2
COSSMIL	28,6	28,0	27,0	27,5	12,2	12,5	12,5	13,3
CSSNC	1,7	1,7	1,7	1,6	0,7	0,8	0,8	0,8
Gasto Corriente Salud	233,7	223,5	216,8	207,6	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) Los datos de la gestión 2004 corresponden a ejecuciones preliminares, sujetas a revisión y ajuste.

Fuente: Elaboración en base a información Ministerio de Hacienda, UPF y Dirección General de Contaduría.

redujeron \$us 12.7 millones, mientras que la Caja Nacional de Salud aumentó su gasto en \$us 9.0 millones entre 2001 y 2004. Esta situación compromete la prestación de servicios públicos de salud e incide, por tanto, en el avance hacia los ODMs.

En cuanto a las partidas correspondientes a salarios de personal médico, paramédico, auxiliares de enfermería y otras categorías de salud, en 2004 el monto alcanzó a aproximadamente \$us 121 millones²⁶, sin embargo, este monto no incorpora los requerimientos para la implementación de una

estrategia de recursos humanos que se encuentra en etapa de diseño en el Ministerio. Es importante destacar que, al igual que el sector educación, las intervenciones en salud son intensivas en recursos humanos y es fundamental garantizar niveles adecuados de inversión y gasto recurrente para ampliar las coberturas de los servicios básicos de salud.

Por otra parte, es necesario mencionar que es fundamental mejorar la asignación de recursos en los diferentes programas y proyectos, promoviendo mayor equidad en el impacto del gasto público sectorial. Se cuenta con evidencia que el gasto público per cápita en salud sin incluir la seguridad social favorece a los segmentos de población más pobres, por ello es fundamental priorizar programas públicos y esquemas de aseguramiento universal orientados a prestaciones de salud primaria y preventiva.

TABLA 18. Principales programas de salud, 2002-2003

Programas	Presup. (mill.Sus)	Ejecución (mill. Sus)	% de Ejec
SUMI	0,0	2,3	-
EXTENSA	0,0	14,6	-
Programa del Niño	5,8	2,8	47,25
Salud Sexual y Reproductiva	19,7	9,9	50,05
Desarrollo de redes	0,0	0,5	-
Atención Materno - Infantil	25,5	30,0	117,55
Lucha Contra Chagas	32,0	26,4	82,53
Control de la Malaria	10,8	5,7	52,77
Lucha contra la Tuberculosis	5,0	3,3	66,23
Control del Dengue	1,5	1,0	69,13
Control del VIH-SIDA	4,9	1,4	28,93
Sistema de Vigilancia Epidemiológica	5,5	1,5	28,14
Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI - II)	15,6	26,4	169,15
Enf.transmisibles e inmunoprevenibles	75,3	65,8	87,40
Prog.gestión compartida c/part.social e interculturalidad	0,0	0,1	-
Fortalecimiento Sistemas de Información	7,0	7,4	105,59
CEASS	3,6	0,9	23,66
INLASA	9,2	8,2	88,68
PROSIN	24,0	19,4	81,15
DINAMED	2,2	1,8	79,69
Otros programas	46,1	37,8	81,92
TOTAL PROGRAMAS DE SALUD	147,0	133,6	90,92

Fuente: Elaboración en base a información Ministerio de Salud y Deportes, Dirección Administrativa.

26 De acuerdo a información preliminar del Ministerio de Hacienda, Unidad de Programación Fiscal.

En la Tabla 18, se presenta la ejecución de programas seleccionados del sector salud. La mayor cantidad de recursos se concentra en programas de atención y prevención de enfermedades inmunoprevenibles que representan más del 50% de los recursos programados para los programas analizados, es destacable el hecho que el Programa Ampliado de Inmunización Segunda Fase (PAI II) presentó más del 100% de ejecución.

Los componentes de atención materno-infantil presentaron un porcentaje de ejecución de aproximadamente 118%, destacándose el Programa EXTENSA y Salud Sexual y Reproductiva. Es importante resaltar la importancia de programas de atención de salud para población dispersa y rural ya que es la que presenta mayores restricciones de acceso a servicios de salud, razón por la que los indicadores de proceso e impacto no mejoran en términos de equidad.

El fortalecimiento del sistema de información en salud es otro programa que contribuye en gran medida al seguimiento y monitoreo del

avance del sector hacia los ODMs y permite identificar los problemas de manera oportuna para plantear ajustes en la implementación de los proyectos y programas. En 2003, presentó una ejecución superior a 100% que alcanzó a \$us 7.4 millones.

