

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE BOLIVIA
MINISTERIO DE JUSTICIA-
VICEMINISTERIO DE GÉNERO Y ASUNTOS GENERACIONALES

BOLIVIA: INFORME DE PROGRESO
“UN MUNDO APROPIADO PARA LOS NIÑOS”
2002-2006

La Paz – Bolivia
2007

Martha Maruja Collanqui
VICEMINISTRA DE GÉNERO Y ASUNTOS GENERACIONALES

Antonio Aval Oña
DIRECTOR GENERAL DE GÉNERO Y ASUNTOS GENERACIONALES

Consuelo Escobar Morillas
JEFA DE LA UNIDAD GENERACIONAL

COLABORACIÓN DEL UNICEF

CONTENIDO

	Página
I. Introducción.....	1
II. Principales acciones del Estado hacia el logro de “Un Mundo Apropiado para los Niños”.....	3
2.1 La niñez en Bolivia: Consideraciones Generales.....	6
2.2 Salud.....	11
2.2.1 Políticas y programas.....	11
2.2.2 Indicadores de salud.....	13
Tasas de mortalidad.....	13
Desnutrición.....	14
Enfermedades inmunoprevenibles e inmunización....	16
Enfermedades endémicas.....	17
VIH/SIDA.....	18
Drogadicción y alcoholismo.....	19
Mortalidad materna.....	20
Embarazo adolescente.....	21
Servicios básicos.....	21
2.3 Educación.....	22
2.3.1 Políticas y programas.....	22
2.3.2 Indicadores educativos.....	25
Educación especial.....	29
Alfabetización.....	30
2.4 Protección de la Niñez y Adolescencia.....	31
Trabajo infantil.....	31
Violencia, maltrato y violencia sexual.....	32
Aspectos institucionales.....	33
Niños que viven en las cárceles, en conflicto con la Ley y en centros de acogida.....	36
Registro de nacimientos: Identidad.....	36
Aborto y embarazos adolescentes no deseados.....	37
2.5 Visión de la situación de la Niñez y Adolescencia: Niños, Niñas, Adolescentes y sociedad civil.....	37
III. Recursos públicos para la Niñez y Adolescencia.....	41

IV.	Sistemas de seguimiento a políticas de la niñez.....	43
V.	Avances en las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño.....	45
VI.	Alianzas para la participación de la niñez y adolescencia.....	47
VII.	Lecciones aprendidas y desafíos.....	48
VIII.	Bibliografía consultada.....	50

ANEXOS

Anexo 1: Bolivia y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

I. INTRODUCCIÓN

La Iniciativa “Un Mundo Apropiado para los Niños” se adoptó en la Sesión Especial de la Asamblea de Naciones Unidas a favor de la infancia, efectuada el 10 de mayo de 2002, con la participación de 69 participantes de alto nivel y 190 delegaciones nacionales y alrededor de 400 niños, luego de 12 años de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, con el propósito de reafirmar compromisos que mejoren la vida de los niños, niñas y adolescentes. Los Jefes y Representantes de los Estados participantes determinaron que la mencionada Asamblea constituía una oportunidad histórica para cambiar el mundo para y con los niños, completando la agenda establecida en 1990 en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, así como abordar temas como los incorporados en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, suscrita en el año 2000.

Se asume el compromiso de crear un mundo apropiado para los niños con desarrollo humano sostenible, de acuerdo al interés superior de los niños basado en los principios de la democracia, igualdad, no discriminación, paz y justicia social; y universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos, incluyendo el derecho al desarrollo. En este contexto, se suscribió una Declaración y se aprobó un Plan de Acción que debería ser implementado por todos los Estados participantes.

En este Plan de Acción se propone e insta a que toda la sociedad se una en un movimiento mundial que contribuya a la creación de un mundo apropiado para los niños, de acuerdo a los siguientes principios y objetivos:

- ***Poner a los niños siempre primero:*** Dar prioridad al interés superior de los niños.
- ***Erradicar la pobreza:*** Invirtiendo en la infancia para romper el ciclo de pobreza en una sola generación, haciendo efectivo el cumplimiento de los derechos de los niños, así como adoptar medidas para eliminar las peores formas de trabajo infantil.
- ***No permitir que ningún niño quede postergado:*** Todos los niños y niñas nacen libres, tienen la misma dignidad y los mismos derechos; por tanto, es necesario eliminar todas las formas de discriminación contra ellos y ellas.
- ***Cuidar de todos los niños:*** Los niños deben empezar a vivir de la mejor manera posible. Su supervivencia, protección, crecimiento y desarrollo con buena salud y nutrición adecuada son las bases fundamentales del desarrollo humano. Se debe luchar contra las enfermedades infecciosas, combatir las principales causas de malnutrición y desnutrición y criar a los niños en un entorno seguro que les permita disfrutar de buena salud física y mental, que se sientan emocionalmente seguros y ser socialmente competentes y capaces de aprender.
- ***Educar a todos los niños:*** Todos los niños y niñas deben tener acceso a una educación primaria obligatoria, gratuita y de buena calidad; deben eliminarse las disparidades entre los géneros en la educación primaria y secundaria.
- ***Proteger a los niños de la violencia y la explotación:*** Debe protegerse a los niños de todo acto de violencia, maltrato, explotación, discriminación, así como de todas formas de terrorismo y toma de rehenes.
- ***Proteger a los niños de la guerra:*** Es necesario proteger a todos los niños y niñas de la guerra y los conflictos armados. También debe protegerse a los niños bajo ocupación extranjera, de conformidad con las disposiciones del derecho internacional humanitario.
- ***Luchar contra el VIH/SIDA:*** Es necesario proteger a los niños y a sus familias de los efectos devastadores del VIH/SIDA.

- **Escuchar a los niños y asegurar su participación:** Los niños, niñas y adolescentes son ciudadanos valiosos que pueden ayudar a crear un futuro mejor para todos. Se debe respetar su derecho a expresarse y a participar en todos los temas que les afecten, según su edad y madurez.
- **Proteger la tierra para los niños:** Se debe defender el medio ambiente natural con su diversidad biológica y sus recursos, lo que mejorará las condiciones de vida para las generaciones actuales y futuras. Se debe prestar asistencia para proteger a los niños y reducir al mínimo los efectos en ellos de los desastres naturales y la degradación del medio ambiente.

El presente documento constituye una evaluación de medio término de los compromisos asumidos en el Plan de Acción global y su elaboración incorpora los avances del país, considerando la perspectiva de niños y niñas bolivianos y organizaciones de la sociedad civil respecto a la situación de la niñez en el país. Este informe forma parte de un proceso más amplio que consiste en la formulación participativa del Plan Nacional para la Niñez y Adolescencia (PNNA) con un horizonte de 10 años, que se enmarca en los fundamentos y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2011.

Se fundamenta en el análisis de las principales políticas y resultados en cuanto a temas de la niñez, principalmente en el período comprendido entre 2002 y 2006, efectuando una aproximación sectorial, incluyendo también temas intersectoriales con perspectiva integral, analizando la evolución de indicadores según desagregación urbana y rural y por género (en los casos que sea posible), a fin de presentar las disparidades y brechas en la situación de la niñez y adolescencia.

Los niños, niñas y adolescentes son un grupo muy importante en la población boliviana, según estimaciones del INE, 2005, 4.6 millones de personas se encontraban entre 0 y 19 años (48.4% de la población total).

Bolivia ha ratificado la Convención de Derechos del Niño (CDN) aprobada en 1989, mediante Ley N° 1152 de mayo de 1990, siendo el octavo país en realizar este proceso, comenzando por la adecuación de normas legales y la implementación de políticas públicas que prioricen a este grupo de población.

En el caso de la niñez deben considerarse al menos tres aspectos fundamentales para la construcción de políticas públicas¹. En primer lugar, se debe reconocer que los niños, niñas y adolescentes son actores presentes del desarrollo y no solamente el futuro de un país, no pueden construir sus capacidades por sí solos, se desarrollan en familias, comunidades y entornos sociales que condicionan su forma de inserción en la sociedad. En segundo lugar, en Bolivia existen varias formas de ser niño, las vivencias son diferentes lo que establece también diferencias en el desarrollo físico, nutricional, psicológico y emocional, cada niño enfrenta realidades diferentes que van desde aquellos que se desenvuelven en entornos familiares estables a los que viven en condiciones de abandono y maltrato.

En tercer lugar, el desafío consiste en pasar de la discusión a la acción en materia de políticas públicas para los niños, niñas y adolescentes. Se requiere desarrollar una visión integral holística que permita además evaluar el impacto del gasto público en las condiciones de vida de la niñez y se realice una asignación estratégica y focalizada de recursos para asegurar resultados sostenibles en el tiempo.

Un aspecto que debe revalorizarse es el rol de la familia y la comunidad por su influencia en el desarrollo de los niños, a este nivel es posible realizar acciones de prevención para el maltrato, violencia, abuso, tráfico y explotación laboral y sexual de los niños, niñas y adolescentes. La inserción laboral temprana en condiciones precarias es otro problema que se ha acentuado como resultado de la crisis económica y el

¹ Para mayor detalle, ver "Niños, niñas y adolescentes en Bolivia: 4 millones de actores del desarrollo", Informe temático sobre Desarrollo Humano, PNUD, 2006.

desempleo, en muchos hogares se recurrió a la mano de obra infantil, incidiendo en el abandono escolar, la reducida o nula atención de salud y condiciones de vida inadecuadas para el desarrollo de los niños.

La protección y cumplimiento de derechos de los niños es un área de trabajo fundamental, en la que se presentan oportunidades y buenas prácticas que pueden ampliarse y apoyar el diseño e implementación de políticas públicas a través de gestión por resultados y con el enfoque de derechos con lo que se promoverá mayor participación y control social.

II. PRINCIPALES ACCIONES DEL ESTADO HACIA EL LOGRO DE “UN MUNDO APROPIADO PARA LOS NIÑOS”

El Estado Boliviano ha realizado intervenciones para la atención de la niñez desde una perspectiva sectorial a través de la implementación de programas y proyectos de salud y educación fundamentalmente. También se han creado instituciones públicas, encargadas de la formulación, diseño, ejecución y seguimiento de políticas para la niñez y adolescencia, tanto a nivel central, departamental y municipal. Al respecto, de acuerdo a información del Viceministerio de la Juventud, Niñez y Tercera Edad (VIJUNTE) de 2006, la institucionalidad tiene cuatro etapas. La primera se inicia en 1993 con la creación de la Subsecretaría de Asuntos Generacionales dependiente de la Secretaría Nacional de Asuntos Étnicos, de Género y Generacionales como parte del Ministerio de Desarrollo Humano.

En la segunda etapa se conforma el Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia dependiente del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación. La tercera etapa en la consolidación de la institucionalidad encargada de los temas de la niñez se inicia en 2002 con la creación del Viceministerio de Asuntos del Niño, Niña y Adolescente bajo responsabilidad del Ministerio sin Cartera Responsable de asuntos Campesinos e Indígenas, Género y Generacionales.

En 2003, se establece el Viceministerio de la Juventud, Niñez y Tercera Edad dependiente del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación. Finalmente, el Decreto Supremo 28631, promulgado el 21 de febrero de 2006, que reglamenta la Ley de Organización del Poder Ejecutivo, determina la creación del Ministerio de Justicia con cuatro Viceministerios, entre los que se encuentra el Viceministerio de Asuntos de Género y Generacionales a la cabeza de la Dirección de Asuntos de Género y Generacionales

Los diferentes Planes Generales de Desarrollo Económico y Social (PGDES), formulados desde inicios de la década de los años noventa incorporaron la política social como un área de atención importante, sin embargo no especificaron concretamente acciones para la niñez y adolescencia desde una perspectiva integral y su problemática se trató más bien con una visión sectorial (salud y educación, principalmente). Bolivia ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño en mayo de 1990, mediante Ley N° 1152 y en 1991 se realizó el primer intento por implementar un plan integral decenal como una política pública, considerando un conjunto de políticas sectoriales con una visión de conjunto, sin embargo no logró convertirse en una política de Estado y tendió a fragmentar aún más las acciones para la niñez. Este Plan conjuntamente con otras intervenciones, promovió que a mediados de los años noventa se incentive la incorporación de acciones y protección de derechos de los niños, niñas y adolescentes en la agenda estatal, así se diseñaron planes sectoriales para reducir la morbi-mortalidad infantil y materna en salud así como programas para menores de 6 años.

Asimismo, se inició la ejecución de reformas estructurales, tales como la Ley de Participación Popular, la Ley de Descentralización Administrativa, la Ley de Reforma Educativa y la Reforma de Salud, con el propósito de otorgar atención a las demandas sociales y mejorar las condiciones de vida de la población. Conjuntamente con estas reformas, en 1999, se promulgó el Código del Niño, Niña y Adolescente de octubre de 1999 mediante Ley N° 2026, que se reglamentó nuevamente en abril de 2004, mediante Decreto Supremo 27443.

En 1995 se realiza una evaluación de medio término de los avances del país respecto a las metas establecidas en la Cumbre Mundial de la Infancia (1990) y se establece que si bien se habían presentado logros, los mismos eran aún insuficientes para alcanzar las metas comprometidas.

Entre 1998 y 2001, Bolivia accedió a la Iniciativa para Países Pobres Altamente Endeudados (HIPC por sus siglas en inglés), mediante la cual se logró un alivio de la deuda externa para destinar esos recursos a educación, salud y desarrollo rural, proponiendo un conjunto de metas e indicadores que el país logró cumplir satisfactoriamente. En junio de 2001, con la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP), el país accede a la Iniciativa HIPC Reforzada, logrando un mayor alivio de deuda para su asignación a reducción de la pobreza a través de transferencias directas a los Gobiernos Municipales para salud, educación e infraestructura productiva y social. La EBRP propuso el componente de desarrollo de capacidades de las personas con intervenciones en salud, educación, servicios básicos, asimismo, en el componente de protección se establecen prioridades para la niñez y adolescencia.

Esta Estrategia se formuló a partir de un proceso participativo denominado Diálogo Nacional 2000, en el que intervinieron más de 700 personas de todos los municipios y departamentos del país, en talleres que permitieron la identificación de la demanda de la población. La EBRP no logró su implementación y objetivos ya que por su carácter integral y universal, no se planteó una adecuada focalización de las intervenciones por lo que los recursos se dispersaron y los avances en política social de los últimos años se presentaron por la continuidad de programas y proyectos en ejecución, tales como la Reforma Educativa y el Seguro Universal Materno Infantil.

A partir de 2002, la política social considera como eje de intervención el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En este sentido, las acciones para la infancia, niñez y adolescencia se enmarcan en los planes sectoriales de educación y salud, priorizando las intervenciones asociadas a la universalización de la educación primaria, la atención materno-infantil en el marco del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el fortalecimiento de los programas de inmunización (Programa Ampliado de Inmunización PAI II), entre las políticas más importantes.

El año 2006 constituye un momento particular de la historia boliviana, con la asunción de un gobierno con amplio apoyo de la población, con Prefectos Departamentales electos, por primera vez, por voto popular y la formulación del Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien 2006-2011 (PND) en el que se plantean los lineamientos y estrategias para realizar cambios estructurales que sustituyan al modelo neoliberal, bajo el cual si bien se han desarrollado acciones, programas y proyectos de impacto para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, particularmente de niños y niñas (tal es el caso del Seguro Universal Materno Infantil), con lo que se han presentado cambios importantes, la perspectiva ha sido principalmente sectorial y no se han logrado efectos estructurales en la reducción de la pobreza y desigualdad².

La concepción de desarrollo planteada en el PND se fundamenta en VIVIR BIEN, considerando elementos comunitarios, expresando el encuentro entre pueblos y comunidades, respetando la diversidad e identidad cultural, así como intersectorialidad en la atención de niños, niñas y adolescentes.

Se busca vivir en equilibrio con la naturaleza y el medio ambiente, valorando la demanda de humanización del desarrollo que va más allá de lo material y económico. Vivir bien se entiende como el acceso y disfrute de bienes materiales y la realización efectiva, subjetiva, intelectual y espiritual en armonía con la naturaleza y en comunidad con los seres humanos.

² Para mayor detalle, ver "Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien", Ministerio de Planificación del Desarrollo, 2006.

En 2006, la estructura institucional del Poder Ejecutivo se modificó y los Viceministerios de la Mujer y de Juventud, Niñez y Tercera Edad (VIJUNTE), encargado este último de temas generacionales, se fusionaron y pasaron a dependencia del Ministerio de Justicia, con la denominación de Viceministerio de Género y Asuntos Generacionales (VGAG). Dicha fusión y el cumplimiento del Decreto Supremo de austeridad, ocasionaron la reducción considerable de los recursos humanos y materiales de ambos Viceministerios, aspecto que incide en el cumplimiento efectivo de metas.

El VGAG se encuentra en fase de formulación el Plan Nacional de la Niñez y Adolescencia (PNNA), con la participación activa y protagónica de sectores estatales y movimientos sociales. Este Plan busca incorporar los objetivos y metas a favor de la niñez, acordados a nivel internacional, a través de políticas y programas integrales que se adecuen a la realidad y necesidades del país, recogerá aspectos incluidos en la iniciativa “Un Mundo Apropriado para los Niños” así como otras prioridades nacionales.

Considerando que el Plan de Acción de “Un Mundo Apropriado para los Niños” que incorpora cuatro áreas de trabajo: salud, educación, VIH/SIDA y protección, planteando metas y estrategias, el progreso de Bolivia se analiza de acuerdo a ese ordenamiento establecido. Al respecto debe destacarse que Bolivia no ha realizado ningún plan nacional para integrar las intervenciones a favor de la niñez e implementar las recomendaciones y acuerdos comprometidos en el año 2002, razón por la cual se sistematiza información sectorial.

2.1 LA NIÑEZ EN BOLIVIA: CONSIDERACIONES GENERALES

De acuerdo a información del INE, la población entre 0 y 19 años que comprende a niños y adolescentes proyectada para 2005 alcanzó a 4.6 millones de habitantes (51% correspondió a hombres y 49% a mujeres), representando un 48.4% de la población total. Este grupo presentó una tasa de crecimiento de 6.9% respecto a los datos observados en 2001. Se estima que para el año 2015 en el país vivirán 5 millones de niños y adolescentes, más del 40% de la población total proyectada para ese año (11.4 millones de personas).

La estructura de la pirámide poblacional en Bolivia se caracteriza por tener mayor proporción de población joven, en 2005 un 57.5% de la población era menor de 25 años, los grupos de edad con mayor peso relativo se concentraron entre los niños de 0 a 4 años y los de 5 a 9 años de edad (ver tabla 1). Por lo tanto, la niñez constituye una población de particular interés para las intervenciones estatales.

