

Sistemas de protección social

en **América Latina
y el Caribe**

**Estado
Plurinacional
de Bolivia**

Javier Monterrey Arce



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Documento de proyecto

Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Estado Plurinacional de Bolivia

Javier Monterrey Arce



NACIONES UNIDAS



Este documento fue elaborado por Javier Monterrey Arce, consultor de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y forma parte de la serie de estudios “Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe”, editados por Simone Cecchini, Oficial de Asuntos Sociales, y Claudia Robles, consultora de la misma división. El documento contó también con el apoyo editorial de Luna Gámez, consultora.

El documento se enmarca en las actividades de los proyectos “Strengthening social protection” (ROA/149-7) y “Strengthening regional knowledge networks to promote the effective implementation of the United Nations development agenda and to assess progress” (ROA 161-7), financiados por la Cuenta de Naciones Unidas para el Desarrollo.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial formal, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la organización.

Índice

Prólogo	5
I. Introducción: protección social en el Estado Plurinacional de Bolivia	7
II. Estado Plurinacional de Bolivia: principales indicadores económicos, de pobreza y gasto social	11
A. Indicadores macroeconómicos	11
B. Indicadores de empleo	12
C. Pobreza y desigualdad	12
D. Gasto social	13
III. Estructura del sistema de protección y promoción social en el Estado Plurinacional de Bolivia: intervenciones sectoriales	15
A. Políticas de protección social contributivas: pensiones y seguros de salud	15
1. Cobertura de la seguridad social	16
B. Pensiones sociales no contributivas en el Estado Plurinacional de Bolivia	18
C. Otras transferencias monetarias no contributivas del Estado Plurinacional de Bolivia	19
1. El Bono Juancito Pinto	19
2. Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy de Padilla”	20
D. El sector de la salud en el Estado Plurinacional de Bolivia	21
1. Seguros SUMI y SSPAM y el programa Extensa	22
2. Cobertura e impacto redistributivo del sistema de salud	23
E. El sector educativo en el Estado Plurinacional de Bolivia	27
F. Vivienda y servicios básicos	30
IV. Conclusiones	31
Bibliografía	33
Índice de cuadros	
CUADRO 1 INDICADORES DE DESIGUALDAD DE INGRESOS, 2007	12
CUADRO 2 INDICADORES DE SEGURIDAD SOCIAL, 2007	16
CUADRO 3 PAGOS DEL BONO JUANA AZURDUY, 2009	20
CUADRO 4 ATENCIÓN DE SALUD SEGÚN COBERTURA DEL SEGURO, 2007	24
CUADRO 5 INDICADORES DE LA COBERTURA DE LA SALUD PÚBLICA, 2000-2008	26

CUADRO 6	INDICADORES DE ATENCIÓN DE SALUD, 2007	26
CUADRO 7	INDICADORES DE EDUCACIÓN PÚBLICA, 2000 Y 2007	27
CUADRO 8	INDICADORES DE LOGROS EDUCATIVOS SEGÚN ETNIA, 2007	28
CUADRO 9	TASAS NETAS DE MATRICULACIÓN SEGÚN QUINTIL DE INGRESO, 2007	29
CUADRO 10	INDICADORES DE VIVIENDA Y SERVICIOS BÁSICOS, 2007	30

Índice de gráficos

GRÁFICO 1	GASTO SOCIAL PÚBLICO, 2000-2006	13
GRÁFICO 2	COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR QUINTIL DE INGRESOS, 2007	17
GRÁFICO 3	SEGURIDAD SOCIAL E INFORMALIDAD LABORAL, 2007	17
GRÁFICO 4	A QUIÉNES BENEFICIA LA RENTA DIGNIDAD? 2007	18
GRÁFICO 5	COBERTURA DEL BONO JUANCITO PINTO, SEGÚN DECIL DE INGRESOS Y ÁREA GEOGRÁFICA, 2007	19
GRÁFICO 6	COBERTURA DEL BONO JUANA AZURDUY, SEGÚN DECIL DE INGRESOS Y ÁREA GEOGRÁFICA, 2007	21
GRÁFICO 7	COBERTURA DE LOS SERVICIOS SEGÚN SUBSECTOR, 2007	22
GRÁFICO 8	COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD POR QUINTIL DE INGRESOS, 2007	24
GRÁFICO 9	COBERTURA DEL SUMI, SEGÚN DECIL DE INGRESOS Y ÁREA GEOGRÁFICA, 2007	25
GRÁFICO 10	COBERTURA DE ATENCIÓN DE SALUD EN PARTOS, SEGÚN DECIL DE INGRESOS, ESTABLECIMIENTO PÚBLICO O PRIVADO Y ÁREA GEOGRÁFICA, 2007	25
GRÁFICO 11	COBERTURA DE LA EDUCACIÓN PÚBLICA Y PRIVADA, POR DECILES DE INGRESO Y ÁREA GEOGRÁFICA, 2007	29

Prólogo

Simone Cecchini
Claudia Robles

Este informe es parte de una serie de estudios de caso nacionales cuyo propósito es difundir el conocimiento sobre la situación actual de los sistemas de protección social en los países de América Latina y el Caribe, así como discutir los principales desafíos en este ámbito en términos de la realización de los derechos económicos y sociales de la población y el logro de los objetivos de desarrollo claves, tales como la superación de la pobreza y el hambre.