En síntesis, considerando la totalidad de los recursos públicos orientados a los ODMs, se puede deducir que existe la necesidad de diseñar un plan de financiamiento sostenible y viable que considere las restricciones fiscales del país, pero que presente, la necesidad explícita de garantizar un nivel de recursos adecuados para el avance más acelerado hacia el cumplimiento de las metas, previa definición de un conjunto de prioridades sectoriales pero bajo un enfoque integral y sinérgico. Por otra parte, es fundamental avanzar en el mejoramiento de la gestión de recursos públicos y utilizar las atribuciones del Comité Interministerial para las Metas de Desarrollo del Milenio (CIMDM) para generar alianzas estratégicas a nivel nacional y con los organismos de cooperación internacional.



11. CONCLUSIONES

La evolución de los indicadores asociados a los ODMs durante los últimos años ha sido en general positiva, sin embargo, asumiendo un escenario tendencial, en el que no se realizarían esfuerzos por priorizar las intervenciones más costo-efectivas, sólo 6 de los 17 indicadores seleccionados tendrían probabilidades de cumplirse a 2015. Este resultado señala la necesidad de reflexionar sobre el diseño e implementación de políticas y programas asociados a los ODMs, con el fin de identificar los cuellos de botella que impiden un proceso más acelerado en el logro de los ODMs.

En los últimos años no se han observado cambios significativos en la reducción de extrema pobreza, el último dato procesado por UDAPE es 41.3% en 2002, no muy distinto al valor registrado en 1996 de 41.2%, esta situación sin duda es explicada por la profundización de la crisis económica ha enfrentado Bolivia en los últimos 6 años, las previsiones tendenciales muestran que no será posible alcanzar la meta de reducir la incidencia de pobreza extrema a 24.1% en 2015. En el caso de nutrición, si bien la meta no será plenamente alcanzada, se aproxima a reducir la desnutrición crónica (talla/edad) a 19% en 2015.

En salud, las TMI y TMM han sido reducidas sustancialmente desde los valores de 1989 de 89 y 416 respectivamente a los valores de 54 y 229 en 2003, esto consecuencia de la implementación de importantes y efectivos programas como el SUMI, EXTENSA y PAI. Bajo un escenario inercial, las previsiones señalan que en ambos casos las metas probablemente no sean alcanzadas. Por otro lado, los programas de control de enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles han tenido un avance significativo en el periodo 2003-2004, sobre todo el Programa Nacional de Control de Chagas, logró reducir el porcentaje de municipios con infestación mayor al 3% de 56% en 2003 a 31% en 2004 y es el único que probablemente logre cumplir con la meta a 2015. Los programas de Control de Malaria y Tuberculosis han tenido un desempeño importante en el control de ambas enfermedades, pese a enfrentar restricciones presupuestarias (Ver Tabla 18).

El sector educativo ha mostrado avances a consecuencia de la aplicación de las estrategias incluidas en el Programa de Reforma Educativa que incluyeron un enfoque intercultural, una visión

de género integradora y mejoras en la calidad de los servicios educativos. Como resultado, la cobertura neta del sector primario alcanzó el valor de 97% para el 2003, la tasa de término fue del 75% para el 2003, los indicadores de género expresados en las brechas de término de primaria y secundaria al 2003 están casi cerradas en el caso de primaria la brecha es del 3.4% y en el caso de secundaria la brecha es -0.1%, se espera que profundizando las estrategias de la Reforma Educativa el 2015 las brechas sean un valor cercano a 0.

Los avances en el sector de saneamiento básico son significativos, resultado de una inversión social cercana a los \$us 50 millones por año (ver Gráfico 25), aunque el sector partió de una situación crítica el año 1992 con una cobertura de 57.5% y 28% en agua potable y en saneamiento, al 2004 alcanzaron los valores 81.2% y 72.3% consecuencia principalmente del Plan Nacional “Agua para Todos” y del Plan Decenal de “Saneamiento Básico 1992-2002”. Se espera que en 2015 los valores de estos indicadores superen los ODMs en 2015, suponiendo un escenario financiero positivo para el sector.

El acceso de la población a medicamentos de calidad a precios bajos, ha avanzado poco en relación a lo esperado, debido a la falta de una política nacional que incorpore al sector privado interno y externo para mejorar la producción de fármacos, este hecho se ve reflejado en el porcentaje de gasto de bolsillo de los hogares en medicamentos que en 1995 fue del 17.8 y el 2002 es del 21.6%. El ODM a 2015 es poco factible de alcanzar en ausencia de políticas más agresivas que incidan en los determinantes del precio de los medicamentos.