Tabla 1
Bolivia: Población de niños y adolescentes, 2001-2015
(Habitantes y porcentajes)

GRUPO DE EDAD	2001		2005		2015	
	Hab.	% pob.total	Hab.	% pob.total	Hab.	% pob.total
0 a 4 años	1,219,415	14.1	1,279,278	13.6	1,309,764	11.5
5 a 9 años	1,148,448	13.3	1,184,544	12.6	1,284,354	11.3
10 a 14 años	1,016,804	11.8	1,120,715	11.9	1,247,189	10.9
15 a 19 años	886,992	10.3	980,559	10.4	1,162,394	10.2
Pob. niños y adolescents	4,271,659	49.5	4,565,096	48.4	5,003,701	43.9
Población Total	8,624,268		9,427,219		11,410,651	

Fuente: INE-UDAPE, 2005.

El país ha presentado una tendencia hacia mayor urbanización, en 2001 la proporción de población que habitaba en áreas urbanas alcanzó a 62.4%, mientras que esta proporción se incrementó a 64.2% en 2005 y se prevé sea de aproximadamente 68% en 2015, lo que representa mayores presiones en la oferta de

servicios sociales en las ciudades y mayores desafíos en la atención de la niñez en las áreas urbanas del país. Sin embargo, persisten los problemas de insuficiencia de oferta de servicios en el área rural dispersa.

Si bien las tasas de fecundidad han descendido entre 1992 y 2001, pasando de 5 a 4 hijos por mujer, sin embargo, existen disparidades al comparar áreas urbanas y rurales, así como poblaciones con mayor incidencia de pobreza. De acuerdo al Censo nacional de Población y Vivienda de 2001, en el área rural la tasa global de fecundidad alcanzó a 6 hijos por mujer, en tanto que esta cifra fue cercana a 4 hijos en el área urbana³. Esta situación plantea desafíos importantes en cuanto a supervivencia infantil en áreas rurales y dispersas que requieren atención particular, observándose que aún deben resolverse temas asociados a la oferta de servicios pero también a la demanda de los mismos.

Por otra parte, los procesos migratorios internos permiten identificar claramente departamentos expulsores de población (Potosí, Cochabamba y Chuquisaca) y receptores (principalmente Santa Cruz), situación que tiene impactos sociales y económicos y se atribuye a la necesidad de buscar mejores condiciones de vida y empleo. En los últimos años, las mujeres emigran solas, sin sus familias, lo que incrementa los riesgos y vulnerabilidad de la niñez, particularmente de los niños más pequeños. La migración hacia el exterior del país también ha afectado la situación de las familias, que constituyen la base para el desarrollo de los niños y adolescentes, la falta de oportunidades laborales ha promovido desintegración familiar, aspecto que incide en el bienestar de los niños y sus familias.

La crisis económica y social que ha enfrentado el país los últimos años, ha ocasionado que con el propósito de asegurar los ingresos mínimos para el hogar, cada vez más niños se inserten al mercado laboral antes de los 14 años, muchas veces en condiciones de explotación y maltrato, abandonando las escuelas o incidiendo negativamente en el rendimiento escolar. Esta situación ocasionó mayor vulnerabilidad de los niños, niñas y adolescentes, lo que impide el ejercicio pleno de sus derechos.

Existen brechas y disparidades en las condiciones de vida y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes de Bolivia según se considere área geográfica de residencia (rural y urbana), nivel de instrucción de los padres, género y pertenencia a determinados grupos (indígenas y no indígenas). La pobreza y sus efectos se manifiestan de diferentes maneras y tienen distintas consecuencias en los diferentes grupos de población aún si se considera la edad de los niños (UDAPE 2005, PNUD 2006).

Un análisis de pobreza en el país, muestra que la infancia, la niñez y la adolescencia son los grupos más afectados por esta condición. Según el método de línea de pobreza⁴, en el año 2002, mientras que la pobreza afectaba a 64.3% de la población total, esta proporción alcanzó a 74.8% de los niños entre 0 y 5 años, al 73.6% de los niños y niñas entre 6 y 13 años y al 64.5% de los adolescentes entre 14 y 18 años, es decir en el año considerado, 2.4 millones de niños menores de 13 años vivían en condición de pobreza, de los cuales 1.1 millón era menor de 6 años, razón por la cual los niños son más vulnerables. En la tabla 2, se presentan los datos estimados de pobreza desde 2000 a 2002.

³ Ver "Bolivia: Características sociodemográficas de la población", INE, 2005.

⁴ Este método utiliza el ingreso del hogar per cápita el mismo que se compara con una canasta básica de alimentos construida a partir de la Encuesta de Presupuestos Familiares de 1990 para el área urbana y la Encuesta del Fondo de Inversión Social 1997 para el área rural. Se consideran las Encuestas de Hogares (Mejoramiento de las Condiciones de Vida-MECOV) de 1999 a 2002. Para mayor detalle, ver "Bolivia: Equidad y Derechos de la Niñez, Índice Municipal de Desarrollo de la Infancia, Niñez y Adolescencia", UDAPE-UNICEF, 2005.

Tabla 2
Bolivia: Pobreza medida por línea de pobreza según piso ecológico y grupos de edad, 2000-2002
(Porcentajes de población)

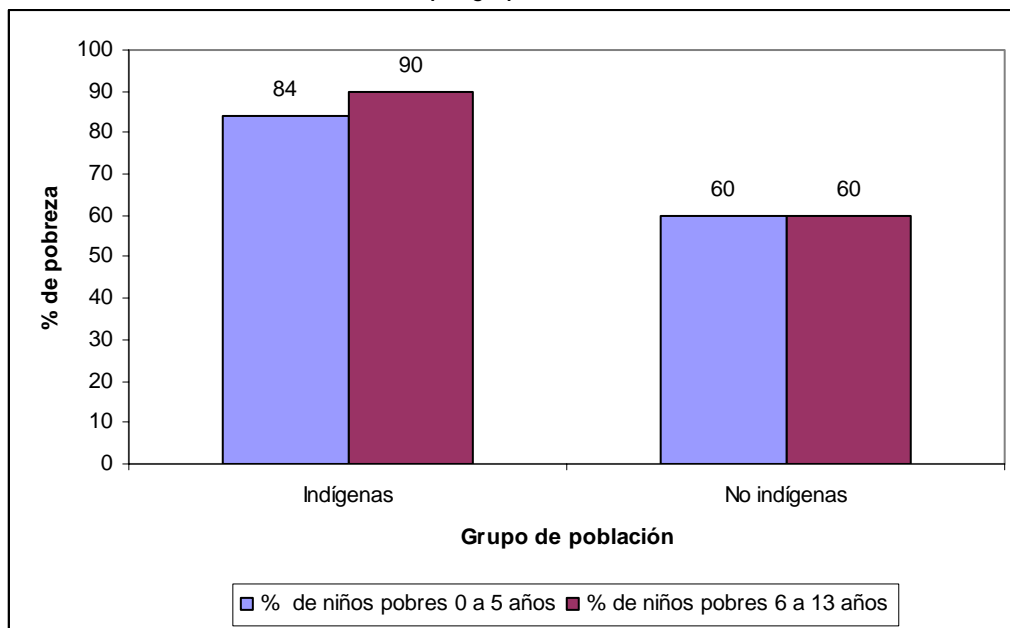
Piso Ecológico	Grupos de edad	2000	2001	2002
Altiplano	0 a 5 años	81.8	75.0	79.4
	6 a 13 años	78.6	77.6	77.8
	14 a 18 años	69.0	66.2	72.7
	Pob. Total	69.8	67.4	69.6
Valles	0 a 5 años	79.1	79.3	79.7
	6 a 13 años	77.0	76.6	78.3
	14 a 18 años	66.1	63.0	71.0
	Pob. Total	67.9	65.5	68.7
Llanos	0 a 5 años	67.4	67.3	65.2
	6 a 13 años	64.1	67.9	64.1
	14 a 18 años	58.1	59.3	50.4
	Pob. Total	55.1	57.7	53.6
Bolivia	0 a 5 años	76.8	73.9	74.8
	6 a 13 años	74.1	74.3	73.6
	14 a 18 años	64.9	63.2	64.5
	Pob. Total	65.2	64.0	64.3

Fuente: IDINA, UDAPE- 2005.

Al considerar la información por región, se aprecia que los niños, niñas y adolescentes que habitan en el altiplano y los valles enfrentan mayores niveles de pobreza, siendo el grupo más afectado el de aquellos que se encuentran en 0 y 5 años.

El análisis de pobreza en la niñez según población indígena y no indígena muestra brechas elevadas, en el año 2002, 84 de cada 100 niños y niñas indígenas entre 0 y 5 años era pobre, en tanto que 60 de cada 100 niños y niñas no indígenas en ese mismo tramo de edad se encontraba en situación de pobreza. En el caso de los niños entre 6 y 13 años, 90 de cada 100 niños y niñas indígenas se encontraba viviendo en pobreza, en tanto que 60 de cada 100 niños no indígenas enfrentaba esa situación. Este hecho afecta las posibilidades de desarrollo del país por el insuficiente desarrollo del capital humano. En el gráfico 1, se presenta la situación de pobreza para el año 2002, a partir de datos de la Encuesta MECOVI (2002).

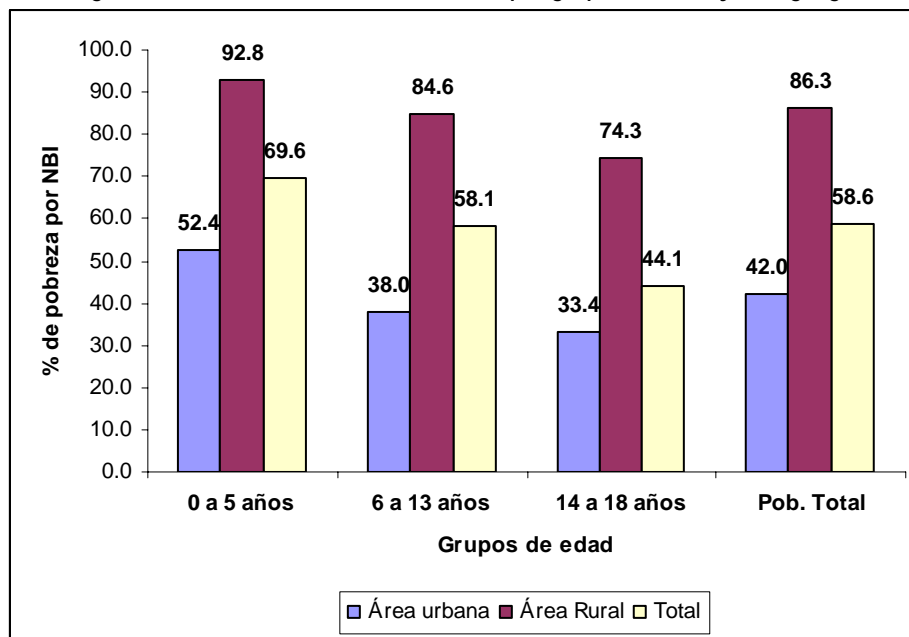
Gráfico 1
Pobreza por grupos de edad, 2002



Fuente: IDINA, UDAPE-2005.

Si se utiliza el método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que mide el porcentaje de población que accede a bienes y servicios que permiten la satisfacción de necesidades esenciales como vivienda, salud, educación y servicios e insumos básicos, la pobreza también afecta en mayor proporción a los niños, niñas y adolescentes. En 2001, 58.6% de la población total se encontraba con necesidades básicas insatisfechas, porcentaje que fue de 69.6% en el caso de los niños entre 0 y 5 años. Los mayores problemas se presentaron en áreas rurales, en las que 92.8% de los niños y niñas entre 0 y 5 años no accedían a mecanismos de satisfacción de sus necesidades básicas, en comparación al 52.4% de los niños de la misma edad en áreas urbanas.

Gráfico 2
Pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas por grupos de edad y área geográfica, 2001



Fuente: IDINA, UDAPE-2005.

En síntesis, estos indicadores de pobreza muestran que la niñez constituye un grupo particularmente vulnerable y en el que se presenta mayor incidencia de pobreza, asimismo se evidencia la persistencia de disparidades y brechas, sin embargo, también hay otros aspectos que incrementan el riesgo en la niñez y que no pueden ser cuantificados por los métodos considerados, es el caso de la violencia, maltrato, explotación laboral, niveles de participación, actoría social y representación infantil y de adolescentes en el contexto social y el desarrollo en un entorno familiar que carece de afecto, respeto y observancia a los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

En cuanto a la promoción de derechos, debe destacarse que el Defensor del Pueblo ha desarrollado como un eje fundamental de sus intervenciones, la atención a la niñez en Bolivia. Esta instancia se encuentra trabajando en la difusión de los derechos de los niños, niñas y adolescentes como un área de trabajo principal de la acción defensorial, particularmente en las poblaciones de niños más vulnerables, como es el caso de los discapacitados.

No obstante la situación descrita, las políticas públicas (seguro de salud para madres y niños, inmunización, apoyo al incremento del acceso y permanencia en la escuela, entre las más importantes) han permitido el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y un progreso en indicadores sociales asociados a la niñez, sin embargo, se requieren mayores esfuerzos intersectoriales y políticas integrales, para asegurar el cumplimiento de los derechos de los niños así como la protección a su crecimiento y desarrollo integral, lo que constituye una tarea no solamente del gobierno sino de la sociedad civil en su conjunto, principalmente de las familias y comunidades.

El análisis que se presenta a continuación se asocia a la estructura del Plan de Acción Global "Un Mundo Apropiado para los Niños" que se presenta de manera sectorial, incorporando en los casos que corresponda, la temática intersectorial, por ejemplo, educación inicial temprana. Se adopta esta estructura ya que se trata de un informe de progreso nacional respecto a esta iniciativa.

2.2 SALUD

Los avances en cuanto a salud de los niños, niñas y adolescentes consideran políticas y programas para luego presentar un conjunto de indicadores asociados al sector que permitan analizar la situación de salud de este grupo de población.

2.2.1. Políticas y programas

Las principales políticas de salud de los últimos años se han concentrado en la atención de mujeres y niños a través de sistemas de aseguramiento público, con el propósito de reducir las elevadas tasas de mortalidad, morbilidad y prevención de riesgos de estos grupos. Para este propósito, se han implementado programas específicos para inmunización, prevención y atención de enfermedades endémicas (principalmente Chagas, Malaria y Tuberculosis), vigilancia epidemiológica, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y programas de ampliación de coberturas en el área rural dispersa, entre los más importantes. Asimismo, se ha planteado la necesidad de incorporar la medicina tradicional y efectuar la adecuación cultural de servicios sanitarios para promover mayor demanda (Ministerio de Salud y Deportes, 2005).

La salud materna e infantil es uno de los problemas más importantes de salud pública por sus implicancias en el desarrollo del capital humano, por este motivo, considerando los altos niveles de mortalidad y morbilidad materna e infantil existentes en el país, el Estado ha implementado una política de aseguramiento médico gratuito para atender las necesidades de la población, particularmente de las mujeres embarazadas y de los niños y niñas menores de 5 años. Esta política se inició el año 1996, con el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) con 32 prestaciones para la población objetivo, que fue modificado en 1997 cambiando de denominación a Seguro Básico de Salud (SBS) ampliando prestaciones para toda la población (92 en total). En noviembre de 2002, se promulgó la Ley N° 2426 de creación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que incluye aproximadamente 550 prestaciones, entre las que se destacan paquetes para la mujer embarazada, en edad fértil, neonatología, pediatría, odontología, imagenología y laboratorio.

Considerando la efectividad del SUMI, en la gestión 2004, el SUMI realizó atenciones en 314 municipios del país y 2,259 establecimientos de salud del sector público, seguro social de corto plazo, y en aquellos privados con o sin fines de lucro adscritos por convenio, en zonas rurales y urbanas, en todos los niveles de atención de acuerdo a su capacidad resolutive y tecnología disponible, en 2005 las atenciones se realizaron en los 327 municipios del país.

Para aquellas comunidades que no cuentan con centros de salud o son de difícil acceso, se tiene el programa de extensión de coberturas "Extensa", que realiza la atención en salud mediante Brigadas Móviles que atienden a aproximadamente 2.500 comunidades de todo el país, otorgando prestaciones del SUMI, de los programas nacionales y Atención Primaria de Salud (APS).

Se cuenta con Programas Nacionales para la atención y prevención de enfermedades inmunoprevenibles, de inmunización que han permitido lograr avances en el control de la morbilidad y mortalidad infantil, de la niñez y materna.

La política de salud enmarcada en el PND plantea el Modelo de Salud Universal Familiar y Comunitaria Intercultural, orientado a fortalecer las redes de salud en todo el país, mejorando y ampliando su capacidad resolutive.

Este modelo plantea la eliminación de la exclusión social que asume la medicina tradicional con un sistema único, intercultural, generando capacidades individuales familiares y comunitarias, actuando de manera

intersectorial sobre los determinantes de salud con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, que cuida el medio ambiente y se constituye en el espacio de organización y movilización sociocomunitaria del Vivir Bien.

Entre las principales acciones propuestas por el modelo y en el marco del PND, se ha iniciado la implementación del Programa de Desnutrición Cero, el mismo que pretende mejorar la alimentación y nutrición de los niños menores de cinco años y las mujeres en edad fértil, a partir de un enfoque intersectorial⁵.

Para la reducción de la desnutrición, la política de salud viene apoyando la dotación de paquetes de micronutrientes a través del SUMI a niños y niñas entre 6 meses y 2 años de edad y jarabe de hierro a los niños menores de 5 años en todos los establecimientos públicos de salud, seguridad social y en el marco de convenios del SUMI.

En agosto de 2006 se promulgó la Ley de Lactancia Materna, con el objetivo de promover, proteger y apoyar la práctica de lactancia materna. Asimismo, se está conformando una alianza, liderada por el sector salud para reducir de manera integral e intersectorial la desnutrición de menores de 5 años y mujeres en edad fértil y se busca mejorar la alimentación y nutrición, a través del Programa Desnutrición Cero.

Una tarea prioritaria se refiere a la reducción de la mortalidad neonatal, la misma que tiene un peso relativo de 50% en la mortalidad infantil. Por otra parte, se encuentra en fase de reglamentación la Ley N° 3300 de Vacunas, promulgada en diciembre de 2005, con el objetivo de asegurar financiamiento sostenible y un adecuado manejo de las vacunas y biológicos a nivel nacional y departamental.

El acceso a salud sexual y reproductiva constituye un derecho de la población (OPS/OMS, NN.UU, 2005), Bolivia cuenta con el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004-2008 que incorpora los siguientes planes: Salud y Desarrollo Integral de Adolescentes, Anticoncepción, Género y Violencia, incluyendo Violencia Sexual), Maternidad y Nacimientos Seguros y; Control de Cáncer de Cuello Uterino (CCU). Sin embargo, es fundamental adecuar este programa a los lineamientos del PND y asegurar su implementación efectiva, el sector trabajará en la difusión y capacitación sobre derechos de salud sexual y reproductiva para garantizar la exigencia y cumplimiento de los mismos en los establecimientos de salud y prioritariamente en las comunidades, escuelas y familias.

En el año 2002, mediante Decreto Supremo N° 26330 se institucionalizó el Seguro de Salud Indígena y Originaria, con servicios de aseguramiento y promoción de la atención con enfoque intercultural con el apoyo de auxiliares comunitarios de salud, farmacopea nativa, brigadas integrales de salud, formación de hábitos nutricionales, entre las intervenciones más importantes. Por otro lado, a partir de 2004 la política nacional de salud ha realizado esfuerzos por incorporar la medicina tradicional en los componentes de las estrategias.