Considerando que, en el año 2011, 174 millones de latinoamericanos vivían en la pobreza —73 millones de los cuales en la pobreza extrema— y que la región sigue caracterizándose por una distribución del ingreso muy desigual (CEPAL, 2012), los estudios se centran especialmente en la inclusión de la población pobre y vulnerable a los sistemas de protección social, así como en el impacto distributivo de las políticas de protección social.

La protección social ha surgido en años recientes como un eje conceptual que pretende integrar una variedad de medidas orientadas a construir sociedades más justas e inclusivas, y a garantizar niveles mínimos de vida para todos. Si bien la protección social puede estar orientada a atender necesidades particulares de determinados grupos de población —como personas que viven en la pobreza o en la extrema pobreza y grupos en mayor vulnerabilidad como los pueblos indígenas—, debe estar disponible para el conjunto de la ciudadanía. En particular, la protección social se considera un mecanismo fundamental para contribuir a la plena realización de los derechos económicos y sociales de la población, reconocidos en una serie de instrumentos legales nacionales e internacionales, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948 y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Estos instrumentos normativos reconocen los derechos a la seguridad social, el trabajo y la protección de niveles de vida adecuados para los individuos y las familias, así como el disfrute del mayor bienestar físico y mental y la educación.

La responsabilidad de garantizar estos derechos recae principalmente sobre el Estado, que debe jugar un papel primordial en la protección social —para que ésta sea interpretada como un derecho y no un privilegio—, en colaboración con tres otros grandes actores: las familias, el mercado y las organizaciones sociales y comunitarias. Con diferencias que responden a su historia y estadio de

desarrollo, varios países de América Latina y el Caribe han adoptado algunas de las medidas más innovadoras, entre los países en vías de desarrollo, para establecer estas garantías, mediante la implementación de diferentes tipos de transferencias —que incluyen los programas de transferencias condicionadas y las pensiones sociales— y la extensión de la protección en salud. Sin embargo, uno de los desafíos más serios que enfrentan los países de la región es integrar las distintas iniciativas en sistemas de protección social que aseguren la coordinación de varios programas, así como de las instituciones del Estado que están a cargo de su diseño, financiación, implementación, regulación, monitoreo y evaluación, a fin de lograr efectos positivos en las condiciones de vida de la población (Cecchini y Martínez, 2011).

La protección social es parte central de la política social, pero presenta características distintivas en cuanto a los problemas sociales que atiende. Por lo tanto, no cubre todas las áreas de la política social, sino que es uno de sus componentes, junto con las políticas sectoriales —tales como la salud, la educación o la vivienda— y las políticas de promoción social —tales como la capacitación, la intermediación laboral, la promoción de nuevos emprendimientos, el financiamiento y la asistencia técnica para micro y pequeñas empresas. Mientras que las políticas sectoriales se hacen cargo de la provisión de servicios sociales que buscan fortalecer el desarrollo humano, y las políticas de promoción se orientan al reforzamiento de capacidades que mejoran la generación autónoma de ingresos por parte de la población, la protección social busca asegurar un nivel básico de bienestar económico y social a todos los miembros de la sociedad. En particular, la protección social debiera garantizar un nivel de bienestar suficiente que posibilite sostener niveles de calidad de vida considerados básicos para el desarrollo de las personas; facilitar el acceso a los servicios sociales y fomentar el trabajo decente (Cecchini y Martínez, 2011).

En consecuencia, los estudios de caso nacionales caracterizan dos de los pilares de los sistemas de protección social: el pilar no contributivo (tradicionalmente conocido como “asistencia social”, y que puede incluir tanto medidas universales como focalizadas) y el contributivo (o “seguridad social”). Los estudios de caso discuten también las políticas de empleo y las políticas sectoriales de educación, salud y vivienda, dado que su comprensión es necesaria para analizar los desafíos de acceso que enfrenta la población en cada país.