El seguimiento a la ejecución de recursos públicos destinados a los ODMs muestra que la inversión pública social disminuyó su participación en la inversión pública total, situación que pone en riesgo la continuidad de las políticas sectoriales de educación, salud y servicios básicos. Los gastos corrientes se incrementaron en proporciones insuficientes para atender los gastos de operación, mantenimiento y reposición de los programas sociales, asimismo, no se han efectuado procesos de priorización intrasectorial del gasto para incrementar las asignaciones a las áreas de mayor

impacto y se debe avanzar hacia el mejoramiento de la capacidad de gestión en los sectores.

Los recursos del alivio HIPC II asignados a las cuentas municipales para el financiamiento de programas y proyectos de salud, educación e infraestructura productiva y social constituyen

una fuente de financiamiento adicional para avanzar hacia los ODMs. La ejecución financiera de las cuentas municipales ha presentado mejoras desde 2001, evidenciando una mejora en la capacidad de gestión y mayor agilización en los procedimientos administrativos para el cofinanciamiento de proyectos.



12. BIBLIOGRAFÍA

Cárdenas Marina, 2000. *Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud - Bolivia*, FOCET Prisa Ltda. La Paz, Bolivia.

Cárdenas Marina, 2004. *Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud - Bolivia*, FOCET Prisa Ltda. La Paz, Bolivia.

CEPAL, IPEA y el PNUD, (2003). *Hacia el objetivo del milenio de reducir la pobreza en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile.

Ministerio de Asuntos Campesinos y Agropecuarios (MACA), 2005. *Estrategia Nacional de Desarrollo Agropecuario y Rural (ENDAR)*. MACA. La Paz, Bolivia.

Ministerio de Educación, 2005. *Reportes de la Dirección de Finanzas. 2001-2004*. La Paz, Bolivia.

Ministerio de Hacienda, World Bank Group, DFID, BID, 2004. *Informe del Gasto Público para lograr sostenibilidad fiscal y servicios públicos eficientes y equitativos*, La Paz - Bolivia.

Ministerio de Hacienda, VIPFE, 2005. *Reportes de Inversión Pública 2001-2005*, La Paz, Bolivia.

Ministerio de Hacienda, VIPFE, UPF, 2005. *Reportes del Gasto Social 2001-2004*. La Paz, Bolivia.

Ministerio de Hacienda, VIPFE, UPF, 2005. *Reportes de la ejecución recursos HIPC II 2001-2004*. La Paz, Bolivia.

Ministerio de Salud y Deportes (MSD), 2003. *Documento Sectorial para el Grupo Consultivo de Paris Año 2003*. La Paz, Bolivia.

Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y Reforma de Salud (RS), 2004. *Sector Salud en el contexto de las metas del milenio: Plan de Trabajo 2004-2006*. La Paz, Bolivia.

Ministerio de Salud y Previsión Social, 2000. *Situación de la Salud de la Niñez Boliviana Frente al Nuevo Milenio*. La Paz, Bolivia.

Narváez R. y Saric D, 2004. *Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia*. UDAPE/OPS. La Paz, Bolivia.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Ministerio de Salud y Deportes (MSD), 2004. *Análisis del Sector Salud - Bolivia*. Documento de Trabajo. La Paz, Bolivia.

Programa Nacional de Control de Chagas, 2004. *Informe de Actividades Gestión 2003*, Ministerio de Salud y Deportes (MSD). La Paz, Bolivia.

Programa Nacional de Control de Tuberculosis, 2004. *Informe Anual de Actividades del Programa Nacional de Control de Tuberculosis: Gestión 2004*, Programa Nacional de Tuberculosis, La Paz - Bolivia.

UNAIDS, 2004. *AIDS Epidemic Update 2004*, UNAIDS, Ginebra, Suiza.

UDAPE, 2004. *Evaluación de la Economía Boliviana 2003*, UDAPE, La Paz, Bolivia.

UDAPE, 2004. *Informes Económico y Social 2001-2004*. La Paz, Bolivia.

UDAPE, 2005. *Documento de Selección de Indicadores*. Documento de Trabajo del CIMDM, La Paz - Bolivia.

World Bank Group, DFID, BID, 2004. *Informe del Gasto Público para lograr sostenibilidad fiscal y servicios públicos eficientes y equitativos*. La Paz, Bolivia.