El PND en el marco del eje Bolivia Digna, plantea que el sistema de salud debe ser universal, intercultural y comunitario, promoviendo inclusión, equidad, solidaridad, calidad y calidez, recuperando la medicina tradicional. Plantea la extensión de coberturas y la implementación del Seguro Universal de Salud, con la incorporación gradual de mayor población. Otras políticas a ser implementadas se refieren a rectoría orientada a recuperar la soberanía sanitaria, movilización social para revalorizar la salud en las prioridades de la población, la promoción de la salud a través del programa Municipios Saludables, solidaridad que

⁵ Ver "Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Asociados al Desarrollo Humano, Cuarto Informe", UDAPE-CIMDM, diciembre 2006.

entre los programas priorizados cuenta con el proyecto de Reducción de la Violencia y recuperación de la cultura de derechos y respeto a la vida⁶.

De esta manera, las políticas de salud se han efectuado en contexto descentralizado, con alcance local, sin embargo, no ha sido posible resolver los problemas de salud de la población en áreas rurales y dispersas por factores asociados a la difícil accesibilidad y, en muchos casos, a la insuficiencia de recursos.

2.2.2. Indicadores de salud

Tasas de Mortalidad

En cuanto a indicadores de salud de la niñez, las tasas de mortalidad neonatal, infantil y de la niñez han presentando reducciones entre 1994 y 2003, de acuerdo a resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) efectuada en 1994, 1998 y 2003, que se pueden apreciar en la tabla 3.

Tabla 3
Bolivia: Evolución de las tasas de mortalidad neonatal, infantil y de la niñez, 1994-2003
(Por mil nacidos vivos)

Tasa/Año	1994	1998	2003
Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN)	41	34	27
Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)	87	67	54
Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años (TM<5)	132	92	75

Fuente: ENDSA 1994, 1998 y 2003, INE.

No obstante, el país aún presenta las tasas más elevadas de la región, si bien entre 1994 y 2003 se logró reducir la TMI en 33 puntos (19% de reducción), el promedio de América Latina y El Caribe en 2003 fue de 25.6 por mil nacidos vivos (CEPAL, 2005). La TMN presentó una reducción de 20%, en tanto que la mortalidad de menores de 5 años se redujo en 18% entre 1994 y 2003. Persisten diferencias entre las tasas urbanas y rurales, en 2003, la TMI de áreas rurales superó en 23 puntos a la tasa urbana y la tasa de mortalidad de menores de 5 años rural fue superior en 37 puntos respecto a la observada en el área urbana del país, como puede apreciarse en la tabla 4.

Tabla 4
Bolivia: Evolución de las tasas de mortalidad neonatal, infantil y de la niñez por área geográfica, 2003
(Por mil nacidos vivos)

Área geográfica	TMN	TMI	TM<5
Bolivia	27	54	75
Urbano	21	44	59
Rural	35	67	96

Fuente: ENDSA 2003, INE.

Las tasas de mortalidad en la población indígena⁷ son más elevadas que las registradas a nivel nacional, así para el año 2003, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) para población indígena se estimó en 62 por mil

⁶ Ver "Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien", Ministerio de Planificación del Desarrollo, 2006.

⁷ Si se considera la Condición Étnico Lingüística (CEL), que combina cuatro variables (referidas a lengua y autopertenencia) para la identificación de la población indígena en el país, esta población alcanzaría a 3.2 millones de habitantes de 15 años o más (65.8% de la población total), que se identifica como indígena por lengua y/o pertenencia. Se utiliza este concepto ya que permite analizar la caracterización de la población indígena a partir de variables objetivas (tipo de lengua) y subjetivas (autopertenencia a un grupo) y porque el análisis de brechas en los ODM considera esta categoría. Para mayor detalle, ver "Gama étnica y

nacidos vivos, en comparación a 33 por mil nacidos vivos correspondientes a población no indígena, existiendo una brecha de 1.88 (proporción de población no indígena con relación a la población indígena)⁸.

Una situación similar se presenta en la Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años (TM<5), este indicador alcanzó a 87 por mil nacidos vivos para la población indígena y a 45 por mil nacidos vivos en el caso de población no indígena. En este caso, la reducción de brechas es una prioridad de las políticas nacionales de salud.

Otro aspecto que debe destacarse es el peso relativo de la mortalidad neonatal en la TMI; en 2003 la TMI se explicó en un 50% por la mortalidad neonatal, presentando una reducción de solamente un punto porcentual desde 1998, año en que alcanzó a 51%. Esta situación muestra que las primeras horas y meses de vida requieren particular atención para asegurar supervivencia infantil.

Las principales causas asociadas a los elevados niveles de mortalidad infantil y de la niñez se relacionan a insuficientes e inadecuados cuidados pre-natales, en el parto y post-parto, desnutrición de las madres y los niños e insuficiente capacidad resolutive de los establecimientos de salud, así como la existencia de barreras culturales, económicas y sociales al acceso de servicios de salud (UDAPE, OPS/OMS 2005).

Desnutrición

Otra de las causas para la mortalidad infantil es la desnutrición que constituye un problema que afecta las capacidades y desarrollo de los niños, tanto de los que se encuentran en condiciones de extrema pobreza como aquellos que residen en zonas de inseguridad alimentaria. En el caso boliviano, el indicador más relevante se refiere a la desnutrición crónica (talla para la edad) que muestra el retraso en el crecimiento de niños menores de 3 años de edad, cuya evolución se observa en la siguiente tabla.

Tabla 5
Bolivia: Desnutrición en menores de 3 años, 1994-2003
(En %)

Año	Tasa de Desnutrición Crónica en menores de 3 años (%)	Niños < de 3 años (en miles)
1994	28.3	702
1998	25.6	725
2003	24.2	759

Fuente: ENDSA 1994, 1998, 2003, INE.

Entre 1998 y 2003, la desnutrición presentó una reducción de solamente 5.5%, aspecto que continua limitando el crecimiento de los niños y niñas que por este problema son altamente vulnerables a infecciones y otras enfermedades, no pueden desarrollar adecuadamente sus capacidades cognitivas. Un indicador asociado a desnutrición es el porcentaje de niños y niñas con bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos) que entre 2002 y 2004 se mantuvo en un proporción de alrededor de 5%, situación atribuible a las malas condiciones de salud y cuidado de las madres (Ministerio de Salud y Deportes, 2004-2005).

Lingüística de la Población Boliviana, Molina R. – Albó X., Sistema de Naciones Unidas, 2006. El INE presenta indicadores de población indígena a partir de consideraciones solamente lingüísticas.

⁸ Ver "Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Asociados al Desarrollo Humano, Cuarto Informe", UDAPE-CIMDM, diciembre 2006.

Respecto a los datos nutricionales por departamento, se observan diferenciales de las tasas de desnutrición, siendo los más afectados los niños y niñas menores de 3 años de los departamentos de Potosí (38.8% de desnutrición), Oruro (33.2%) y Chuquisaca (32.7%)⁹, según la ENDSA 2003.

Existen disparidades aún entre municipios del país, así en aquellos en los que se presentan mayores carencias de alimentos, las tasas de desnutrición son más elevadas, en el caso de los menores de 5 años, la diferencia en la desnutrición crónica a nivel nacional y la existente en municipios vulnerables alcanzó a 13.5 puntos porcentuales (ver tabla 6).

Tabla 6
Bolivia: Desnutrición en menores de 5 años, 2003
(En %)

Tipo	Nacional	Municipios Vulnerables ¹⁰
Desnutrición global (peso para la edad)	11.1	13.2
Desnutrición crónica (talla para la edad)	26.5	40.0
Desnutrición aguda (peso para la talla)	1.5	2.4

Fuente: ENDSA 2003 y Encuesta de Vulnerabilidad Alimentaria Municipal (VAM) 2006.

El problema de desnutrición es más acentuado en el caso de niños y niñas indígenas, las estimaciones para 2003 muestran una brecha de 12.1 puntos porcentuales. Así, la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 3 años indígenas alcanzó a 27.8% y para menores de 3 años no indígenas a 15.7%¹¹.

Las causas estructurales de la desnutrición se asocian principalmente a la insuficiencia de ingresos familiares y pobreza extrema, factor relacionado con la falta de promoción económica para la generación de empleos en las áreas rurales y urbanas del país.

La desnutrición tiene como causas no solamente la insuficiencia de la ingesta de alimentos sino también la calidad de la alimentación, que no se combina en proporciones necesarias para asegurar una nutrición equilibrada, lo que ocasiona que los requerimientos calóricos de un ser humano no sean cubiertos. Existen también inadecuadas e insuficientes prácticas de lactancia materna (OPS/OMS, 2006) y se observa que alrededor del 50% de los niños reciben lactancia materna hasta los 6 meses de edad. Después de los 6 meses, la lactancia debe ser complementada con alimentos hasta los 2 años de edad, sin embargo en el país la alimentación complementaria es insuficiente y los niños consumen pocos alimentos (Ministerio de Salud y Deportes, OPS/OMS, 2005).

Enfermedades Inmunoprevenibles e Inmunización

En Bolivia, la mortalidad infantil está asociada a la prevalencia de enfermedades de fácil tratamiento y prevención, cuya atención no requiere la movilización importante de recursos, es el caso de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs) y las neumonías. Entre 2002 y 2005, el porcentaje de casos de EDAs en menores de 5 años se incrementó de 39% a 46% en todo el país y las coberturas de atención en establecimientos de salud crecieron de 42% a 50% en el mismo período. En el caso de las neumonías en menores de 5 años, el número de casos registrados se incrementó de 128,244 en 2002 a 163,984 en 2005,

⁹ Ver "Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Asociados a Desarrollo Humano, Cuarto Informe", CIMDM-UDAPE, diciembre 2006.

¹⁰ Resultados obtenidos a partir de Vulnerabilidad Alimentaria Municipal 2006. Encuesta de Consumo y Nutrición, PMA, UNICEF, OPS/OMS, CONAN, FAO, UE, PASA.

¹¹ El indicador es calculado según CEL de la madre. Ver "Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio", Ministerio de Planificación del Desarrollo, UDAPE, Naciones Unidas Bolivia y otros, diciembre de 2006.

entre 2002 y 2003 más del 50% de la atención a niños y niñas con neumonías en establecimientos de salud se realizó en centros de salud y hospitales básicos, mientras que entre 2004 y 2005 más del 70% de las atenciones se realizó en puestos y centros de salud, lo que contribuyó a mejorar la utilización de los servicios de salud ya que los usuarios recurrieron a establecimientos de primer nivel de atención¹².

En el caso de la poliomielitis, de acuerdo a datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), entre 2002 y 2003 se presentaron 22 casos sospechosos y alrededor de 330 casos sospechosos de sarampión. Entre 2004 y 2005 se han reportado casos de parálisis flácida aguda, los mismos que no han sido confirmados. Estas enfermedades están siendo controladas mediante la vacunación, a través de Programa Nacional de Inmunización I y II (PAI). De acuerdo a datos de la ENDSA 1994 a 2003, las coberturas de vacunación han presentado incrementos, tal como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla 7
Bolivia: Evolución de coberturas de vacunación, 1994-2003
(En % de niños de 12 a 23 meses de edad)

Vacuna	1994	1998	2003
BCG (Tuberculosis)	76.9	87.4	93.4
3ra. dosis de vacuna DPT (difteria, tétanos y coqueluche)	42.8	48.6	71.5
3ra. dosis de vacuna antipolio	47.5	39.1	68.1
Antisarampionosa	55.7	50.8	63.9
Todas las vacunas	36.6	25.5	50.4

Fuente: Dossier Estadístico UDAPE 2006, en base a información ENDSA 1994, 1998 y 2003.

No obstante, los avances en cuanto a inmunización debe destacarse el hecho que el 50% de los niños menores a 2 años reciben el esquema completo de vacunas. Este indicador muestra la necesidad de profundizar las campañas masivas de vacunación y de promover mayor demanda de las mismas como un importante factor preventivo y costo efectivo referente a las enfermedades de la infancia. En el año 2000, como parte del PAI, se incorpora la vacuna pentavalente¹³ al esquema básico de vacunación, en 2001 se logró una cobertura de 92% en niños y niñas menores de un año con tercera dosis de pentavalente, sin embargo, el porcentaje fue decreciendo hasta el 85% en 2005.

Si bien el PAI es un programa de alcance nacional y universal, la cobertura de vacunación presenta disparidades entre población indígena y no indígena, así, según datos de la ENDSA 2003, el porcentaje de niños y niñas indígenas de 12 a 23 meses con tercera dosis de vacuna pentavalente alcanzó a 68.4% en comparación a 79.8% de los niños no indígenas, con una brecha de 0.86 (por cada 100 niños no indígenas solamente se vacunan 86 niños indígenas).

La política del sector salud se orienta a mejorar las coberturas de vacunación a través de campañas que tengan alcance nacional y lleguen a comunidades rurales y dispersas. Así, en 2006 se realizó una campaña de vacunación nacional contra la rubéola que logró elevadas coberturas en mujeres de 15 a 40 años.

Enfermedades Endémicas

Las enfermedades endémicas que caracterizan el perfil epidemiológico del país son fundamentalmente el chagas, malaria y la tuberculosis. Los indicadores asociados a estas enfermedades no pueden desagregarse por grupos de edad.

¹² Ver "Sistema Nacional de Información en Salud, Indicadores Trazadores, Monitoreo y Seguimiento" en página WEB www.sns.gov.bo, diciembre de 2006.

¹³ Esta vacuna inmuniza a los niños contra la difteria, tétanos, coqueluche, influenza y meningitis.

En el caso del chagas, entre 1999 y 2005 se presentó una reducción de los niveles de infestación en áreas endémicas, sin embargo entre 2004 y 2005 se registró un leve incremento que se atribuyó principalmente a la resistencia del vector triatoma infestans (vinchucas) a los insecticidas. El porcentaje de municipios con infestación mayor a 3% presentó una tendencia decreciente entre 2003 y 2005, pasando de 56% a 19%, siendo los departamentos más afectados Tarija, Chuquisaca, Potosí, Santa Cruz, Cochabamba y La Paz. En 2005, 105 municipios de áreas endémicas presentaron una infestación menor a 3% y 63 tasas de infestación superiores a 3%, de un total de 168 municipios analizados.

Al considerar los municipios endémicos, de los 168, el 73% corresponde a municipios predominantemente indígenas, afectando principalmente a pueblos indígenas de tierras bajas (Chaco). En cuanto a esta enfermedad, si bien es importante el control de la transmisión vectorial con acciones de fumigación es importante garantizar los resultados a través del mejoramiento de viviendas¹⁴.

En lo que se refiere a malaria, la Tasa de Incidencia Parasitaria Anual (IPA) se ha incrementado de 4 a 5.5 por 1,000 habitantes entre 2002 y 2005 por la persistencia de la transmisión malárica, de esta manera el país se clasifica como de riesgo moderado (valores del IPA entre 1 y 9). Sin embargo, los datos nacionales no permiten apreciar la gravedad de esta enfermedad en regiones como la Amazonía y el Chaco, en las cuales los departamentos presentan tasas de alto riesgo (superiores a 10), es el caso de Tarija, Beni y Pando, con IPA de 29, 37 y 43, respectivamente en el año 2005. El 50% de los municipios endémicos tiene población predominantemente indígena según CEL.

La tuberculosis es otra enfermedad que afecta la capacidad productiva de la población (Ministerio de Salud y Deportes, OPS/OMS, 1998). En el año 2002, 81.2% de los pacientes que padecían esta enfermedad fueron curados, mientras que en 2005 se estima que la tasa de curación alcanzó a 78.7%, entre 2000 y 2004 el porcentaje de curación presentó una mejora en casi todos los departamentos de Bolivia con excepción de La Paz.

VIH/SIDA

El VIH/SIDA¹⁵ en Bolivia tiene característica de epidemia concentrada¹⁶, con prevalencias por encima del 5% en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Hasta diciembre de 2005, el número de casos notificados de personas que viven con VIH/SIDA asciende a 1790 (992 casos de VIH y 798 casos de SIDA, con un subregistro estimado de 70%¹⁷. Los grupos de edad más afectados se encuentran entre 15 y 34 años de edad.

La forma más frecuente de transmisión del VIH/SIDA es la vía sexual. En el país, de los casos detectados y registrados de VIH/SIDA, el 95% de las personas notificadas se han infectado a través de relaciones sexuales, un 3% es por medio de transfusiones de sangre o accidentes y 2% son niños y niñas que viven con el virus por la transmisión vertical de la madre que vive con el VIH. En el caso de niños y adolescentes, la prevalencia de VIH/SIDA no está visibilizada, situación que debe atenderse con prioridad.

¹⁴ Ver "Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio", Ministerio de Planificación del Desarrollo, UDAPE, Naciones Unidas en Bolivia y otros, diciembre de 2006.

¹⁵ La diferencia entre VIH y SIDA se refiere a que en el primer caso, las personas son portadoras del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) sin embargo no han desarrollado la enfermedad, mientras que el SIDA es la etapa en la cual el virus comienza a deteriorar la salud del portador.

¹⁶ Ver Bolivia: Informe de la caracterización de la epidemia del VIH/SIDA, ONUSIDA, 2003.

¹⁷ De acuerdo a estimaciones de la OPS/OMS y ONUSIDA, hasta diciembre de 2005 en el país había alrededor de 6,800 personas con VIH/SIDA.

Por cada dos hombres con VIH/SIDA existe una mujer seropositiva, tendencia que fue disminuyendo en los últimos años. Los departamentos de Santa Cruz, La Paz y Cochabamba son los más afectados con esta enfermedad, particularmente en las ciudades capitales.

La tendencia de prevalencia de casos de SIDA por millón de habitantes se ha incrementado de 6.5 en 2002 hasta 17.1 en 2005 (UDAPE, CIMDM, 2006), ante esta situación el Ministerio de Salud y Deportes prevé la promoción de la adopción de comportamientos, actitudes y prácticas que favorezcan la prevención de la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH en la población en general, particularmente adolescentes, jóvenes y grupos vulnerables con mayor riesgo; mediante acciones de información, comunicación, educación, consejería y realización de pruebas voluntarias para VIH.

En relación a la información que tiene la población respecto al VIH/SIDA, la población masculina es la que más conoce sobre prevención, sin embargo existen disparidades entre población indígena y no indígena, ya que el 34% de la población total indígena (hombres y mujeres) tiene conocimiento del uso del condón para prevención del VIH/SIDA¹⁸, este porcentaje se incrementa al 58% en el caso de la población no indígena. Debe destacarse que la ampliación del SUMI incluye el tratamiento de ITS y del SIDA.

Las causas de las enfermedades endémicas, incluyendo el VIH/SIDA, se asocian a la insuficiencia de mecanismos de prevención, barreras de acceso a los servicios de salud y problemas de discriminación y exclusión de las poblaciones afectadas, así como la no exigibilidad de derechos humanos resultado del estigma y marginación de la población que padece estas enfermedades. Los servicios de salud no han tenido la capacidad de resolución adecuada y no ha sido posible articular los programas nacionales y adecuarlos a la realidad de las epidemias (UDAPE, 2006). El nuevo modelo de salud propuesto en el PND, pretende superar estas deficiencias en un esquema de salud familiar, comunitario y solidario.