Asimismo, los estudios de casos incluyen un breve panorama de las tendencias socio-económicas y de desarrollo, con un particular énfasis en la pobreza y la desigualdad. En relación con ello, queremos destacar que las estadísticas presentadas en los estudios de casos —sean relacionadas con la pobreza, la desigualdad, el empleo o el gasto social— no corresponden necesariamente a los datos oficiales validados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

I. Introducción: protección social en el Estado Plurinacional de Bolivia ¹

La pobreza afecta cerca de 5,5 millones de personas en el Estado Plurinacional de Bolivia, por tanto, las políticas de reducción de la pobreza han adquirido extrema relevancia en el país en la últimas dos décadas.

Las políticas de protección social en el Estado Plurinacional de Bolivia —entendidas como el grupo de políticas que buscan gestionar los riesgos entre los grupos vulnerables— han experimentado transformaciones relevantes desde los noventa en adelante. Este documento analiza el diseño y la cobertura de estas políticas, evaluando si logran beneficiar a los grupos más pobres de la población. Se brinda una atención especial a los programas de transferencias monetaria, que son el principal componente del sistema de protección social en el país. En base a estos análisis, queda claro que uno de los principales desafíos para el devenir de estas políticas es la identificación apropiada de los grupos vulnerables para lograr una focalización de las políticas más precisa.

Un breve resumen de la evolución de las políticas de protección social en el Estado Plurinacional de Bolivia muestra los tres principales enfoques desarrollados entre 1991 y 2009.

Entre 1991 y 2001, se implementaron las reformas en las áreas de educación, salud, pensiones, descentralización del Estado y privatización de las empresas estatales. Las reformas establecieron las bases para una creciente inversión social y el consecuente incremento en la cobertura y acceso a la educación, la salud y los servicios de saneamiento básico. Como resultado, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (INE) y en base al método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), entre 1992 y 2001, la pobreza disminuyó del 70,9% al 58,6%. El enfoque de protección social durante este período consta de cuatro componentes:

- i) Políticas destinadas a universalizar el acceso a los servicios públicos, que formaban parte de las acciones para reducir la pobreza y eran elementos clave en las estrategias de protección social. Como parte de estas políticas, en 1991 se creó el Fondo de Inversión Social (FIS), cuyo objetivo fue mejorar la cobertura y calidad de la entrega de servicios de salud, educación y suministro de agua y saneamiento, prioritariamente en las zonas rurales donde hay pobreza.

¹ Este documento se basa en el estudio del año 2009 “Bolivia: matriz de protección social”, no publicado. Los datos pueden no coincidir con los publicados por la CEPAL.

- ii) El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez entró en vigencia en 1996 mediante el Decreto Supremo 24303. Brindó atención médica a madres y niños menores de cinco años, cubriendo 32 servicios, incluyendo atención al parto, emergencias obstétricas, servicio de pediatría para atención de diarrea e infecciones respiratorias. En 1998 se modifica el seguro bajo el nombre de Seguro Básico de Salud, ampliando la cobertura a 92 servicios, entre los que destacan el transporte por emergencias, el cuidado del recién nacido, la vigilancia al estado nutricional, la vacunación y cuidado de enfermedades infecciosas infantiles.
- iii) Implementación de un sistema de seguridad social de capitalización individual, a través de la reforma de pensiones puesta en marcha en 1996, que sustituyó al tradicional sistema de reparto. Consiste en dirigir los aportes hacia cuentas individuales para ser administradas por instituciones financieras privadas.
- iv) El bono universal para los adultos mayores creado en 1997 como consecuencia de la reforma de pensiones y capitalización, con el nombre de Bono Solidario (Bonosol). Consiste en una transferencia monetaria otorgada a las personas a partir de los 65 años de edad, equivalente a un pago anual de Bs 1.300 (247 dólares). Según el diseño original, el Bonosol se financiaba con la rentabilidad del Fondo Común de Capitalización, constituido por el valor de acciones de las empresas capitalizadas. Este bono cambió de monto y de nombre, e incluso se interrumpió el pago en 1998, 1999 y 2000.

En el período 2002–2004, la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP) fue implementada como directriz de las políticas sociales nacionales. Uno de los cuatro componentes estratégicos fue “incrementar la seguridad y protección de los pobres”, dejando establecida la importancia de políticas de protección social. Además, en 2004, se creó la Red de Protección Social (RPS) con el propósito de ejecutar programas y proyectos en beneficio de la población más pobre y contribuir a la coordinación y financiamiento de programas ejecutados por entidades gubernamentales y no gubernamentales. Este esquema de protección social constaba de tres componentes principales:

- i) Seguro de salud para provisión de servicios de cuidados maternos e infantiles. A fines de 2002 entra en vigencia el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), en sustitución del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez. El SUMI fue diseñado para brindar atención de 547 servicios para los niños hasta los cinco años de edad. También incluía paquetes de salud reproductiva, planificación familiar y programas de detección del cáncer cérvico-uterino.
- ii) Política de generación de empleo temporal. El Plan Nacional de Empleo de Emergencia (PLANE) fue un programa implementado entre 2001 y 2006, y estuvo financiado íntegramente con recursos de cooperación externa. El objetivo del PLANE fue reducir el impacto de la disminución de ingresos por la pérdida de empleo en la población más pobre del país, a través de la creación de empleo temporal masivo en áreas urbanas y rurales.
- iii) Infraestructura social para neutralizar tensiones políticas mediante el Programa contra la Pobreza y Apoyo a la Inversión Social (PROPAIS). El objetivo era financiar pequeños proyectos de infraestructura y equipamiento comunitario, creando empleo en los municipios más pobres del país.