Drogadicción y alcoholismo

El consumo de drogas así como las actividades relacionadas al tráfico ilícito de sustancias controladas es un problema que afecta a muchos niños, niñas y adolescentes. En las áreas urbanas, principalmente en ciudades capitales, los niños y adolescentes que viven en las calles utilizan sustancias inhalantes y consumen alcohol, lo que incrementa aún más su vulnerabilidad y el riesgo de ser víctimas de violencia sexual, embarazos no deseados en el caso de niñas y adolescentes mujeres y contraer enfermedades de transmisión sexual.

De acuerdo a información del Instituto Nacional de Estadística (INE), entre 2002 y 2005, el número de personas detenidas por posesión y/o consumo de drogas se ha incrementado de 506 a 951. El tratamiento de esta problemática requiere un intenso trabajo preventivo con información y capacitación a familias, escuelas, comunidades, así como a personal de los servicios de salud cuyas actividades deben orientarse a mejorar la calidad de la atención a personas que enfrentan estos problemas

Mortalidad Materna

La Tasa de Mortalidad Materna (TMM) es otro indicador de impacto asociado al bienestar infantil, ya que la muerte de las madres incide en la vulnerabilidad de los niños. Bolivia presentó reducciones en esta tasa, entre 1998 y 2003, se registró una disminución de 41.3% como resultado de las intervenciones de salud pública para el cuidado materno prenatal, durante el embarazo y el parto.

¹⁸ Ver “Pueblos Indígenas y Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio”, Ministerio de Planificación del Desarrollo, UDAPE, Naciones Unidas en Bolivia y otros, diciembre 2006.

Tabla 8
Bolivia: Evolución de las tasas de mortalidad materna, 1994-2003
(Por mil 100,000 nacidos vivos)

Año	TMM (por 100,000 n.v)	Nacimientos Esperados (en miles)
1994	390	256.1
1998	235	262.8
2003	229	273.4

Fuente: UDAPE-CIMDM, 2006. En base a ENDSA 1994, 1998 y 2003, INE.

Por limitaciones estadísticas, no es posible desagregar la TMM para mujeres indígenas y no indígenas, sin embargo, como indicador de resultado para analizar la salud materna, se considera la atención del parto por personal calificado. La cobertura de partos institucionales se incrementó de 58% en 2002 hasta 62% en 2005 (SNIS), existiendo diferencias entre departamentos, así, en 2005 las coberturas más bajas se presentaron en Potosí (51.5%) y La Paz (53.1%).

Según CEL, en 2003, la atención del parto por personal calificado en mujeres indígenas alcanzó a 51.8%, en tanto que el indicador para mujeres no indígenas fue de 82.7%, mientras que el dato nacional estimado a partir de la ENDSA alcanzó a 60.8%, presentándose una brecha de 0.63, es decir por cada 100 partos atendidos por personal calificado en mujeres no indígenas solamente 63 indígenas acceden a este servicio. Por tanto, existe mayor vulnerabilidad en la población indígena.

Al respecto, existen barreras de acceso para universalizar este servicio, tanto por el lado de la oferta por la insuficiencia de recursos para atender poblaciones alejadas y dispersas, como por el lado de la demanda, debido a la falta de calidad y calidez en la atención que no se adecua a prácticas culturales en el parto. Sin embargo, a través del Programa Extensa se pretendió focalizar la atención de salud de mujeres y niños en áreas rurales, presentándose una tendencia a incrementar la cobertura de servicios.

En lo que se refiere a los controles prenatales, un indicador relevante es el que se refiere al cuarto control. El porcentaje de mujeres embarazadas que accedieron a esta prestación se incrementó de 34% en 2002 a 39% en 2005, alcanzando la mayor cobertura en el año 2004 (40%). Existen disparidades según área geográfica, en el año 2002, la cobertura de cuarto control prenatal en el área urbana alcanzó a 58% mientras que en el área rural a 42%. En 2005, los porcentajes reportados fueron de 41% para el área rural y 59% para el área urbana.

Embarazo Adolescente

Un tema que debe destacarse es el que se refiere al embarazo en adolescentes. En 2003, el porcentaje de adolescentes embarazadas o con hijos entre 18 y 19 años de edad presentan las mayores proporciones de embarazos: el 25.7% y el 33.9%, respectivamente. A su vez, el embarazo adolescente se presenta con mayor incidencia en áreas rurales del país, en las que se presentan mayores deficiencias en la cobertura de servicios de salud prenatal y atención institucional del parto, por lo que el riesgo de mortalidad materna y neonatal es más elevado (INE, 2003).

Un factor importante que condiciona los embarazos de adolescentes está asociado al grado de instrucción de las adolescentes, el 47% de las embarazadas o con hijos no recibió ningún grado de instrucción. Por otra parte, los departamentos del país con mayor porcentaje de embarazo de adolescentes se encuentran en la zona de los llanos, en Beni y Pando la proporción es de 30.3%.

Existe evidencia de embarazos en niñas menores de 18 años, sin embargo, no se cuenta con información estadística para precisar el número de casos y las causas que han originado estos embarazos, generalmente resultado de abuso sexual.

Servicios Básicos

Otro factor que incide en las condiciones de salud de los niños, niñas y adolescentes es el acceso a servicios de agua potable y saneamiento básico. Entre 2002 y 2005, la cobertura de agua potable decreció de 72% a 71.7%, en tanto que el porcentaje de población que accede a servicios de saneamiento básico pasó de 41.5% a 43.5%, presentando un crecimiento de 3 puntos porcentuales, con mayor impacto en áreas urbanas.

En este caso, también se presentan disparidades entre las áreas urbana y rural, no obstante los esfuerzos para incrementar el acceso a los servicios de agua potable y saneamiento básico en áreas dispersas y de difícil acceso. Así, en cuanto a la cobertura de agua potable en el área rural, entre 2002 y 2005, el porcentaje de población que accede a agua potable se incrementó de 46% a 51.4%. Por su parte, en áreas urbanas, se presentó una disminución de la cobertura de agua de 87.1% a 84.5% entre 2002 y 2005 (UDAPE, CIMDM, 2006).

En lo que se refiere a la cobertura de saneamiento básico es más elevada en el área urbana. La proporción de población urbana que accede a estos servicios se incrementó de 47.6% en 2002 a 49.8% en 2005, mientras que en el área rural ese porcentaje pasó de 31.2% a 32.2% en el mismo período.

Tabla 9
Bolivia: Coberturas de agua potable y saneamiento básico, 2002-2005
(En % de población)

Año	Agua potable	San. Básico
2002	72.0	41.5
2003	72.0	41.3
2004	72.3	41.6
2005	71.7	43.5
Meta 2015	78.5	64.0

Fuente: UDAPE-CIMDM, en base a información del Viceministerio de Servicios Básicos

Estas bajas coberturas se atribuyen a problemas existentes en el sector, los que se relacionan con las elevadas pérdidas de agua (solamente se recupera un 45%)¹⁹, reducida recolección tarifaria e insuficiente mantenimiento de los sistemas de agua. Asimismo, se han presentado problemas de sostenibilidad financiera del sector, así como problemas de captación del recurso hídrico y su calidad para consumo humano, particularmente en áreas rurales, lo que incide en las bajas coberturas de los servicios.

Si se considera el acceso a agua y saneamiento según población indígena y no indígena, también se presentan disparidades, para 2003, el porcentaje de población indígena que accede a agua por cañería alcanzó a 55.4% en tanto que esta proporción en el caso de población no indígena fue de 80.1%, con una brecha de 0.7. En cuanto a saneamiento básico, el 53.7% de la población indígena cuenta con saneamiento, mientras que para la población no indígena este porcentaje alcanzó a 61.3%.

¹⁹ Ver "Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Asociados a Desarrollo Humano, Cuarto Informe", UDAPE-CIMDM, diciembre 2006.

Otro factor a tomarse en cuenta es el tratamiento de desechos sólidos que incide en las condiciones de salud de la población, particularmente de los niños, niñas y adolescentes. La calidad y cobertura de los servicios de limpieza, recolección, transporte y disposición final, presentan deficiencias relacionadas con la ausencia de proyectos de gestión de residuos sólidos accesibles a las posibilidades financieras de los gobiernos municipales y la población de acuerdo a los estratos socioeconómicos, así como la falta de implementación de tecnologías simples y de bajo costo.

En síntesis, si bien se han presentado avances en la situación y el estado de salud de la niñez y adolescencia, persisten disparidades que deben superarse.

2.3 EDUCACIÓN

2.3.1 Políticas y Programas

La política educativa implementada en el país a partir de la promulgación de la Ley de Reforma Educativa (1994) ha tendido a priorizar la educación primaria, particularmente en la primera fase de su implementación (1995-2003). Sin embargo, el año 2004 la Estrategia de la Educación Boliviana, a través del Plan Operativo Multianual 2004-2015 proponía acciones que incorporan a todos los niveles y modalidades de la educación formal y alternativa²⁰.

Los servicios de educación se encuentran descentralizados, así los gobiernos municipales están encargados de la infraestructura, equipamiento y mantenimiento de las unidades educativas de su jurisdicción. La administración, supervisión y control de los recursos humanos en educación, es tarea de los Servicios Departamentales de Educación (SEDUCA), dependientes de las prefecturas departamentales, que cuentan con Direcciones Distritales de Educación.

La Reforma Educativa vigente hasta el año 2006, se asociaba a una transformación global del sistema educativo nacional, tanto en el área pedagógica-curricular como en la institucional-administrativa, con un enfoque intercultural, enseñanza bilingüe y la creación de una estructura de participación social en educación. El objetivo principal se orientó a mejorar la calidad educativa, promoviendo su adecuación a las necesidades de aprendizaje y desarrollo local (Ministerio de Educación y Culturas, 2005).

Por la magnitud e integralidad de los temas incorporados en la Reforma Educativa, su ejecución fue un proceso muy complejo y de impacto en el largo plazo. Se estableció además un Sistema de Medición de la Calidad Educativa (SIMECAL), con el objetivo de evaluar los resultados en los alumnos de la aplicación del nuevo currículo y los cambios implementados en aula.

La Reforma Educativa elaboró y distribuyó materiales educativos y didácticos en varios idiomas (aimará, quechua, guaraní, castellano y otros idiomas nativos) al igual que bibliotecas de aula para el uso de docentes y niños. Para los docentes se diseñaron y distribuyeron guías didácticas y boletines de apoyo temáticos así como otros recursos para el proceso de enseñanza-aprendizaje y equipamiento a unidades educativas (mobiliario). Se realizaron mejoras en la infraestructura educativa y mejoramiento de la calidad de los docentes, a partir de la formación de asesores pedagógicos que cumplieron funciones de capacitación en la aplicación de las nuevas modalidades curriculares de trabajo.

En 1999 se inició el Proyecto de Fortalecimiento de la Calidad y Equidad de la Educación (PFCEE) que pretendió fortalecer la gestión educativa en el ámbito municipal y en las organizaciones educativas (núcleo, red y organización socio-cultural) así como la participación de los actores involucrados a través de capacitación y asistencia técnica. Se plantearon como instrumentos los Planes de Desarrollo Educativo

²⁰ Ver "La Educación en Bolivia: Indicadores, cifras y resultados", Ministerio de Educación, 2004.

Departamental (PDED), los Programas Municipales de Educación (PROME) y los Proyectos Educativos (PE) que se clasifican en Proyectos Educativos de Núcleo (PEN) como estrategia rural, Proyectos Educativos de Red (PER) como estrategia urbana y Proyectos Educativos Indígenas (PEI). Hasta diciembre de 2002 se habían formulado más de 1,000 proyectos de los cuales un 92% se encontraba en ejecución hasta 2004, beneficiando a más de 1 millón de alumnos, 57,000 docentes y 8,000 unidades educativas del país.

El país ha realizado esfuerzos por incrementar la cobertura y culminación de la educación. El Ministerio de Educación y Culturas ha desarrollado el Plan Operativo Multianual 2004-2008 que es el Plan Estratégico del sector y tiene como objetivos principales mejorar la calidad educativa, fomentar la educación intercultural, mejorar el acceso y permanencia en la escuela para lograr desarrollo humano sostenible, enfatizando el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En julio de 2006, se ha discutido en el Congreso Nacional de Educación, la propuesta de un nuevo modelo educativo, planteado por el actual gobierno, que se plasma en la Ley de Educación Elizardo Pérez y Avelino Siñani²¹.

El Congreso Nacional de Educación posibilitó una discusión amplia de la problemática educativa en el país, a través del análisis de la propuesta de la nueva Ley²². El principal problema identificado se refirió a la exclusión de segmentos de la población, particularmente indígena y originaria, destacando la necesidad de igualar las oportunidades valorando los conocimientos, saberes y tecnología de las civilizaciones de sociedades indígenas tanto de tierras amazónicas como andinas.

Esta propuesta, en discusión en el Parlamento Nacional, se prevé será aprobada los primeros meses del año 2007 y entre sus aspectos más importantes, además de lograr la universalización de la educación, plantea una nueva visión con mayor participación comunitaria, enfoque productivo, reforma del currículo, modificación de la estructura de áreas y modalidades y reforma de la educación superior (institutos técnicos superiores, institutos normales superiores y universidades).

El PND propone, en síntesis, la transformación del sistema educativo nacional de manera integral, en el marco de la democracia inclusiva y el desarrollo intercultural socio-comunitario; se promoverá una educación de calidad que priorice la igualdad de oportunidades y una educación que genere, adapte y aplique ciencia y tecnología, a través de escuelas productivas y saludables, investigación educativa para revalorizar culturas y aprovechamiento de tecnologías de información y comunicación.

En cuanto a la educación inicial no formal, identificada como desarrollo integral temprano de los niños menores de 6 años, se encuentra en implementación en Programa Nacional de Atención para Niños y Niñas Menores de 6 años (PAN) que se ejecuta de manera descentralizada en las prefecturas y municipios del país.

El desarrollo integral infantil es un factor que incide favorablemente en la educación primaria y, de manera general, en el desarrollo de las capacidades de las personas. El PAN trabaja con niños y niñas entre 0 a 6 años de edad, en centros infantiles, sin embargo, ha presentado varios cambios institucionales y no ha logrado consolidarse como una política nacional para desarrollo infantil, ya que las coberturas son aún bajas. Según información del Programa PAN, hasta 2003 la atención alcanzó a 61,308 niños y niñas en 2,235 centros infantiles de 164 municipios del país, con modalidades directas e indirectas para promover

²¹ Ver "Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Asociados a Desarrollo Humano, Cuarto Informe", UDAPE-CIMDM, diciembre 2006.

²² Ver "Anteproyecto de Nueva Ley de la Educación Boliviana Avelino Siñani y Elizardo Pérez", Documento consensuado y aprobado por el Congreso Nacional de Educación, julio 2006.

hábitos de vida saludables, estimulación temprana, alimentación complementaria y capacitación a familias²³.

En cuanto a desarrollo integral temprano de niños y niñas, el Ministerio de Educación y Culturas está trabajando en un programa familiar y comunitario, a través del cual la estimulación temprana de los niños y niñas se inicia en la familia, mediante capacitación a los padres y madres de familia.

El analfabetismo es un problema que está siendo atendido en las políticas públicas. En 2006, se inició la implementación del Programa de Alfabetización Yo sí puedo, que tiene como objetivo general iniciar el proceso de erradicación del analfabetismo absoluto y funcional de una población de 1.2 millones de personas, pertenecientes a sectores marginados y excluidos del sistema educativo nacional entre 2006 y 2008.

Para promover la permanencia escolar, entre noviembre y diciembre de 2006 se ha pagado el Bono "Juancito Pinto" a todos los niños y niñas que cursan entre el primer y quinto grados de la educación pública, que alcanza un monto de Bs200 por niño y deberá asignarse para la adquisición de materiales educativos y otros requerimientos de los niños para asistir a la escuela. Desde 2007 se pagará en dos cuotas, una al inicio de la gestión escolar y la otra al finalizar la misma.

2.3.2 Indicadores educativos

En cuanto a los indicadores de progreso del sector educativo, las tasas de cobertura bruta ²⁴ y neta ²⁵ son relevantes para analizar la situación del país, ya que en la primera se puede analizar el problema de la extraedad (niños que ingresan con rezago al nivel correspondiente). En este informe, se consideran las tasas tanto para la educación pública como privada para reflejar de manera más adecuada el acceso al servicio educativo.

Al considerar los niveles inicial, primario y secundario, entre 2002 y 2004, la tasa cobertura bruta se redujo de 90.2% a 88.4%²⁶, destacándose las tasas más elevadas en primaria (superiores a 100% en los años considerados), siguiendo en importancia la educación secundaria y finalmente la educación inicial, cuyas coberturas no superan el 51%. Esta situación muestra la necesidad de revalorizar el nivel inicial por su implicancia en el desarrollo de los niños y niñas así como por el beneficio que tiene en la educación primaria, en la que los niños que accedieron al nivel inicial tienen mayores destrezas y capacidades para superar al menos los primeros años de primaria con buenas posibilidades de aprendizaje. La importancia de la educación inicial temprana es reconocida no solamente por organismos e instituciones vinculadas a la educación sino también se plasma en el PND.

Debe mencionarse que no existen diferencias importantes al considerar las tasas de cobertura bruta según sexo, tal como se aprecia en la Tabla 10.

²³ Además del PAN, se cuenta con los Wawa-Wasi, que benefician a 8,000 niños en desarrollo integral infantil y para la atención desde los hogares, se implementa el Programa Kallpa Wawa con modalidad indirecta para apoyar a 16,000 niños.

²⁴ Mide la proporción de alumnos inscritos independientemente de su edad, respecto al total de población en edad escolar para el nivel analizado.

²⁵ Mide la proporción de alumnos inscritos en edad oficial para el nivel analizado respecto a la población en edad escolar para el nivel considerado.

²⁶ Ver www.minedu.gov.bo, diciembre 2006.

Tabla 10
Bolivia: Tasas de cobertura bruta educación pública y privada por nivel y sexo, 2002-2004
(En %)

Sexo/año	2002	2003	2004
Inicial			
Femenina	50.4	50.0	48.5
Masculina	47.8	48.0	48.0
Total	49.1	48.9	48.3
Primaria			
Femenina	108.3	107.3	104.1
Masculina	110.2	108.9	105.7
Total	109.3	108.1	104.9
Secundaria			
Femenina	68.2	70.7	72.9
Masculina	74.6	76.8	77.6
Total	71.4	73.7	75.3
TOTAL			
Femenina	89.1	89.1	87.3
Masculina	91.4	91.2	89.9
Total	90.2	90.2	88.4

Fuente: Sistema de Información Educativa, Ministerio de Educación y Culturas, 2006.

Las tasas de cobertura neta en educación formal en los tres niveles considerados (inicial, primaria y secundaria) han presentado una leve reducción entre 2002 y 2004 de 1.4 puntos porcentuales, no existiendo brechas significativas según sexo; esta reducción puede atribuirse a varios factores, entre los que se destacan la reducción de la inversión pública en educación y la insuficiente claridad de las políticas educativas entre 2002 y 2005 (UDAPE, CIMDM, 2006). Debe destacarse que las metas cuanto a esta tasa alcanzan el 100%, lo que es equivalente a universalizar la educación, particularmente la primaria.

Para lograr la universalización es necesario que el sistema educativo logre captar y retener a todos los niños. En este sentido, la tasa de cobertura neta es una medida que permite analizar el acceso y eficiencia del sistema, posibilitando identificar la probabilidad real de una determinada parte de la población de ingresar oportunamente a la escuela así como la capacidad de oferta para la población objetivo.

En lo que se refiere a la cobertura neta de primaria, no obstante los cambios en el sector educativo, es necesaria la aplicación de nuevos y mejores programas educativos, así como la asignación de mayores recursos para lograr la universalización de la educación primaria, estimándose que la tasa de cobertura neta debe crecer en 0.6% anual; si bien la cobertura en primaria es elevada, los cambios marginales requieren mayores esfuerzos en cuanto a políticas, recursos financieros y humanos. Se estima que para 2005, la tasa neta de primaria alcanzó a 94%, en tanto que la tasa de cobertura neta de secundaria sería de 58.9%, por lo cual es necesario aplicar políticas orientadas a reducir la extraedad y el rezago escolar.

TABLA 11
Bolivia: Tasas de cobertura neta educación pública y privada por nivel y sexo, 2002-2004
(En %)

Sexo/año	2002	2003	2004
Inicial			
Femenina	40.7	41.4	40.0
Masculina	38.4	39.5	39.6
Total	39.5	40.4	39.8
Primaria			
Femenina	97.6	97.0	94.0
Masculina	97.8	97.1	94.1
Total	97.7	97.1	94.0
Secundaria			
Femenina	53.8	56.1	57.8
Masculina	56.8	58.8	59.2
Total	55.3	57.5	58.5
TOTAL			
Femenina	77.5	77.9	76.2
Masculina	78.0	78.4	76.6
Total	77.8	78.2	76.4

Fuente: Sistema de Información Educativa, Ministerio de Educación y Culturas, 2006.

Existen brechas en el acceso a educación primaria entre departamentos y entre áreas urbanas y rurales. Los departamentos con mayor urbanización presentan tasas de cobertura neta más elevadas, es el caso de La Paz (97%), Oruro (95.5%), Santa Cruz (96.2%) y Beni (94.7). Por su parte, las tasas más bajas se presentan en departamentos con mayor ruralidad, como es el caso de Chuquisaca (86.3%) y Potosí (87.4%)²⁷.

El sistema educativo tiene el objetivo no solamente de aumentar el acceso a la escuela, sino asegurar la permanencia de los alumnos, en este sentido se debe analizar la evolución de la tasa de término, que mide el porcentaje de alumnos promovidos en un determinado curso sin distinción de edad respecto a la población total en edad de cursar ese grado, es decir, se refiere a la culminación o permanencia en un determinado grado o nivel (Ministerio de Educación y Culturas, 2005).

Como puede apreciarse en la tabla 11, las tasas de término a octavo de primaria son más bajas que las registradas en los primeros seis años de primaria, en este grupo persisten problemas de abandono escolar, probablemente por la necesidad de los niños y niñas de ingresar al mercado laboral o en el caso de las niñas de asumir responsabilidades en tareas del hogar. La tasa de término de cuarto de secundaria es aún más baja, por lo que se deben realizar esfuerzos de política para asegurar la culminación de este nivel. En este caso, además de lograr mayor oferta es necesario fortalecer la demanda por servicios educativos, revalorizando la misma como un factor muy importante para reducir la pobreza y mejorar la calidad de vida de la población, particularmente de la más excluida.

²⁷ En estos departamentos, el grado de urbanización es menor a 45%. Ver *“Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Asociados a Desarrollo Humano, Cuarto Informe”*, UDAPE-CIMDM, diciembre 2006.

Tabla 12
Bolivia: Tasas de término educación pública y privada por nivel y sexo, 2002-2004
(En %)

Sexo/año	2002	2003	2004
Sexto de primaria (1)			
Femenina	92.7	93.2	90.7
Masculina	96.2	94.4	92.4
Total	94.5	93.8	91.6
Octavo de primaria			
Femenina	73.4	73.5	78.1
Masculina	76.3	76.9	80.9
Total	74.9	75.2	79.5
Cuarto de secundaria			
Femenina	51.2	54.4	54.7
Masculina	52.0	54.3	55.5
Total	51.6	54.4	55.1

(1) Se considera el 6to. Grado de primaria, por ser el último que corresponde al segundo ciclo de primaria.
Fuente: Sistema de Información Educativa, Ministerio de Educación y Culturas, 2006.

Para el año 2005, la tasa de término a octavo de primaria alcanzaría a 77.8% y se prevé que para el año 2015 alcance a alrededor de 90%, con lo que aún queda una brecha respecto a la universalización de la primaria. Al igual que en el caso de la tasa de cobertura neta, los datos nacionales no permiten apreciar la existencia de disparidades a nivel departamental. Los departamentos con tasas superiores al promedio nacional son Oruro, La Paz y Santa Cruz; mientras que las tasas de término más bajas se presentaron en Pando, Chuquisaca y Potosí (UDAPE, CIMDM, 2006).

Las tasas de culminación en primaria dependen de varios factores, así los departamentos y municipios con las tasas más bajas se caracterizan por elevados niveles de pobreza, alta concentración de población indígena y gran dispersión geográfica.

Por otra parte, el rezago escolar está vinculado al abandono, este indicador es la proporción de alumnos que tiene edad superior a la oficial (o apropiada) para asistir a un determinado curso respecto al total alumnos inscritos en ese curso²⁸, es relevante para analizar la situación educativa. En el país, se presenta rezago desde el primero de primaria, probablemente por razones económicas e insuficiencia de ingresos familiares, por trabajo infantil temprano o por lejanía de las unidades educativas (particularmente en áreas rurales dispersas), este problema es acumulativo y no es posible revertirlo, por ello los esfuerzos deben orientarse a apoyar medidas que faciliten el ingreso oportuno de los niños al colegio (Ministerio de Educación y Culturas, 2005).

En el área rural, el año 2002, un 13.6% de los niños ingresaron tarde a primero de primaria, porcentaje que a octavo de primaria alcanzó a 36.2%, por otra parte, en el área urbana en el mismo año 8.1% de los niños matriculados en primero de primaria ingreso tardíamente, proporción que hasta octavo de primaria alcanzó a 24.3%.

Existen estudios que afirman que si los niños se demoran o rezagan permanentemente, existe la posibilidad que surja agotamiento, nuevas prioridades o la necesidad de trabajar lo que ocasiona que el abandono escolar temporal pueda transformarse en abandono definitivo.

²⁸ En Bolivia se considera un rezago de 2 años respecto a la edad oficial. Ver "La Educación en Bolivia: Indicadores, Cifras y Resultados", Dirección de Análisis, Ministerio de Educación, 2004.

Tabla 13
Bolivia: Tasas de abandono educación pública y privada por nivel y sexo, 2002-2004
(En %)

Años/Nivel	Inicial			Primaria			Secundaria		Total 3 niveles
	1	2	Total	6	8	Total	4	Total	
2002									
Femenina	6.7	5.6	5.9	6.4	6.5	5.3	5.2	7.8	5.8
Masculina	7.0	6.0	6.2	7.0	7.4	5.7	6.8	9.4	6.5
Total	6.8	5.8	6.0	6.7	7.0	5.5	6.0	8.6	6.2
2003									
Femenina	6.5	5.1	5.4	5.8	6.0	4.7	4.9	7.3	5.3
Masculina	6.6	5.5	5.8	6.1	6.7	5.0	6.0	8.9	5.9
Total	6.5	5.3	5.6	6.0	6.4	4.8	5.5	8.1	5.6
2004									
Femenina	6.4	5.1	5.4	5.7	6.6	4.9	5.1	7.7	5.5
Masculina	7.1	5.7	6.0	6.3	7.5	5.3	6.2	9.8	6.4
Total	6.8	5.4	5.7	6.0	7.1	5.1	5.7	8.8	6.0

Fuente: Sistema de Información Educativa, Ministerio de Educación y Culturas, 2006.

En cuanto a infraestructura y recursos humanos, en Bolivia existen alrededor de 15,400 escuelas en las que trabajan 103,543 docentes y directores, de los cuales alrededor de 17,000 docentes son interinos. Sin embargo, la proporción de escuelas que tienen los tres niveles de educación formal representaron 9.5% del total, el resto de las unidades educativas solamente cuenta con uno o dos niveles, lo que incide en la continuidad de los estudios de los niños, niñas y adolescentes que asisten a la escuela.

Un aspecto que debe destacarse es que un porcentaje cercano a 95% de las unidades educativas son públicas, por lo que las intervenciones en este sector contribuyen a incrementar coberturas, culminación y evitar el abandono de un importante porcentaje de niños, niñas y adolescentes en edad escolar.

Educación Especial

En cuanto a la educación especial, la misma que hasta 2004 se consideraba como parte de la educación alternativa se orienta a lograr el acceso y completar la formación de niños, niñas, adolescentes y personas que por condiciones físicas y mentales diferentes no hubieran iniciado o completado su educación en la educación formal. Al respecto, la información más actualizada disponible se refiere al año 2002, en el que se atendieron a casi 7,000 niños en diferentes centros, de los cuales 48.3% correspondió a mujeres y 51.7% a hombres. Los facilitadores encargados de atender a este grupo de población alcanzaron a 678 personas que trabajaron en las áreas de dificultades de aprendizaje, discapacidad auditiva, visual, mental, física y múltiple, así como en talento superior²⁹.

Alfabetización

El analfabetismo es un problema que afecta el desarrollo del capital humano. La tasa de analfabetismo de personas entre 15 y 44 años se redujo de 5.9% en 2002 a 5% en 2005, existiendo brechas entre departamentos, área geográfica y por sexo, siendo las más afectadas, las poblaciones rurales y las mujeres. En el año 2002, por cada 100 hombres alfabetos había 93 mujeres alfabetas, hacia el año 2005 esta relación se incrementó a 95 mujeres que saben leer y escribir (UDAPE, 2006).

²⁹ Ver "La educación en Bolivia: Indicadores, cifras y resultados", Ministerio de Educación, 2004.

Al considerar datos para 2001 en base al último Censo Nacional de Población y Vivienda para la población de 15 o más años, la tasa de analfabetismo alcanzó a 13.3%, en tanto que en áreas rurales alcanzó a 25.8%. Además, en el área rural la proporción de mujeres analfabetas de 15 años y más alcanzó a 37.9%, situación que afecta el ejercicio de derechos de las mujeres y las sitúa en una condición de mayor vulnerabilidad.

Existen también disparidades en educación al analizar a población indígena y no indígena. En el año 2002, la población escolar entre 14 y 18 años con primaria completa alcanzó a 61.8%, mientras que en el caso de población indígena este porcentaje fue de 53.2% y de 69.2% en población no indígena. La tasa de alfabetización de personas entre 15 y 44 años en el mismo año alcanzó a 94.3%, en tanto que para población indígena este indicador fue de 91.3% en comparación a 97.9% de la población no indígena.

Si se toman en cuenta indicadores de equidad de género, en 2002 por cada 100 hombres indígenas alfabetizados existían 88 mujeres en esa condición, en tanto que para la población no indígena la proporción fue de 98 mujeres. Por otra parte, mientras que a nivel nacional por cada 100 hombres entre 15 y 44 años de edad que concluyeron la educación secundaria solamente 87 mujeres lo hicieron, en el caso de población indígena 85 mujeres concluyeron este nivel en comparación a 96 mujeres no indígenas.

A partir de esta situación, la educación de adultos es otro tema que debe considerarse ya que se orienta a población que no pudo completar la educación formal, las modalidades incluyen educación primaria, secundaria y técnica, también incluye programas de alfabetización y postalfabetización. Entre 1999 y 2002, la matrícula de educación de adultos se incrementó de 81,480 a 120,780 personas que desarrollaron sus actividades en 403 centros en todo el país en el año 2002.

Hasta diciembre de 2006, el Programa Yo Sí Puedo logró captar cerca de 350,000 analfabetos de los 9 departamentos del país, de los cuales 240,300 se encuentran en proceso de aprendizaje y aproximadamente 50,000 personas lograron graduarse, a través del apoyo de 16,800 facilitadores (Ministerio de Educación y Culturas, 2006).

En síntesis, si bien el país ha presentado avances en el sector educativo y las probabilidades de lograr la universalización de la educación primaria son buenas, es necesario enfatizar en aspectos de calidad y permanencia así como en la inclusión de población marginada de los servicios educativos.

2.4 PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Un aspecto fundamental del Plan de Acción Global de “Un Mundo Apropiado para los Niños” es el que se refiere a protección de la niñez y adolescencia, considerando que se trata de grupos vulnerables y que son los más afectados por la pobreza y la exclusión.

En Bolivia, se realizaron estudios para evaluar el cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en 2005 y 2006, a partir del Índice Municipal de Desarrollo de la Infancia, Niñez y Adolescencia (IDINA)³⁰. Este índice tiene la ventaja de incorporar variables asociadas a salud, educación, capacidad económica, condiciones de habitabilidad y protección agregadas en un solo indicador que permite evaluar el cumplimiento de derechos por grupos de edad, además de incorporar algunos temas de análisis particulares como el trabajo infantil, embarazo adolescente y violencia.

³⁰ *Ambos estudios fueron realizados por UDAPE, con el apoyo de UNICEF. El primer documento incorpora el análisis con un enfoque de derechos y considera 4 ambientes de análisis: salud, educación, condiciones de habitabilidad y capacidad económica, en tanto que el segundo documento incorpora además el ambiente de protección y se encuentra en fase de conclusión. Ver “Bolivia: Equidad y Derechos de la Niñez, Índice Municipal de Desarrollo de la Infancia, Niñez y Adolescencia”, UDAPE-UNICEF, 2005.*

De acuerdo a resultados municipales del primer documento, se estimó que 388,611 niños y niñas entre 0 y 18 años que habitan en 72 municipios del país se encuentran en condiciones de bajo cumplimiento de sus derechos, en tanto que 2 millones de niños presentan un mejor cumplimiento de sus derechos, pero sin llegar a la condición de cumplimiento pleno, al considerar subgrupos de edad, el menor cumplimiento de derechos afecta en mayor proporción a los niños entre 0 y 5 años que presenta el valor más bajo (0.579 en comparación a IDINA para el grupo de 0 a 18 años que tiene un valor de 0.603).

La incorporación del ambiente de protección ocasiona que en los estratos de cumplimiento de derechos medio bajo y bajo se presente un mayor número de municipios y por lo tanto mayor cantidad de niños, niñas y adolescentes ven afectados sus derechos. Más del 10% de la población de niños y adolescentes entre 0 y 17 años presentan serias deficiencias en todos los ambientes y en los tres grupos de edad analizados. Los municipios de Potosí concentran, en términos relativos, un número significativo de niños, niñas y adolescentes con severas deficiencias en los indicadores de todos los ambientes³¹.

Trabajo Infantil

Para analizar el trabajo infantil, se cuenta con información del año 2001³², en el que la población comprendida entre 7 a 13 años alcanzaba a 1.5 millones de habitantes, de los cuales cerca de 116,000 niños y niñas declararon desarrollar actividades productivas de bienes y/o servicios y alrededor de 2,500 más manifestaron que se hallaban sin empleo y lo estaban buscando, no obstante en el país, la normativa legal vigente establece que la edad mínima de inserción laboral es de 14 años. En cuanto a los adolescentes entre 14 y 17 años de un total de 729,000 personas el 27% (198,000 adolescentes) realizaban alguna actividad económica.

En ambos grupos de edad se evidenciaron diferencias entre las áreas rural y urbana, en la primera se presenta mayor participación laboral de niños, niñas y adolescentes (44% del total de niños, niñas y adolescentes trabajan). Existen características diferentes entre el trabajo de niños y niñas, las mujeres se desarrollan en el sector de servicios de áreas urbanas y dedican importante parte de su tiempo a la resolución de problemas familiares y atención doméstica.

Los niños y niñas trabajan informalmente y sin tener la edad mínima, en su mayoría, son víctimas de explotación laboral, maltrato físico y psicológico. Por otra parte, las características del trabajo infantil, de la niñez y adolescencia son las siguientes:

- Se desarrollan como relaciones de subsistencia debiendo competir la producción legalmente establecida.
- No tienen acceso a seguridad social y no cuentan con una jornada laboral definida.
- Se enfrentan a inestabilidad laboral y no requieren mayor calificación.
- Los niños, niñas y adolescentes trabajadores apoyan de manera significativa a la generación de ingresos familiares en pequeñas unidades informales, lo que afecta su inserción al sistema educativo y, en aquellos casos que pueden asistir a centros educativos, el desempeño escolar es bajo.

Adicionalmente, en los últimos años, muchos niños y niñas trabajan en ocupaciones cercanas a la mendicidad, lo que incrementa su vulnerabilidad en cuanto a sus condiciones de vida. También realizan actividades que constituyen las peores formas de trabajo infantil, tal es el caso de la zafra, la minería y el comercio sexual. Estudios recientes, muestran que el trabajo en la zafra en los departamentos de Tarija y

³¹ Información preliminar del Segundo Informe IDINA, documento en proceso de revisión, UDAPE-UNICEF, 2006.

³² Ver "Trabajo Infantil en Bolivia: Una realidad que no les corresponde", INE-UNICEF, 2004.

Santa Cruz es una de las formas más graves de explotación infantil, en esta labor participan más de 9,000 niños y niñas menores de 18 años que enfrentan condiciones de vida precarias, sin acceso a educación, salud y protección³³. Ocurre algo similar en la explotación minera artesanal, particularmente en los departamentos de Potosí, Oruro y La Paz, actividad desarrollada por aproximadamente 3,800 niños, cuya esperanza de vida se ve seriamente afectada por las condiciones insalubres de trabajo, por lo que están expuestos a enfermedades respiratorias muchas veces con daños irreversibles para su salud, ocasionando incluso la muerte. El trabajo infantil en la recolección de castaña, en el norte del país, constituye otra de las peores formas de trabajo infantil que afecta el crecimiento y desarrollo de los niños.

Violencia, maltrato y violencia sexual

La violencia sexual es otro problema que enfrenta la niñez y adolescencia en Bolivia. En la mayor parte de los casos, las violaciones son cometidas por familiares de las víctimas y las denuncias son escasas por el temor a maltrato o violencia. Por otra parte, las sanciones y el sistema judicial se caracterizan por su lentitud y porque los procesos de investigación son demasiado agresivos con las víctimas, lo que provoca además daño emocional y psicológico³⁴.

En cuanto al comercio sexual y la violencia, un estudio realizado en las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz muestra que es un fenómeno que tiende a expandirse y consolidarse. Se estima que cientos de niños, niñas y adolescentes en lenocinios y otros lugares públicos como bares e inclusive en domicilios particulares son víctimas de explotación sexual, alrededor de 1,453 niñas entre 11 y 17 años son víctimas de violencia comercial sexual, actividad que anula su condición de persona³⁵.