Por último, durante el período 2005–2009, la protección social incluyó la implementación de nuevos programas de transferencias monetarias, dirigidas a los grupos poblacionales más vulnerables. Todas las transferencias se financian con recursos propios, provenientes del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH), creado a través de la nacionalización de los hidrocarburos. Los tres principales componentes de la protección social durante este período son los siguientes:

- i) Implementación de nuevas transferencias monetarias. La primera transferencia, de carácter condicional, fue implementada en octubre de 2006 con el nombre de Bono Juancito Pinto, que es un pago en efectivo como incentivo a la permanencia escolar en el nivel primario para estudiantes de la educación pública. La segunda transferencia, de

carácter universal, fue implementada en febrero de 2008 con el nombre de Renta Dignidad, y consiste en un pago vitalicio a las personas adultas mayores de 60 años. La tercera transferencia, de carácter condicional, fue implementada desde mayo de 2009 con el nombre de Bono Madre Niño-Niña o Bono Juana Azurduy y es un incentivo para el uso de servicios de salud materna e infantil.

- ii) Mejoramiento de las condiciones de inserción de los jóvenes al mercado laboral formal urbano, mediante el programa “Mi Primer Empleo Digno”. Este programa fue creado en septiembre de 2007 y se destina a jóvenes entre 18 y 24 años. El programa consiste en brindar capacitación durante tres meses y posteriormente se realizan pasantías en empresas privadas. Para incentivar la permanencia en el programa hasta su culminación, se brinda un estipendio durante los tres meses de capacitación y una remuneración mensual de Bs 550 (equivalente a 79 dólares). La remuneración para el período de pasantía es pagada tanto por la empresa (45% de la transferencia) como por el programa (55% de la transferencia).
- iii) Acceso universal a la vivienda propia, mediante el Plan de Vivienda Social y Solidaria, creado en 2006 por el Decreto Supremo 28794. Este plan tiene el propósito de construir viviendas en las localidades con mayor incidencia de pobreza extrema. Entregan financiamiento para la auto-construcción de viviendas particulares, ofreciendo un salario a los futuros propietarios durante el tiempo de la construcción.

Además, bajo la presidencia de Evo Morales (2006-presente) se creó la Red de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario (RPS-DIC) (Loza, 2007)². Este plan pretende coordinar las políticas de protección social a través de la inversión en el desarrollo del capital humano para suavizar los impactos negativos que causan los eventos económicos inesperados sobre los ingresos y las condiciones de vida de los grupos más vulnerables, fortaleciendo las capacidades de los hogares para prevenir la pobreza y los futuros riesgos. Por lo tanto, la RPS-DIC desarrolla los conceptos de gestión de riesgo y pretende romper con la reproducción intergeneracional de la pobreza. Se centra principalmente en el desarrollo del capital humano infantil, juvenil y materno, especialmente para mejorar sus condiciones de nutrición, salud y educación, así como para actuar sobre los pilares de la pobreza. No obstante, esta estrategia carece de una identificación concreta de los grupos vulnerables que se cubrirán y hasta qué punto las políticas de protección social pueden diferir de la inversión común en infraestructura, salud y educación.

En la siguiente sección se hace una revisión de las principales tendencias de la economía, pobreza y gasto social experimentadas en el país. La tercera sección analiza las principales políticas sectoriales implementadas en áreas clave de protección social, incluyendo salud, educación, seguridad social, vivienda y saneamiento, transferencias monetarias y otras políticas de mitigación de riesgos. Por último, el documento cierra con la discusión sobre los principales logros alcanzados y los retos del sistema de protección social nacional.

² El Ministerio de Planificación del Desarrollo creó el Plan Vida para apoyar las políticas de protección social en el país.

II. Estado Plurinacional de Bolivia: principales indicadores económicos, de pobreza y gasto social

A. Indicadores macroeconómicos

La economía boliviana es abierta y pequeña, con una estructura productiva poco variable y basada principalmente en la extracción de materias primas como hidrocarburos y minerales³. De este modo, los principales productos exportados son el gas natural, zinc, plata y soja: el valor total de la exportación de estos productos representó el 70,6% del total de las exportaciones en 2008.