La tasa de menores explotadas sexualmente alcanzaría a casi siete por cada mil. Las causas de esta situación son diversas y complejas; se agrupan en problemas y carencias económicas, de afectividad, desintegración y abandono familiar, ausencia de respeto de la identidad y derechos de los niños, niñas y adolescentes.

La violencia intrafamiliar y el maltrato es un problema que se ha ido agravando en los últimos años, si bien es cierto que las denuncias han disminuido esto no se debe a una reducción del maltrato, sino a la tendencia de ocultar estos casos por parte de las víctimas. Debe destacarse que entre 2002 y 2005 se incrementaron los casos denunciados de lesiones contra la familia y el menor, los niños, niñas y adolescentes que sufren este tipo de violencia no solamente dejan de disfrutar de su infancia y adolescencia sino que corren el riesgo de sufrir lesiones graves que afectarán toda su vida o incluso morir³⁶.

La ENDSA 2003 muestra que más del 80% de los niños es sometido a alguna forma de violencia, que muchas veces se asocia a castigos, la cual es física y psicológica, lo que afecta no solo el desarrollo del niño sino también su salud mental y autoestima.

Aspectos institucionales

El Estado Boliviano, en el Código del Niño, Niña y Adolescente, determina medidas para la prevención, protección y restitución de los derechos de la niñez y adolescencia, estableciendo no solamente una instancia nacional normativa para la atención de los niños (como es el VGAG), sino también instituciones

³³ Ver "Caña dulce, vida amarga", OIT-UNICEF, 2004.

³⁴ Ver "Rompiendo Silencios: Una aproximación a la violencia sexual y al maltrato infantil en Bolivia", Defensor del Pueblo, UNICEF, Coordinadora de la Mujer, Unión Europea y otros, 2005.

³⁵ Ver "La niñez clausurada", UNICEF-OIT, 2004.

³⁶ Ver "Niños, Niñas y Adolescentes en Bolivia: 4 millones de actores del desarrollo", Informe temático de Desarrollo Humano, PNUD, 2006.

departamentales operativas como son los Servicios de Gestión Social (SEDEGES) que funcionan en las Prefecturas de los 9 departamentos, que tienen como misión implementar acciones de protección y defensa de los derechos de la niñez y adolescencia, así como brindar servicios integrales para mejorar las condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes en el marco de las políticas y las normas nacionales. Por otra parte, las Comisiones Departamentales de la Niñez y Adolescencia, establecidas en el Código del Niño, Niña y Adolescente, son instancias de carácter propositivo y fiscalizadoras de las políticas y servicios de atención a la niñez y adolescencia del cada departamento.

En los gobiernos municipales se establecieron responsabilidades para la atención de niños, niñas y adolescentes, además de la creación de las Defensorías Municipales de la Niñez y Adolescencia, en funcionamiento desde 1997 con el objetivo de promover, proteger y defender los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Adicionalmente, se conformaron las Comisiones Municipales de la Niñez y Adolescencia, que son instancias propositivas, consultivas y fiscalizadoras de las políticas y acciones de protección a favor de los niños, niñas y adolescentes.

Las Defensorías brindan un servicio comunitario, gratuito y permanente y su financiamiento se realiza con recursos municipales, aunque reciben el apoyo de la cooperación internacional (es el caso de UNICEF Bolivia). Su funcionamiento está reglamentado en los artículos 194 a 196 del Código del Niño, Niña y Adolescente y constituyen un servicio municipal gratuito de protección y defensa socio-jurídica dependientes de cada gobierno municipal.

Las Defensorías están compuestas por equipos interdisciplinarios (abogados, trabajadores sociales, psicólogos y otros profesionales del área social). De esta manera, brindan a los usuarios una atención integral. Los profesionales atienden casos de muy variada temática. Reciben denuncias de maltrato infantil, irresponsabilidad paterna y/o materna, explotación laboral, prostitución infantil, entre los principales.

En principio, las Defensorías promueven la protección y el cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes establecidos en normas legales y son instancias conciliadoras que tratan de solucionar los conflictos mediante acuerdo entre las partes implicadas. Cuando no existe voluntad de llegar a un acuerdo, o cuando se cometen delitos sancionados por la ley, la conciliación no es posible. Entonces, derivan los casos a las instancias judiciales. Sin embargo, ahí no termina su intervención, deben realizar el seguimiento de los casos en proceso judicial hasta que estos concluyan.

Además de atender todas las denuncias que reciben, las Defensorías otorgan otros servicios a los municipios, entre los que se destacan:

- **Promoción y difusión:** Promueven y difunden los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Para ello, además de identificar las demandas y necesidades de los niños, niñas y adolescentes, realizan un diagnóstico de la situación del cumplimiento de los derechos de la infancia en el municipio. A partir de esta información, las Defensorías sensibilizan a la comunidad y la motivan a participar en la materialización de cambios que benefician a los niños, niñas y adolescentes.
- **Orientación e información:** Brindan información a la población, incluyendo los niños, niñas y adolescentes, sobre los procedimientos existentes para que se cumplan las leyes a favor de la niñez y adolescencia.
- **Prevención y vigilancia:** Advierten a la comunidad en general sobre situaciones que ponen en riesgo la vida, la salud, la libertad y la dignidad de niños, niñas y adolescentes.

En Bolivia el 62,4% de los 327 municipios del país cuenta con Defensorías de la Niñez y Adolescencia (204 municipios), quedando pendiente una cobertura en 123 municipios que no cuentan con esta instancia municipal encargada de la protección de la niñez y adolescencia.

Los departamentos de Chuquisaca (92,9%), Tarija (90,9%) y Beni (94,7%) presentaron un alto porcentaje de municipios con Defensorías. Por otra parte, en los departamentos de La Paz y Oruro los municipios que tienen este servicio alcanzan al 28,8% y 31,4%, respectivamente. En la tabla 14 se presenta la situación de los departamentos y municipios que cuentan con Defensorías de la Niñez y Adolescencia.

Uno de los factores que determinan la asignación de recursos destinados a la creación de las Defensorías es el de la densidad poblacional. En municipios con baja densidad poblacional, se ha omitido la creación de una Defensoría por la dispersión de la población y la dificultad de acceso a sus servicios. Se han identificado algunas limitaciones en cuanto al funcionamiento de las Defensorías, que se resumen de la siguiente manera³⁷:

- Incumplimiento de la Ley en algunos municipios con relación a la creación del servicio.
- Baja o ninguna asignación presupuestaria del municipio para el funcionamiento de las Defensorías.
- Personal insuficiente, inestable y muchas veces sin formación.
- Falta de sensibilización del personal que trabaja en las Defensorías.
- Dificultades para articular esfuerzos institucionales y comunitarios para resolver problemas de mayor incidencia.
- Limitados mecanismos para realizar diagnósticos participativos y planes comunitarios.
- Desinterés y postergación de la temática de la niñez y adolescencia en los Gobiernos Municipales.
- Capacidad limitada de las Defensorías en el área rural.
- Escasa cobertura en promoción y prevención en el trabajo de las Defensorías.
- Sistema judicial concentrado en el área urbana que incide negativamente, ocasionando la impunidad de la vulneración de derechos.
- Reducida e insuficiente asignación presupuestaria a nivel nacional, departamental y municipal.

Tabla 14
Bolivia: Defensorías de la Niñez y Adolescencia por departamentos y municipios, 2005

Departamento	Nº de municipios	Municipios con Defensorías	% de munic. con Defensorías.
Bolivia	327	204	62,4
Chuquisaca	28	26	92,9
La Paz	80	23	28,8
Cochabamba	45	38	84,4
Oruro	35	11	31,4
Potosí	38	29	76,3
Tarija	11	10	90,9
Santa Cruz	56	39	69,6
Beni	19	18	94,7
Pando	15	10	66,7

Fuente: UDAPE 2006, en base a información del Sistema de Información de Defensorías (SID)³⁸

³⁷ Para mayor detalle, ver “Lineamientos de Política Pública para la Niñez y Adolescencia”, VIJUNTE, febrero 2006.

³⁸ Información extractada del Segundo Informe IDINA, UDAPE-UNICEF, versión preliminar, 2006.

Aquellos municipios con alta densidad demográfica han establecido una o más de una Defensorías dentro de su jurisdicción, debido a la mayor demanda concentrada de este servicio. Esta información es recopilada por el Censo de Defensorías, realizado por el Sistema de Información en Defensorías (SID) el año 2005, en el que se muestra la existencia de correlación entre la presencia y mayor número de oficinas distritales en los municipios con la densidad poblacional. Asimismo, se ha establecido que aunque existan varias Defensorías en un municipio no necesariamente son suficientes para atender todos los casos y denuncias³⁹.

Niños que viven en las cárceles, en conflicto con la ley y en centros de acogida

Otros grupos de particular interés en la temática de protección se refieren a los niños, niñas y adolescentes que acompañan a sus padres en el cumplimiento de sentencia. UDAPE-UNICEF (2006) estiman que de acuerdo a datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 existirían 1,441 niños y niñas entre 0 y 17 años en las cárceles (casi un 19% de la población en centros penitenciarios). Si bien la normativa en vigencia, señala la necesidad de que los centros de reclusión cuenten con guarderías y servicios para los sentenciados que viven con sus hijos e hijas, existen limitantes en cuanto a recursos financieros, humanos y materiales que impiden el desarrollo en condiciones aceptables de los niños en las cárceles. Este grupo está expuesto a mayor riesgo del consumo de drogas, violencia sexual y maltrato, por las condiciones de los centros de reclusión.

En lo que se refiere a adolescentes en conflicto con la ley, el informe "Práctica de los Derechos Humanos en Bolivia", señala que en el año 2004 existieron 706 adolescentes y jóvenes en conflicto con la Ley sentenciados (menores de 21 años de edad) que no fueron separados de los reos adultos en las cárceles. Aún no se han organizado ni desarrollado programas socioeducativos de rehabilitación para adolescentes.

En cuanto a los niños, niñas y adolescentes en centros de acogida o institucionalizados en 2001, existían cerca de 4,100 niños de 0 a 17 años de edad viviendo en centros de acogida, los cuales muchas veces enfrentan hacinamiento y falta de recursos inclusive para la alimentación de los niños.

Otro grupo particular es el de aquellos niños que asumen responsabilidades no adecuadas para su edad. En Bolivia se identifican aproximadamente 27,000 niños y adolescentes jefes de hogar que asumen entre los 6 y 13 años el cuidado de sus hermanos ya que son víctimas del abandono de sus padres⁴⁰, la problemática de este grupo no es conocida por lo que la realidad de estos niños y niñas no es visible para proponer políticas que los favorezcan.

Registro de nacimientos: Identidad

En cuanto a registros de nacimiento en los primeros años de vida, requisito fundamental para ejercer la ciudadanía y los derechos humanos, en Bolivia se ha presentado una tendencia creciente, favoreciendo particularmente a niños menores de 5 años. Entre 2000 y 2002 a nivel nacional el porcentaje de niños inscritos se ha incrementado de 76% a 81%. El departamento de Santa Cruz muestra el mayor crecimiento, pasando de 69% a 79%. Potosí muestra un crecimiento del 1%, La Paz del 5%, mientras que Beni presentó un incremento de 6%, siendo su tasa de inscripción de sólo el 66%, situación similar se observa en el departamento de Pando con 68%.

La falta de certificado de nacimiento invisibiliza a los niños, niñas y adolescentes de las estadísticas y políticas nacionales, por ello, es fundamental lograr el acceso universal a este documento. En las últimas

³⁹ Información extractada del Segundo Informe IDINA, UDAPE-UNICEF, versión preliminar, 2006.

⁴⁰ Información extractada del Segundo Informe IDINA, UDAPE-UNICEF, versión preliminar, 2006.

gestiones, se han realizado campañas para obtener certificados de forma gratuita, particularmente en zonas rurales y dispersas que han contado con el apoyo de organismos internacionales, entre los que se destaca UNICEF.

Aborto y embarazos adolescentes no deseados

El embarazo adolescente se concentra principalmente en los grupos de 18 y 19 años de edad y ocurre con mayor frecuencia en áreas rurales, en las que los servicios de salud cuentan con reducida capacidad resolutive. El aborto y los embarazos no deseados son otros problemas que enfrentan las adolescentes en Bolivia, por ello, es fundamental garantizar el conocimiento, difusión y ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva y realizar actividades de prevención con los adolescentes y las familias.

2.5 VISIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA: DEMANDAS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES Y SOCIEDAD CIVIL

Una de las principales características del Informe de Progreso de Bolivia hacia “Un Mundo Apropiado para los Niños” es el de recoger las percepciones de los niños, niñas y adolescentes así como de la sociedad civil acerca de su situación. A partir de la decisión adoptada por el Gobierno de Bolivia, que establece como prioridad la necesidad de elaborar un Plan Nacional para la Niñez y Adolescencia (PNNA) de una forma participativa y en consulta no solamente con instituciones del gobierno central, sino de los niveles descentralizados (departamentos y municipios), así como también con organizaciones de niños, niñas y adolescentes y otras representativas de la sociedad civil, el documento que refleje los progresos del país se inscribe en un proceso participativo más amplio que contribuirá a la formulación del PNNA.

En este sentido, entre el 7 y 8 de diciembre y como parte de la Plataforma Boliviana para la Niñez y Adolescencia se realizó una reunión de validación y discusión de las conclusiones y recomendaciones del Primer Taller del Comité Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes para la Asamblea Constituyente, realizado entre el 15 y 16 de septiembre de 2006 en La Paz. Participaron alrededor de 45 niños, niñas y adolescentes de los 9 departamentos del país, incluyendo representantes de los niños trabajadores de Bolivia.

La síntesis del trabajo fue recopilada a partir de propuestas elaboradas en todo el país y de las conclusiones de cinco mesas de trabajo, en las que se trataron las agendas mínimas para la niñez y adolescencia; niños y adolescentes bolivianos participaron activamente y a partir del análisis de la situación efectuaron planteamientos que se refieren no solamente a demandas en cuanto a salud, educación, justicia, seguridad, sino también a temas de descentralización, ciudadanía, derechos humanos, género y trabajo.

El análisis y las propuestas efectuadas por los niños y adolescentes se pueden resumir de la siguiente manera:

Unitarismo, centralismo y descentralización: En este sentido la mayor demanda se concentra en asegurar la participación activa de niños, niñas y adolescentes sin ninguna exclusión, incorporando en las decisiones a niños de pueblos originarios, indígenas y grupos étnicos en igualdad de condiciones con equidad de género y generacional.

Ciudadanía y nacionalidad: Las percepciones más importantes sobre estos temas son: la insuficiente protección desde el momento de la concepción, la falta de reconocimiento de la sociedad a la voz de los niños y adolescentes, la discriminación y marginación, la dificultad para organizarse y la falta de participación en temas que afectan la vida y crecimiento. Ante esta situación, las propuestas se orientan a

que el reconocimiento de ciudadano se realice desde el momento de la concepción y que el Estado proteja la vida y garantice el derecho a la misma. Por otra parte, proponen que los niños, niñas y adolescentes (al igual que los adultos) tengan derechos, deberes y obligaciones respetando la condición de niñez y adolescencia.

Se plantea que el Estado evite toda forma de discriminación y exclusión de los niños en la sociedad y asegure su participación activa (con voz y voto) en situaciones de su interés, seguridad y bienestar. De manera similar, reclaman el derecho a tener una familia que sea valorada por la sociedad, en la que se expresen valores como el amor, respeto y responsabilidad; y que el Estado reconozca y facilite las organizaciones de niños, niñas y adolescentes, facilitando los mecanismos y procedimientos para la asignación de personería jurídica.

Derechos humanos: Los niños, niñas y adolescentes sienten que la más alta función del Estado es garantizar el ejercicio de los derechos humanos de todas las personas y prioritariamente debe proteger, respetar y defender los derechos de los niños, niñas y adolescentes, personas de la tercera edad y con capacidades diferentes. Asimismo, plantean que se debe establecer como interés y prioridad superior el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes, evitando toda forma de violencia, estableciendo sanciones severas a los delitos de violación, trata y tráfico de niños.

También reclaman la promoción de los derechos de los niños y adolescentes en los padres, familias, la sociedad y el Estado, sancionando la negligencia en caso de incumplimiento. Demandan el derecho a participar en actos de censura a medios de comunicación y a utilizarlos para socializar sus ideas. Destacan la necesidad de proteger a todos los niños, niñas y adolescentes, especialmente a los huérfanos, madres adolescentes y personas con capacidades diferentes, creando servicios sociales que garanticen su atención y desarrollo integral con calidad y justicia social.

Salud y alimentación: Ante la insuficiencia de respuestas a las necesidades de salud de los niños, niñas y adolescentes, proponen la creación del Seguro Universal de Salud para Niños, Niñas y Adolescentes (SUNNA) con calidad, eficiencia y calidez, tomando en cuenta la medicina tradicional y naturista, asimismo, la creación de un programa de protección y atención integral en salud.

Proponen que el Estado subvencione la alimentación y vivienda de niños, niñas y adolescentes con capacidades diferentes, huérfanos y abandonados. Asimismo, que se garantice la dotación adecuada de personal especializado para la atención de salud y mayor equipamiento y que la negligencia médica sea castigada.

Educación: Los niños, niñas y adolescentes recomiendan que el Estado garantice y financie una educación liberadora, gratuita y obligatoria hasta la tecnificación o profesionalización, respetando una educación integral y de calidad, con formación humanística, con métodos de estudio nuevos, facilitando el acceso preferencial de todos los niños, niñas y adolescentes, particularmente lo que tienen capacidades diferentes, huérfanos y trabajadores. Proponen que se incluya la educación bilingüe y que el idioma nativo pueda ser escogido libremente, que se dote de material educativo gratuito y que se implante la educación sexual de acuerdo al grado.

Cultura, deporte, seguridad y género: Fortalecer el desarrollo de la identidad étnica y cultural de los pueblos originarios, preservar la moral y sexualidad de las personas, priorizar la seguridad ciudadana, con énfasis en niñez y adolescencia, protegiendo a niños con capacidades diferentes, trabajadores y los que viven en las calles. Asimismo, proponen otorgar seguridad en las escuelas y fiscalizar a ONGs que trabajan con niños, niñas y adolescentes en cuanto a la ejecución de recursos y buen trato.

Justicia: Reclaman que el Estado reconozca y garantice los derechos de los niños, niñas y adolescentes, de acuerdo a tratados y convenios internacionales ratificados por Bolivia y en concordancia a las leyes nacionales. Un sistema de justicia juvenil con acceso universal y en condiciones de igualdad, en el cual los adolescentes en conflicto con la ley reciban trato especializado para su rehabilitación y reinserción social. Desarrollar programa para niños, niñas y adolescentes que cumplen sentencia con sus padres para asegurar el ejercicio de sus derechos fundamentales. Reclaman y demandan cadena perpetua para violadores y asesinos.