Desde 2000, la economía boliviana ha experimentado un crecimiento constante, con unas tasas de crecimiento medio del 3% del PIB hasta 2005 y del 5% entre 2006 y 2008. El crecimiento se debió al aumento de los precios internacionales de los minerales e hidrocarburos y a la reforma fiscal de los hidrocarburos implementada en el país. Entre 2000 y 2008, el valor de la exportaciones de minerales aumentó seis veces, de 260 millones de dólares a 1.518 millones, mientras que el valor de las exportaciones de hidrocarburos aumentó 22 veces, pasó de 158 millones a 3.469 millones. Esto se tradujo en condiciones fiscales e internacionales favorables, con excesos fiscales y comerciales y acumulación de reservas internacionales. De este modo, mientras que en 2000 el déficit comercial era del 4% del PIB, en 2008 esta situación se revirtió y había un excedente del 1,3% del PIB.

Como parte de la reforma fiscal de hidrocarburos (que creó el IDH), los recursos del sector público aumentaron substancialmente y se convirtieron en la principal fuente de financiamiento —particularmente, programas de transferencias condicionadas y transferencias para los gobiernos sub nacionales. En 2008, el IDH recolectó 949 millones de dólares, lo que equivale al 34% del financiamiento del sector público no financiero. Por tanto, mientras que en 2000 el déficit público global era del -3,7% del PIB, en 2008 éste presentaba un excedente del 3,2%. Asimismo, el gasto público se dobló entre 2000 y 2008. Además del aumento de la base impositiva, el crecimiento también se explica gracias a los altos volúmenes de gas que se vendieron a Brasil y Argentina en un contexto de precios del gas más favorables y un mayor dinamismo del comercio internacional.

³ El análisis insumo-producto evidencia que desde 1990 no se han producido cambios en la estructura productiva del país.

Entre 2007 y 2008, el impacto de La Niña y el aumento mundial de los precios de los alimentos provocaron que los precios internacionales –especialmente los de los alimentos- aumentasen significativamente. Por tanto, en 2007, la inflación acumulada durante 12 meses era del 11,7% y en 2008 del 11,8%, el triple de la inflación media durante el período 2000-2005. Como consecuencia de esta tendencia, el gobierno eliminó los impuestos a las importaciones de alimentos y prohibió la venta de productos escasos.

B. Indicadores de empleo

El desempleo abierto en las áreas urbanas ha sido variable: entre 1991 y 2001, la tasa de desempleo abierto aumentó y posteriormente, entre 2002 y 2007, disminuyó al 7,7%. Además, un alto porcentaje de la población ocupada trabaja en el mercado laboral informal. En las áreas urbanas, el 71% de la población ocupada con 15 años y más trabaja en el sector informal. De acuerdo con las estadísticas del Ministerio de Trabajo, en 2008 el 57% de las empresas eran micro empresas y el 35% eran pequeñas empresas, lo que explica la relevancia del empleo informal dentro de unidades económicas de pequeña escala. El salario nominal medio presenta diferencias significativas entre los salarios del sector público y privado, de acuerdo al Ministerio de Trabajo. En 2006, el salario medio del sector público representaba el 61% del salario privado.

C. Pobreza y desigualdad

Si bien el Estado Plurinacional de Bolivia experimenta una estabilidad macroeconómica y un crecimiento económico, la pobreza monetaria ha permanecido bastante estable en los años. En 2007, 5,5 millones de personas vivían en la pobreza monetaria en el país, lo que equivale al 55% de la población total. En las áreas rurales, el 76% de la población era pobre, y en las áreas urbanas el 45%. Más de la mitad de los bolivianos (52%) que viven en situación de pobreza residen en áreas urbanas, y el 48% en áreas rurales.

Analizando la distribución de ingresos según el área de residencia, emergen diferencias significativas: entre todos los quintiles de ingreso, en 2007 la población que vivía en áreas urbanas presentó mayores ingresos que la que vivía en áreas rurales. De igual forma, la desigualdad entre la población que vive en las áreas rurales era considerablemente más alta que la de la población urbana (véase el cuadro 1).