Trabajo: Los niños, niñas y adolescentes piden que el Estado reconozca su derecho al trabajo, aplicando políticas de protección y valoración en beneficio de los niños y adolescentes trabajadores, en condiciones dignas, sin explotación y sin ser forzados, garantizando la asignación de salarios justos sin discriminación de edad ni género y descanso de una hora diaria en la jornada laboral.

Asimismo, reclaman asistencia alimentaria y otros servicios básicos para niños, niñas y adolescentes trabajadores, así como apoyo a los adolescentes para la producción y comercialización agropecuaria. Se recomienda que el Estado establezca políticas que fomenten la creación de empleo y prioricen la contratación de bolivianos y bolivianas, que mejoren la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes, previniendo migraciones a países extranjeros y desintegración familiar. Por otra parte, sugieren que se establezcan medidas preventivas de abuso de autoridades y empleadores hacia niños, niñas y adolescentes trabajadores.

De manera similar, el 12 de diciembre de 2006 se efectuó una reunión, organizada por el Viceministerio de Género y Asuntos Generacionales (VGAG), dependiente del Ministerio de Justicia, con organizaciones de la sociedad civil, en la cual se presentaron las propuestas del PNNA y se estableció que los mismos deberían ser presentados a las bases para recibir insumos que permitan mejorar y ajustar el Plan en sus planteamientos originales, con el propósito de lograr un consenso y apropiación de la sociedad civil para su implementación. Participaron alrededor de 25 personas representantes de organizaciones y movimientos sociales, como ser: CONAMAQ, CONSAQ, Red Viva Bolivia, Federación de Trabajadores Petroleros de Bolivia, Central Obrera Boliviana, Federación de Mujeres Bartolina Sisa, Consejo Nacional de la Persona con Discapacidad, Federación de Juntas Vecinales de El Alto, entre las más importantes. Asimismo, participó una representación del Defensor del Pueblo.

Se destacó que planes anteriores para la niñez y adolescencia solamente se quedaron "en el papel" por falta de instrumentos para el seguimiento y difusión de resultados, los programas tenían carácter sectorial y no integral.

En esta reunión, las demandas más evidentes se concentraron en la necesidad de eliminar la discriminación de los niños, niñas y adolescentes, en cuanto al acceso a los servicios de salud y educación. Se planteó la necesidad de garantizar docentes en áreas rurales que realicen su trabajo con continuidad y no solamente unos pocos días a la semana. Se recomendó la incorporación de contenidos curriculares adecuados a la realidad cultural de las diferentes regiones del país y el mejoramiento de calidad educativa así como asegurar buen trato para los niños, niñas y adolescentes en las escuelas.

El tema de la discapacidad de los niños y su discriminación en establecimientos educativos fue tratado en detalle y se propuso que los docentes debían estar calificados para trabajar con niños con diferentes discapacidades, procurando su integración. Se destacó la necesidad de realizar un censo que identifique las personas discapacitadas así como los grados y naturaleza de sus discapacidades, se destacó la necesidad de contar con material educativo adecuado para trabajar con estos niños.

Se identificaron problemas referidos al deterioro de la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes, por el abandono y la vida en las calles, tanto en áreas rurales como urbanas. Asimismo, se destacó la

necesidad de asegurar que todos los niños, niñas y adolescentes cuenten con certificados de nacimiento que los acrediten como ciudadanos bolivianos sujetos de derechos. Se mencionó la gravedad de la situación de niños, niñas ya adolescentes de la calle, que cumplen sentencia con sus padres, trabajadores que enfrentan muchos peligros y están expuestos al consumo de drogas y alcohol, lo que aumenta su vulnerabilidad.

Un planteamiento común es el que se refiere a la necesidad de trabajar participativamente con la familia y la comunidad, coordinando esfuerzos con prefecturas y municipios. Se manifestó que las políticas y programas para la niñez y adolescencia deberán ser flexibles para lograr adecuarse a diferentes realidades y necesidades de las comunidades.

Se destacó la necesidad de prevención de salud, el aborto es una situación que pone en riesgo la vida de las madres y los niños. El consumo de drogas es más frecuente y las actividades de narcotráfico son catalogadas como una ocupación más por ciertos grupos de adolescentes que en esa actividad una opción de generación de ingresos.

En síntesis, la visión de los niños, niñas y adolescentes así como de movimientos sociales respecto a la situación de la niñez y adolescencia en Bolivia es que si bien se han presentado avances en las condiciones de vida, persisten brechas y discriminación. Se han acentuado problemas que afectan el desarrollo y crecimiento adecuado de los niños y niñas, como la falta de ingresos familiares que incidió en la separación de las familias, aumento de la inserción laboral de niños, niñas y adolescentes, incremento del consumo de drogas y alcohol, mayor violencia y maltrato.

Asimismo, los sistemas públicos de salud y educación carecen de la calidad necesaria para apoyar el crecimiento y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, persisten problemas de gestión, de insuficiente capacitación de recursos humanos así como vocación para trabajar con esta población. Es fundamental trabajar en desarrollo integral, particularmente en los primeros años de vida para apoyar capacidades y un crecimiento físico, psicológico e intelectual armónico.

La socialización, validación y posterior implementación del PNNA, como una política integral y prioritaria del Estado Boliviano, ejecutada con la participación activa de las familias, comunidades, sociedad civil y todas las organizaciones nacionales e internacionales que trabajan con y para los niños, niñas y adolescentes, permitirá mejorar las condiciones de vida de la niñez y adolescencia que debe evaluarse no solamente con indicadores cuantitativos sino también cualitativos y por resultados o productos para analizar cambios en el bienestar de la población objetivo.

III. RECURSOS PÚBLICOS PARA LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

El gasto social como herramienta para mejorar los indicadores sociales tiene relación directa con las condiciones de vida de la población y, por ello, debe procurarse el análisis de gasto desde dos visiones: desde el incremento del gasto y un mayor impacto y focalización de las políticas de inversión social para la niñez, y desde la evaluación de la forma en que se asignan recursos y de su incidencia sobre el bienestar infantil a partir del avance en el cumplimiento de los derechos básicos y las oportunidades de niños y niñas. Si bien se aprecia que más del 40% del gasto social se destina a prioridades de la niñez, es fundamental desarrollar programas que incrementen esta proporción, permitiendo una mayor atención de niños, niñas y adolescentes que no acceden a servicios sociales por barreras económicas y sociales. Especial énfasis debe realizarse en el área rural y en poblaciones indígenas, con lo que será posible lograr igualdad de oportunidades.

Si bien en Bolivia se ha realizado el seguimiento del gasto e inversión social desde mediados de la década de los años noventa, no fue posible establecer una metodología para cuantificar los recursos públicos

destinados específicamente a la niñez y adolescencia. Sin embargo, en 2006 como un esfuerzo conjunto del Gobierno de Bolivia, a través de la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), dependiente del Ministerio de Planificación del Desarrollo y UNICEF Bolivia, se ha realizado una investigación que permite analizar la inversión en niñez y adolescencia, a partir de información oficial del Ministerio de Hacienda, recopilada por la Dirección General de Contaduría.

El análisis realizado comprende el período 2000- 2004⁴¹, y puede apreciarse que el gasto social se incrementó de \$US 1,318.8 millones a \$US 1,402.4 millones en el período analizado, pasando de representar 15.8% del PIB a 16.2%, incluyendo los sectores de salud, educación, vivienda y servicios básicos, protección social y otros programas sociales (asociados a recreación y deportes), destacándose la participación porcentual del sector educación (35.9% respecto al gasto social total en promedio para 2000-2004) y protección social (con una participación promedio de 34.6%).

En 2004, el 43.3% del gasto social se ejecutó por entidades del Gobierno Central, en tanto que aproximadamente \$US 800 millones se ejecutaron en los niveles descentralizados, principalmente debido a las mayores competencias y atribuciones de prefecturas departamentales y gobiernos municipales en la provisión de servicios sociales.

Entre los años 2000 y 2004, el Sector Público en Bolivia presentó una evidente disminución de sus ingresos que se explica, fundamentalmente, por la necesidad de controlar el déficit fiscal. Sin embargo, los sectores no sociales (desarrollo agropecuario, electrificación, infraestructura, entre los más importantes) fueron los más afectados por dicha reducción, a diferencia de los sectores de educación, salud y protección social que se caracterizan por su inflexibilidad (en estos sectores existen gastos que no pueden dejar de cubrirse con ingresos fiscales, es el caso de salarios de docentes y médicos y el pago de pensiones).

El sector con mayor participación en el presupuesto es el denominado Protección Social, seguido por el de Educación y Salud, sectores que representan alrededor del 80% del presupuesto en todas las gestiones. El presupuesto destinado a Salud se mantuvo, en el periodo estudiado, en un promedio del 19%, con niveles de ejecución del 85%. El sector Educación, a su vez, recibió el 30,2% del presupuesto en el año 2004, con ejecuciones superiores al 100% en todas las gestiones analizadas.

Luego de realizar una rigurosa clasificación de programas y proyectos destinados directamente a la niñez, se estima que la inversión social para este grupo de población (que incluye gasto recurrente e inversión en infraestructura) se incrementó de \$US 452.2 millones a \$US 577.4 millones entre 2000 y 2004, aumentando su participación relativa respecto al PIB y al gasto público total, como se aprecia en la tabla 15.

⁴¹ Ver *"Bolivia: Gasto Social Funcional y Gasto Social para la Niñez 2000-2004"*, UDAPE-UNICEF, diciembre de 2006.

Tabla 15

Bolivia: Inversión en la niñez, 2000-2004

(En millones de dólares y %)

	2000	2001	2002	2003	2004
En millones de dólares					
Inversión Social para la Niñez	452,2	450,7	470,8	515,8	577,4
Salud	87,0	79,1	74,5	84,9	88,2
Educación	261,5	267,4	294,2	334,2	372,5
Vivienda y Servicios Básicos	47,5	42,7	51,9	54,0	55,7
Protección social	41,3	44,0	34,8	27,2	29,9
Otros Programas sociales	15,0	17,5	15,4	15,5	31,2
Prioridad macroeconómica (en % del PIB)					
Inversión Social para la Niñez	5,4	5,5	5,8	6,4	6,7
Salud	1,0	1,0	0,9	1,1	1,0
Educación	3,1	3,3	3,6	4,2	4,3
Vivienda y Servicios Básicos	0,6	0,5	0,6	0,7	0,6
Protección social	0,5	0,5	0,4	0,3	0,3
Otros Programas sociales	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4
Prioridad fiscal (en % del Gasto público)					
Inversión Social para la Niñez	13,7	14,2	16,3	17,9	18,9
Salud	2,6	2,5	2,6	2,9	2,9
Educación	7,9	8,4	10,2	11,6	12,2
Vivienda y Servicios Básicos	1,4	1,3	1,8	1,9	1,8
Protección social	1,2	1,4	1,2	0,9	1,0
Otros Programas sociales	0,5	0,6	0,5	0,5	1,0

Fuente: UDAPE-UNICEF, 2006

No obstante, el compromiso con la niñez va más allá de destinar presupuesto y garantizar buenos niveles de ejecución, adicionalmente, debe considerarse que el "gasto" en niñez debe considerarse como inversión en capital humano, el principal factor de desarrollo de un país. El compromiso del Estado con los niños, niñas y adolescentes exige, además, implementar sistemas de control que reflejen la asignación de recursos y que los avances sociales puedan traducirse en resultados sostenibles y, por tanto, aseguren mejoras en calidad de vida y oportunidades de desarrollo.

Al efectuar el análisis distributivo del gasto, que utiliza por convención el Coeficiente de Gini, se observa la desigualdad del gasto de consumo (sin y con subsidios en salud y educación) existen mejoras del índice de Gini de la distribución de gasto en consumo⁴² de la población total para todos los años.

Los servicios del primer nivel de atención (centros y postas de salud) son utilizados principalmente por personas que cuentan con menores recursos (cerca del 30% en el caso de la población total y el 25% en promedio en la población de niños y niñas); los servicios de segundo y tercer nivel benefician a la población de ingresos medios; y los servicios de las cajas de salud son utilizados principalmente por los grupos más ricos de la población.

El gasto en educación primaria, por su parte, tiene una distribución progresiva⁴³ ya que aproximadamente el 50% de la población que utiliza este servicio pertenece a los grupos más pobres. En contraste, la

⁴² Se optó por trabajar con el gasto de consumo (el que refleja el valor de una canasta básica) y no con el ingreso, debido a que el gasto de consumo es más estable que el ingreso.

⁴³ Un gasto en servicios públicos es considerado progresivo cuando la población más pobre es la que más se beneficia con este gasto (mayor utilización del servicio).

educación superior beneficia a los grupos con mayores ingresos, ya que, en promedio, el 61% de los matriculados corresponden estos grupos.

Estos resultados muestran la necesidad de realizar mayores esfuerzos de focalización del gasto social en su asignación a programas destinados a la niñez y adolescencia, con el objetivo de reducir brechas y disparidades en el acceso a servicios sociales básicos que aseguren el mejoramiento de la calidad de vida de todos los niños, niñas y adolescentes bolivianos.

IV. SISTEMAS DE SEGUIMIENTO A POLÍTICAS DE LA NIÑEZ

En los últimos años, el Estado Boliviano a través de instituciones especializadas (INE, UDAPE, entre las más importantes) y otras sectoriales, ha promovido el desarrollo de sistemas de seguimiento a las políticas públicas a favor de la niñez y adolescencia, como resultado de la necesidad de tomar decisiones adecuadas y para dar respuesta a una serie de compromisos internacionales asumidos por el país para mejorar la vida de los niños, niñas y adolescentes.

De esta manera, se han desarrollado el Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS) en el Ministerio de Salud y Deportes y el Sistema de Información Educativa (SIE) en el Ministerio de Educación y Culturas, que tienen el objetivo de recopilar, sistematizar y generar indicadores de salud y educación a nivel municipal, departamental y nacional. Los registros administrativos de ambos sistemas constituyen elementos fundamentales para el seguimiento y evaluación del progreso hacia un mundo más apropiado para los niños y permiten identificar las áreas en las que existen mayores deficiencias así como aquellas que deben ser apoyadas y fortalecidas.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Estadística (INE) como institución rectora del sistema de información nacional cuenta con bases de datos actualizadas para analizar temas que se refieren a la niñez y adolescencia en salud, nutrición, educación y protección. Debe mencionarse que por primera vez, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2003 incorporó el módulo de violencia y maltrato, lo que constituye un importante avance para evaluar la protección a la niñez. Asimismo, se han realizado investigaciones referidas a trabajo infantil y violencia.

Adicionalmente, UDAPE, institución descentralizada viene realizando una serie de investigaciones y análisis relacionados a la temática de la niñez y adolescencia, particularmente en el área de derechos, evaluaciones de impacto de programas específicos para la niñez, inversión pública para la niñez y adolescencia, así como investigaciones aplicadas a nivel subnacional. Se está trabajando en un análisis de la violencia infantil y la actualización del Índice de Desarrollo Municipal de la Infancia, Niñez y Adolescencia (IDINA). Se cuenta con bases de datos sistematizadas sobre la situación de la niñez y adolescencia.

Tanto el INE como UDAPE, así como otras instituciones públicas que conforman el Comité Interinstitucional para las Metas de Desarrollo del Milenio (CIMDM), con el apoyo de organismos internacionales como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y UNICEF han implementado sistemas de información georeferenciados (DEV INFO) para el análisis de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y datos referentes a la niñez y adolescencia, institucionalizándose la elaboración de informes de progreso anuales del país hacia el logro de las Metas de Desarrollo del Milenio.

El Viceministerio de Género y Asuntos Generacionales (VGAG) ha desarrollado un sistema de información de las Defensorías de la Niñez y Adolescencia, el cual debe consolidarse y adecuarse a nuevas necesidades por la magnitud de los problemas. Asimismo, se han desarrollado sistemas de información para el registro, relevamiento de datos y funciones de instituciones nacionales y extranjeras que trabajan en el país con niños, niñas y adolescentes, así como el sistema de registro y seguimiento de adopciones de niños y niñas.

No obstante, si bien los avances del país son importantes, es necesario consolidar los sistemas de información y asegurar el desarrollo de un sistema integral que permita evaluar la situación de la niñez y adolescencia sin tener que recurrir a varias fuentes de información, asimismo, se debe garantizar que este sistema cuente con financiamiento para su diseño e implementación así como para la continuidad de sus reportes e información. Es fundamental que la información sea ampliamente difundida y sea accesible a toda la población para mejorar la transparencia y vigilancia social de los progresos del país en cuanto a la situación de los niños, niñas y adolescentes.

V. AVANCES EN LAS RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE DERECHOS DEL NIÑO

En enero de 2005, el Comité de los Derechos del Niño, realizó la evaluación de los avances de Bolivia en cuanto al tema⁴⁴, que destaca los progresos en cuanto a normativa legal implementados en el país, sin embargo se manifiesta la preocupación respecto algunas áreas, las mismas que constituyen desafíos para los próximos años.

Las principales recomendaciones se orientan a: promover la reducción de la pobreza estructural y las disparidades en la distribución de ingresos por su incidencia negativa en la aplicación de la CDN, apoyar la atención a niños institucionalizados, realizar esfuerzos para eliminar la explotación económica y sexual y apoyar la aplicación de justicia de menores, promover la armonización de la CDN con la legislación nacional.

Por otra parte se enfatiza en la necesidad de fortalecer la capacidad de las instituciones nacionales para asegurar la adopción de un enfoque intersectorial e integrado en la aplicación de las políticas a favor de la infancia, apoyar al Defensor del Pueblo en temas concretos asociados a los derechos de los niños, promover la implementación de Defensorías de la Niñez en todos los municipios del país, apoyar y promover el diseño e implementación de un Plan Nacional para la Niñez, contribuir a mejorar los sistemas de información, promover mayor asignación de recursos a prioridades de la niñez, particularmente de los grupos más desfavorecidos, promover la difusión de derechos de los niños, apoyar y abogar por la no discriminación de niños indígenas, rurales o discapacitados.

Adicionalmente, se plantean desafíos al país en materia de participación de los niños, ampliar los registros de nacimiento, erradicación de la violencia y maltrato, establecer políticas para la adopción de niños, apoyar la educación y salud de niños y adolescentes, lucha contra el trabajo infantil, la prevención del consumo de drogas, asistencia a niños de la calle y difusión y seguimiento de intervenciones para la niñez.

El actual gobierno se encuentra definiendo el Plan Nacional para la Niñez y Adolescencia (PNNA), para lo cual además del Ministerio de Justicia, se han involucrado a varias instituciones públicas (Ministerios Sectoriales y de Planificación del Desarrollo, Policía Nacional), Defensor del Pueblo, organizaciones y movimientos sociales, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que trabajan con la niñez y, lo más importante, se está involucrando a niños, niñas y adolescentes ya que son los beneficiarios directos del Plan.

Sin embargo, también se han realizado avances sectoriales e institucionales que han posibilitado mejorar la situación de la niñez en Bolivia, sin embargo aún persisten brechas y disparidades en el acceso a servicios sociales y en lo que se refiere a la promoción y ejercicio de derechos.

⁴⁴ Para mayor detalle, ver el documento "Bolivia: Examen del informe de la convención sobre los derechos del niño", Naciones Unidas, febrero 2005.

Se pretende diseñar e implementar un plan integral que considere las diferentes necesidades de los niños de acuerdo al ciclo de vida (infancia, niñez, adolescencia) y que permita la coordinación de acciones no solamente a nivel nacional sino departamental y municipal, fundamentalmente a nivel comunitario, involucrando a las familias como la base para la formación de los niños, niñas y adolescentes.

Para una mayor coordinación de las actividades a favor de la niñez y adolescencia se ha conformado el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, con facultades propositivas, de consulta y evaluación de las políticas y servicios integrales para la niñez y adolescencia en el ámbito nacional, está conformado por representantes del Poder Ejecutivo, de la Iglesia Católica, de las Comisiones Departamentales de la Niñez y Adolescencia y de organizaciones de la sociedad civil con personalidad jurídica y que trabajen en el área de la niñez y adolescencia sin fines de lucro.

Las atribuciones del Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia son las siguientes:

- Proponer estrategias y políticas públicas nacionales de atención a la niñez y adolescencia.
- Realizar el seguimiento y evaluar el cumplimiento de las políticas públicas y servicios nacionales de atención.
- Proponer el establecimiento de partidas presupuestarias para la ejecución de las políticas públicas nacionales dirigidas a la niñez y adolescencia.
- Proponer mecanismos de asistencia técnica y financiera para la organización y funcionamiento de sistemas de atención.
- Elaborar y aprobar su reglamento interno de funcionamiento.
- Convocar a personas o instituciones que estén relacionadas directamente con la prevención, atención o defensa de la niñez y adolescencia para el asesoramiento técnico.

Por otra parte, las Comisiones Departamentales de la Niñez y Adolescencia son instancia propositivas y fiscalizadoras de las políticas y servicios para la niñez y adolescencia en cada departamento. Están conformadas por Consejeros Departamentales y representantes de la sociedad civil que sean delegados de instituciones con personería jurídica relacionadas directamente con actividades de prevención, atención, protección y defensa de la niñez y adolescencia en cada departamento. Sus atribuciones son las siguientes:

- Elaborar el presupuesto departamental para la ejecución de las políticas y sistemas de atención a la niñez y adolescencia del departamento y presentarlo al Consejo Departamental para su aprobación.
- Proponer la atención a las demandas y prioridades de la niñez y adolescencia de la capital, provincias y cantones del departamento.
- Adecuar las políticas nacionales a las necesidades regionales.
- Proponer al Consejo Departamental políticas y estrategias de atención y prevención departamentales y nacionales para que sean elevadas al Consejo Nacional.
- Realizar el monitoreo de políticas, programas y proyectos de atención del departamento.
- Promover la coordinación con los gobiernos municipales y otras instituciones públicas y privadas del área de la niñez y adolescencia de su jurisdicción.

Asimismo, las Comisiones Municipales de la Niñez y Adolescencia están conformadas por representantes de los Concejos Municipales y de la sociedad civil relacionadas con actividades a favor de la niñez y adolescencias en cada municipio. Sus funciones se orientan a formular políticas de protección y defensa para la niñez u adolescencia en su jurisdicción, fiscalizar la ejecución de políticas y programas así como promover actividades de sensibilización para desarrollar una cultura a favor de la niñez y adolescencia.

Por otra parte, se está promoviendo la difusión y cumplimiento de los derechos de todos los niños y niñas bolivianos, a través de intervenciones del Defensor del Pueblo en coordinación con el VGAG, SEDEGES y municipios; que ha desarrollado estrategias con el apoyo de promotores de derechos humanos, fortalecimiento a la creación de Comisiones Municipales de la Niñez en áreas rurales (particularmente en zonas de extrema pobreza) y estrategias contra toda forma de violencia en centros educativos. El trabajo se realiza a nivel comunitario con lo que se promueve un cambio de actitudes, comportamientos y prácticas.

Se ha logrado el compromiso de organismos de cooperación internacional para apoyar las iniciativas orientadas a mejorar las condiciones de salud, educación y protección de los niños, niñas y adolescentes. Existen además convenios bilaterales entre ONGs internacionales (Plan Internacional, Visión Mundial, Defensa de los Niños Internacional, entre algunas) que trabajan localmente en el país y tienen el objetivo de mejorar las condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes.

VI. ALIANZAS PARA LA PARTICIPACIÓN DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

El Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia así como las Comisiones Departamentales y Municipales pueden tener un rol en la promoción de las alianzas para la participación de los niños, niñas y adolescentes en las decisiones que afectan sus vidas, por el hecho de ser instancias en las que participan representantes de instituciones que trabajan directamente con la niñez y adolescencia. Sin embargo, aún no existe formalmente un mecanismo que garantice la participación efectiva.

La participación de los niños y adolescentes es apoyado por varias instituciones nacionales: Ministerio de Justicia (a través del VGAG), Ministerio de Planificación del Desarrollo y Defensor del Pueblo, entre las más importantes.

El proceso de creación de alianzas es apoyado por UNICEF que tiene un rol preponderante como facilitador de los encuentros con organizaciones de niños, niñas y adolescentes, así como por su trabajo directo en municipios, promoviendo la protección integral de la niñez y adolescencia. Se promueve la participación de los niños, en coordinación con ONGs nacionales e internacionales con intervenciones en varias regiones del país. La Plataforma Boliviana por la Niñez y Adolescencia y el Comité Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes son instancias ad hoc en las que se analiza la situación de la niñez en el país.

En el año 2006, a partir de la instauración de la Asamblea Constituyente en el mes de agosto, el gobierno, la sociedad civil, organismos internacionales y movimientos sociales han desarrollado iniciativas para la participación de los niños, niñas y adolescentes en la elaboración de propuestas para ser consideradas en la formulación de la nueva Constitución Política del Estado a ser aprobada en agosto de 2007. Se cuenta con el apoyo de abogados para no solamente consensuar propuestas, canalizar demandas y reclamar derechos, sino para la redacción de artículos correspondientes a la niñez y adolescencia.

Es necesario formalizar y consolidar estos esfuerzos para asegurar la participación de la niñez y adolescencia en decisiones que afectan sus vidas. Al respecto, se debe profundizar el trabajo con organizaciones de niños trabajadores y otros grupos que han sido tradicionalmente excluidos.

VII. LECCIONES APRENDIDAS Y DESAFÍOS

Las políticas para la niñez y adolescencia en Bolivia no son nuevas. Desde mediados de la década de los años noventa se ha trabajado en planes decenales y sectoriales que han permitido lograr un relativo mejoramiento de las condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, muchos de los esfuerzos han sido fragmentados perdiendo el carácter integral e intersectorial de la atención de la niñez y adolescencia.

Las intervenciones se han concentrado fundamentalmente en temas asociados a la oferta de servicios por sectores y no han tomado en cuenta la necesidad de llegar directamente a las familias, comunidades y fundamentalmente a los niños, los cuales se han considerados como sujetos de asistencialismo y no como actores de su propio desarrollo, capaces de incidir en las políticas que afectan sus vidas, crecimiento y, en última instancia, el destino del país.

Las políticas de desarrollo integral temprano para niños y niñas menores de 6 años no han logrado consolidarse como políticas de Estado, los esfuerzos no han sido suficientes para lograr la atención de todos los niños, considerando que esta etapa del desarrollo es fundamental para la formación de adultos saludables, capacitados para enfrentar situaciones cada vez más competitivas y para erradicar la pobreza del país.

La exclusión y pobreza de un importante número de niños, niñas y adolescentes que habitan en áreas rurales y son indígenas es una situación que debe superarse en el plazo más breve posible, solamente de esta manera se logrará igualar las oportunidades y eliminar brechas. La situación de las familias es otro aspecto que debe considerarse, la crisis económica y social que ha enfrentado Bolivia en los últimos años ha incrementado la vulnerabilidad de la niñez y adolescencia, muchas familias se han desintegrado como consecuencia de la migración, dejando a los niños abandonados y desprotegidos.

La creación de oportunidades económicas para que la población pueda contar con ingresos dignos y estables, reduciendo la pobreza y asegurando un mejor entorno para el crecimiento y desarrollo de los niños es una tarea fundamental del Estado Boliviano. En este sentido, la implementación del PND, particularmente en el eje Bolivia Digna, constituirá un factor fundamental para asegurar mejores días para la niñez y adolescencia.

La protección social planteada por el gobierno, a través de un esquema comunitario a partir de intervenciones focalizadas y que permitan eliminar las causas estructurales de la pobreza, será fundamental para el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes. Los Programas Comunidades en Acción para el área rural y Reciprocidad para áreas urbano marginales tienen el objeto de crear capacidades en comunidades y poblaciones con mayor pobreza y vulnerabilidad apoyando la generación de ingresos y acceso a servicios sociales, revalorizando sus derechos fundamentales e implementando estrategias sostenibles de solidaridad y redistribución del ingreso, desarrollando potencialidades comunitarias y promoviendo inclusión social. También se plantea, a nivel nacional, la implementación del Programa Comunidades Solidarias, dirigido a niños de la calle, ancianos, discapacitados y otros grupos vulnerables para promover sus derechos y mejores condiciones de vida.

El desafío más importante para los próximos años se sintetiza en la implementación del PNNA desde las comunidades, revalorizando el rol de la familia como promotora de la autoestima y valoración de los niños, niñas y adolescentes. Este Plan requerirá la amplia participación del gobierno central, prefecturas, municipios y comunidades, así como el apoyo de la cooperación internacional e instituciones privadas, movimientos sociales y grupos de niños, niñas y adolescentes, fomentando la necesidad de profundizar el conocimiento de los derechos humanos así como su exigibilidad.

Como primer paso para lograr este objetivo debe efectuarse la difusión y consenso del PNNA entre diversos actores involucrados en la temática de la niñez y adolescencia.

En salud y educación, las tareas más importantes se refieren a la universalización del acceso a servicios principalmente de salud preventiva, que son costo-efectivos y tienen mayor impacto en la mejora de las condiciones de salud de la población. Se plantea el fortalecimiento del primer nivel de atención así como el mejoramiento de su capacidad resolutive. En educación, el desafío más relevante es, además de garantizar

el acceso y permanencia universalizar en primaria, elaborar planes y programas para la educación secundaria, en la perspectiva de dar respuesta a las necesidades laborales de los jóvenes, las que se orientan no solamente a bachillerato humanístico sino también a formación técnica para que puedan insertarse con mayores y mejores oportunidades en el mercado laboral.

La violencia es un tema que debe abordarse desde la prevención, el hecho de crecer en un entorno de maltrato y falta de afectividad, ocasiona que los niños reproduzcan la violencia en su vida adulta, con consecuencias negativas en sus vidas. El respeto a la vida, el derecho a tener una familia, las relaciones afectivas de los padres y el reconocimiento como sujetos de derechos promoverá que los niños, niñas y adolescentes tengan un mundo apropiado para su desarrollo y crecimiento, lo que asegurará un mejor presente y futuro para Bolivia.

VIII. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Coordinadora de la Mujer, Defensor del Pueblo, UNICEF y otros, "Rompiendo silencios: Una aproximación a la violencia sexual y al maltrato infantil en Bolivia", La Paz, Bolivia, 2005.
- Gaceta Oficial de Bolivia, "Código del Niño, Niña y Adolescente, Ley 2026" y "Decreto Supremo N° 26086, Reglamento del Código del Niño, Niña y Adolescente", La Paz, Bolivia 1999 y 2001.
- INE-UNICEF, "Trabajo Infantil en Bolivia: Características y condiciones, Una realidad que no les corresponde", La Paz, Bolivia, 2004.
- INE, varios documentos y estadísticas de la página WEB www.ine.gov.bo.
- Ministerio de Educación, "La Educación en Bolivia: Indicadores, cifras y resultados", La Paz, Bolivia, 2004
- Ministerio de Educación y Culturas, "Nueva Ley de la Educación Boliviana Avelino Siñani y Elizardo Pérez", Anteproyecto de Ley, La Paz, Bolivia, 2006.
- Ministerio de Salud y Deportes, varios documentos y estadísticas de la página WEB www.sns.gov.bo.
- Ministerio de Educación y Culturas, varios documentos y estadísticas de la página WEB www.minedu.gov.bo.
- Ministerio de Planificación del Desarrollo, "Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Productiva, Soberana y democrática para Vivir Bien 2006-2011", La Paz, Bolivia, 2006.
- NN. UU, "Convención de los Derechos del Niño", 1989.
- NN.UU, "Bolivia. Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño sobre la CDN", Nueva York, EE.UU, 2005.
- PMA, "Evaluación estadística de Centros PAN y Centros NDC", La Paz, Bolivia, 2006.
- PNUD, "Niños, Niñas y Adolescentes: 4 millones de actores del desarrollo", Informe temático de Desarrollo Humano, La Paz, Bolivia, 2004.
- UDAPE-UNICEF, "Bolivia: Equidad y Derechos de la Niñez, Índice Municipal de Desarrollo de la Infancia, Niñez y Adolescencia (IDINA)", La Paz, Bolivia, 2005.
- UDAPE-UNICEF, "Bolivia: Gasto social funcional y gasto social para la niñez 2000-2004", La Paz, Bolivia, 2006.
- UDAPE-UNICEF, "Bolivia: Evaluación del Impacto de los seguros de maternidad y niñez 1989-2003", La Paz, Bolivia, 2006.
- UDAPE-UNICEF, "Segundo Informe IDINA", versión preliminar no publicada, La Paz, Bolivia, 2006.

- UDAPE-CIMDM, "Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Asociados al Desarrollo Humano, Bolivia 2006, Cuarto Informe", La Paz, Bolivia, 2006.
- UDAPE, NN.UU y otros, "Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio", La Paz, Bolivia, 2006.
- UDAPE, varios documentos y estadísticas de la página WEB www.udape.gov.bo.
- UNICEF, "A World fit for the Children", Millennium Development Goals, Nueva York-EE.UU, 2002.
- UNICEF-OIT, "Caña dulce, vida amarga", La Paz, Bolivia, 2004.
- UNICEF-OIT, "La niñez clausurada", La Paz, Bolivia, 2005.

ANEXO 1
BOLIVIA Y OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Objetivos	Metas	Indicadores Seleccionados (1)	Observado		Proyección 2015	Meta 2015	Cumplimiento
			1990	Año más reciente			
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. 1.2 Reducir a la mitad la proporción de población que sufre hambre, entre 1990 y 2015.	1. Incidencia de pobreza extrema (5 de población).	41.2 (1996)	38.2 (2005)	22.3	24.1	Probable (2)
		2. Prevalencia de desnutrición en menores de 3 años (%).	38.3 (1989)	24.2 (2003)	0	19.0	Probable
2. Alcanzar la educación primaria universal	2.1 Asegurar que tanto niños como niñas puedan concluir el ciclo de educación primaria para 2015.	1. Cobertura neta a octavo de primaria (%).	n.d	94.0 (2005)	95.4	100	Probable
		2. Tasa de término bruta a octavo de primaria (%).	55.4 (1992)	77.8 (2005)	90.0	100	Probable
		3. Tasa de analfabetismo de 15 a 44 años	n.d	5.1 (2004)	2.2	0	Probable
3. Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer	3.1 Eliminar la disparidad de género en la educación primaria y secundaria preferentemente para 2005 y en todos los niveles de educación no más tarde de 2015.	1. Brecha de género en la tasa de término a octavo de primaria.	6.6 (1992)	0.3 (2005)	0.0	0	Probable
		2. Brecha de género en la tasa de término bruta de cuarto de secundaria.	3.4 (1992)	-0.4 (2005)	0	0	Probable
		3. Brecha de género en la tasa de analfabetismo de 15 a 44 años.	n.d	5.0 (2004)	2.2	0	Probable
		4. Proporción de mujeres en empleo remunerado en el sector no agrícola	n.d	32.0 (2005)	50	50	Probable
4. Reducir la mortalidad de los niños	4.1 Reducir en 2/3 la tasa de mortalidad de la niñez entre 1990 y 2015.	1. Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos.	89 (1989)	54 (2003)	30	30	Probable
		2. Cobertura de vacuna pentavalente en menores de un año (%).	68 (1994)	84.5 (2005)	85	95	Probable

(1) Corresponden a indicadores seleccionados para Bolivia.

(2) Las metas del Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Soberana, Productiva, Solidaria y Democrática para Vivir Bien plantean superar la meta y lograr un 22% con las nuevas políticas y estrategias.

ANEXO 1 (Continuación)

Objetivos	Metas	Indicadores Seleccionados (1)	Observado		Proyección 2015	Meta 2015	Cumplimiento
			1990	Año más reciente			
5. Mejorar la salud materna	5.1 Reducir en ¼ la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015.	1. Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.	416 (1989)	229 (2003)	104	104	Probable
		2. Cobertura de partos institucionales (%).	27 (1995)	61.9 (2005)	70	70	Probable
6. Combatir el VIH-SIDA, Malaria y otras enfermedades	6.1 Haber detenido en 2015 e iniciado la reversión de la expansión del SIDA.	1. Prevalencia de casos de SIDA por millón de habitantes.	1.8 (1990)	19.3 (2005)	13	13	Probable
	6.2 Haber detenido en 2015 e iniciado la reversión de la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes.	2. Porcentaje de municipios con una tasa de infestación de chagas mayor a 3%.	n.d	19 (2005)	0	0	Probable
		3. Índice de Parasitosis Anual de Malaria (IPA) por mil habitantes.	7.5 (1990)	5.5 (2005)	2.0	2.0	Poco probable
		4. Porcentaje de pacientes curados de tuberculosis respecto al total de pacientes evaluados.	52.6 (1995)	78.7 (2005)	85	95	Probable
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	7.1 Disminuir a la mitad la proporción de población sin acceso sostenible a agua potable y segura.	1. Cobertura de agua potable a nivel nacional (% de población).	57.5 (1992)	71.7 (2005)	82	78.5	Probable
		2. Cobertura de saneamiento básico a nivel nacional (% de población).	28 (1992)	43.5 (2005)	65	64	Probable
	7.2 Haber mejorado considerablemente para 2020 la vida de al menos 100 millones de habitantes de tugurios.	3. Proporción de superficie cubierta por bosques.	n.d	47.5 (2005)	47.5	47.5	Probable
		4. Proporción de superficie de áreas protegidas nacionales.	n.d	17.2 (2005)	17.3	17.3	Probable
		5. Consumo de clorofluorocarbono (cfc) TM pao	n.d	30.8 (2005)	0.0	0.0	Probable

ANEXO 1 (Continuación)

Objetivos	Metas	Indicadores Seleccionados (1)	Observado		Proyección 2015	Meta 2015	Cumplimiento
			1990	Año más reciente			
8. Implementar alianzas globales para el desarrollo	8.1 Desarrollar más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	8.2 Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	8.3 Abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de que la deuda sea sostenible a largo plazo.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	8.4 En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

(1) Corresponden a indicadores seleccionados para Bolivia.

Fuente: "Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Asociados al Desarrollo Humano, Cuarto Informe, Bolivia 2006", UDAPE-CIMDM, 2006.