CUADRO 1
INDICADORES DE DESIGUALDAD DE INGRESOS, 2007

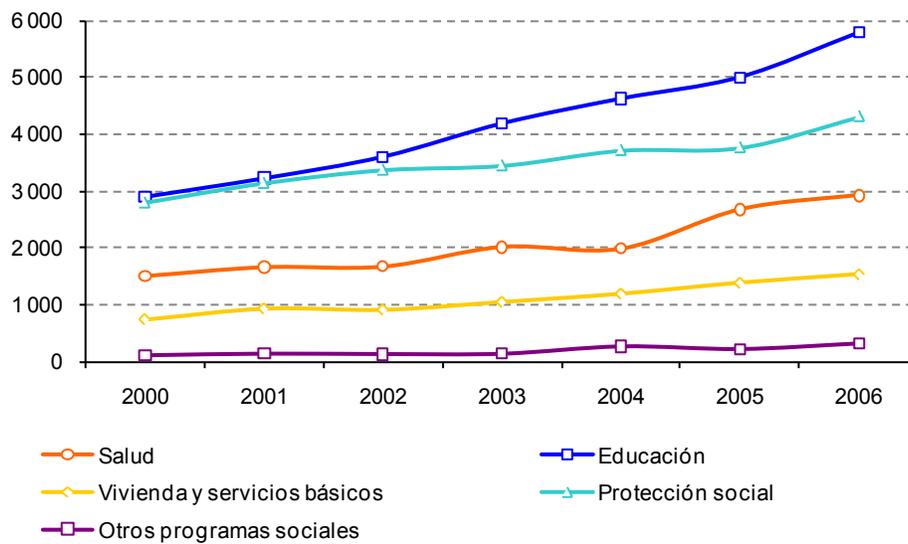
Indicador	Urbano	Rural	Nacional
Índice de Gini	0,506	0,599	0,568
Índice de entropía generalizada (EG)			
EG (0)	0,444	0,794	0,684
EG (1)	0,494	0,694	0,622
EG (2)	0,902	1,425	1,175

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas de Hogares.

D. Gasto social

Entre 2000 y 2006, el gasto social aumentó, especialmente en educación y salud (véase el gráfico 1). Sin embargo, debido a la tensión y la inestabilidad política experimentada en el país, el gasto social creció a pasos lentos entre 2003 y 2005. Desde 2006 en adelante, el gasto social retomó a un crecimiento fuerte, gracias a las buenas condiciones económicas y a la entrada de fondos en el sector público (véase el apartado II.A). En 2006, la principal área de gasto social fue la educación, que representó el 39% del gasto total, seguida por la protección social (29%), cuyo componente principal es la seguridad social.

GRÁFICO 1
GASTO SOCIAL PÚBLICO, 2000-2006
(En millones de bolivianos)



Fuente: Elaboración propia.

III. Estructura del sistema de protección y promoción social en el Estado Plurinacional de Bolivia: intervenciones sectoriales

A. Políticas de protección social contributivas: pensiones y seguros de salud

La seguridad social boliviana no incluye un seguro de desempleo, aunque sí incluye un seguro de salud y pensiones para los trabajadores y sus dependientes. El sistema de seguridad social está compuesto por el Seguro Social Obligatorio (SSO) de corto plazo y el Seguro Social de Largo Plazo.

El seguro social de corto plazo gestiona las contingencias inmediatas de salud, vida y trabajo, incluyendo enfermedades comunes, maternidad y riesgos profesionales. Las prestaciones del seguro de corto plazo son servicios (atención médica en caso de enfermedad del asegurado y de sus beneficiarios), transferencias en especie (medicamentos, alojamiento hospitalario o alimentos lácteos como suplemento alimenticio para las embarazadas) y monetarias (bonos en dinero por natalidad y entierro). En el caso de riesgos profesionales, el SSO comprende la atención médica a enfermedades, accidentes de trabajo y el pago de una proporción del salario cotizante. En caso de enfermedad, el trabajador recibe un 75% del salario, y en caso de accidente que cause incapacidad temporal –con un máximo de 26 semanas de ausencia laboral- un 90% del salario.

El seguro de largo plazo gestiona las contingencias de discapacidad, vejez y muerte. Incluye seguro por riesgos profesionales en los casos que la incapacidad sea permanente o al menos por más de 26 semanas. La afiliación a este seguro es obligatoria para todos los trabajadores y voluntaria para los trabajadores por cuenta propia.

Desde 1996, la reforma de pensiones cambió el sistema de reparto por un sistema de capitalización individual administrado por instituciones privadas. Bajo el nuevo sistema se establece una clara relación entre aportes y beneficios recibidos, ya que las contribuciones son la principal fuente de financiamiento de las rentas individuales. El cambio de sistema ha visibilizado el costo fiscal resultante de deficiencias en el manejo del antiguo sistema de reparto.

En el sistema de capitalización individual las contribuciones del trabajador son retenidas por los empleadores y depositadas en cuentas personales que son manejadas por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). La retención sobre los salarios de los trabajadores es del 12,5%: el 10%

se destina a capitalización de largo plazo, el 2% para la prima del seguro que cubre discapacidad o muerte por causas comunes y el 0,5% para la comisión a las AFP. Adicionalmente, los empleadores realizan un pago equivalente al 2% de los salarios para seguro de invalidez o muerte relacionada a riesgos laborales.

1. Cobertura de la seguridad social

De acuerdo al Banco Mundial, el Estado Plurinacional de Bolivia es el país con el mayor porcentaje de población ocupada en el sector informal del mundo. Según datos de la Encuesta de Hogares 2007, el 69% de la población ocupada trabaja en el sector informal y no está cubierto por la seguridad social. Aunque el actual sistema de capitalización individual ofrece la posibilidad de realizar aportes voluntarios para los trabajadores independientes, la mayoría de las personas ocupadas en el sector informal no se acogen a esta alternativa. Por lo tanto, la exclusión de la seguridad social se puede explicar en la mayoría de los casos principalmente por las diferentes oportunidades que cada ciudadano tiene para acceder al mercado laboral.

La seguridad social favorece principalmente a los residentes de las áreas urbanas y las personas no indígenas (véase el cuadro 2). La cobertura de la seguridad social está ligada a puestos de trabajo en el sector formal y depende directamente del nivel de cualificación de los trabajadores. Sin embargo, incluso en el caso de trabajadores formales, algunos patrones les niegan el acceso a la seguridad social debido al alto gasto que suponen las contribuciones obligatorias. Por tanto, para evitar esta situación el Ministerio del Trabajo ha iniciado un registro de empresas que exige la declaración completa de personal, incluyendo la presentación de planillas de pago.

El seguro de salud público –parte del SSO- cubre al 17% de la población total, incluye a los miembros afiliados y sus dependientes. Garantiza atención médica general en establecimientos de la seguridad social, además de atención del parto. Predomina la población urbana y personas no indígenas.

CUADRO 2
INDICADORES DE SEGURIDAD SOCIAL, 2007
(En porcentajes)

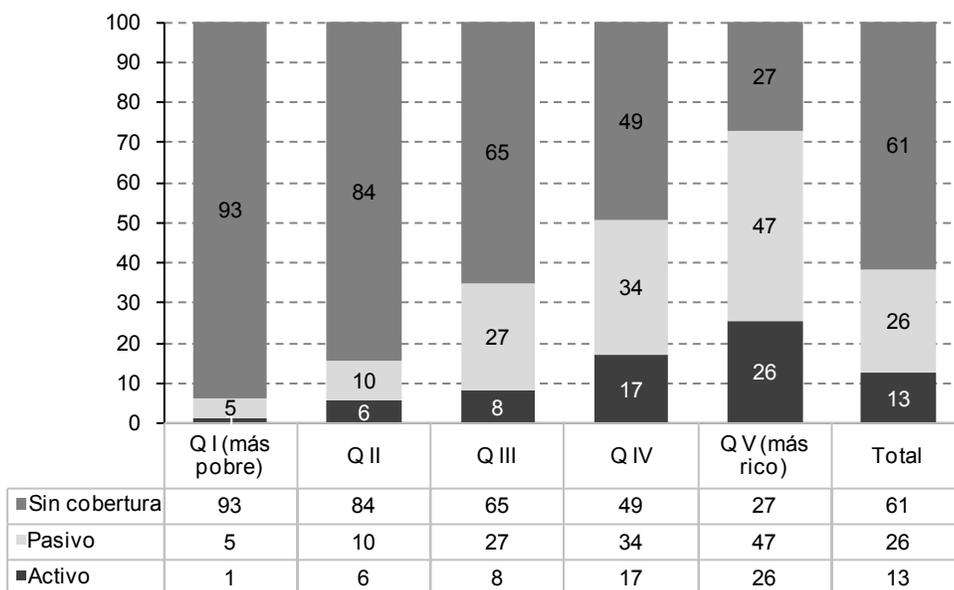
Indicador / Grupo de población	Urbano	Rural	Total
Acceso al seguro de salud público	23	6	17
No indígena	23	7	20
Indígena	19	5	10
Cobertura de activos	20	3	13
No indígena	22	4	17
Indígena	11	2	5
Cobertura de pasivos	41	12	26
No indígena	46	23	41
Indígena	33	9	17
Personas que reciben renta de jubilación	13	2	8
No indígena	15	3	12
Indígena	9	2	4

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas de Hogares.

La seguridad social entrega mayores beneficios a los más ricos (véase el gráfico 2). El porcentaje de población empleada mayor de 15 años no cubierta por la seguridad social es del 69% del

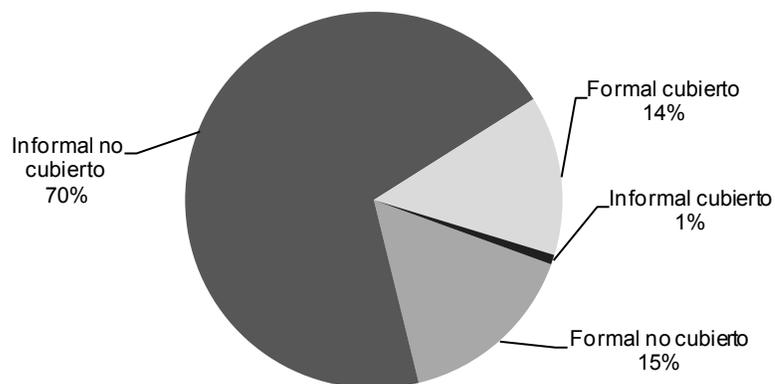
total. Además, el 16% de la población ocupada en el sector formal no está cubierto por la seguridad social debido a la evasión de esta contribución por parte del empleador (véase el gráfico 3).

GRÁFICO 2
COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR QUINTIL DE INGRESOS, 2007
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas de Hogares.

GRÁFICO 3
SEGURIDAD SOCIAL E INFORMALIDAD LABORAL, 2007
(En porcentajes de la población ocupada de 15 años y más)



Fuente: Elaboración propia.

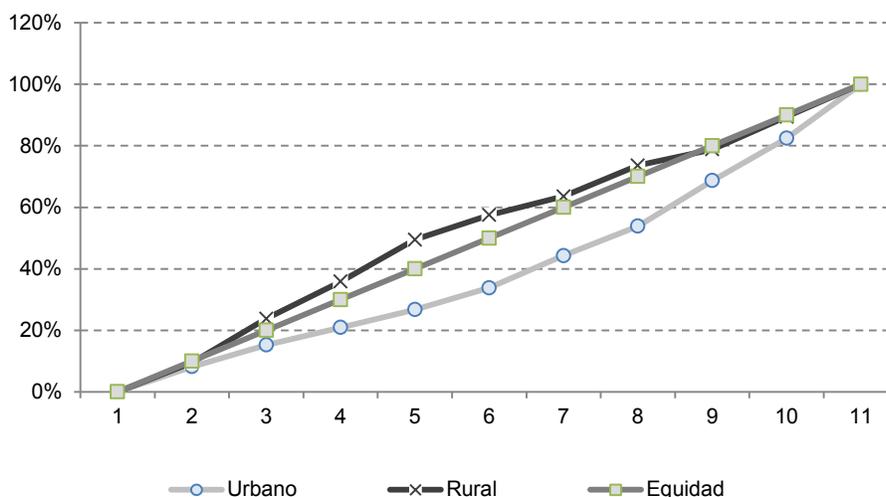
B. Pensiones sociales no contributivas en el Estado Plurinacional de Bolivia

Además del sistema de capitalización individual, el nuevo sistema de pensiones introdujo el pago de una renta vitalicia -denominada Bonosol- para todas las personas a partir los 65 años de edad. El Bonosol estaba financiado por los recursos obtenidos de la venta de acciones de las empresas públicas bolivianas, creando el Fondo de Capitalización Colectivo (FCC). El Bonosol tenía un triple objetivo: i) devolver a la población el valor de la venta de acciones de las empresas capitalizadas; ii) dotar de una fuente de ingreso a la población de la tercera edad que mayoritariamente no tenía acceso al sistema de reparto; y iii) como instrumento redistributivo del ingreso.

En febrero de 2008 se creó la Renta Dignidad para ofrecer seguridad social integral —tal y como estableció la Constitución Política del Estado (véase la sección VII, capítulo V, Derechos Económicos y Sociales, artículo 67)— mediante un pago vitalicio para todos los bolivianos y bolivianas mayores de 60 años. Este bono reemplazó a Bonosol. Los beneficiarios que no perciben una pensión, reciben 2.400 bolivianos anuales (200 bolivianos mensuales que equivalen a 29 dólares). Los pensionados reciben 1.800 bolivianos anuales (150 bolivianos mensuales, 22 dólares). La población mayor de 60 años que reciba una remuneración del Tesoro General de la Nación (TGN) no percibirá la Renta Dignidad. Ésta se financia con los recursos provenientes del IDH, la rentabilidad de las empresas capitalizadas en el FCC y el TGN.

La asignación se paga en todas las instituciones financieras autorizadas o en locales establecidos por las fuerzas armadas tanto en zonas rurales como urbanas. Los beneficiarios con alguna discapacidad pueden interponer una solicitud especial para recibir el pago en casa. Los miembros del Sistema de Reparto (SENASIR), la Corporación del Seguro Social Militar (COSSMIL) y las AFP, pagan la Renta Dignidad directamente a través de sus instituciones. La Renta Dignidad favorece principalmente a la población más pobre viviendo en áreas rurales y a los grupos de medios y altos ingresos de las áreas urbanas (ver gráfico 4).

GRÁFICO 4
A QUIÉNES BENEFICIA LA RENTA DIGNIDAD? 2007
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas de Hogares.

C. Otras transferencias monetarias no contributivas del Estado Plurinacional de Bolivia

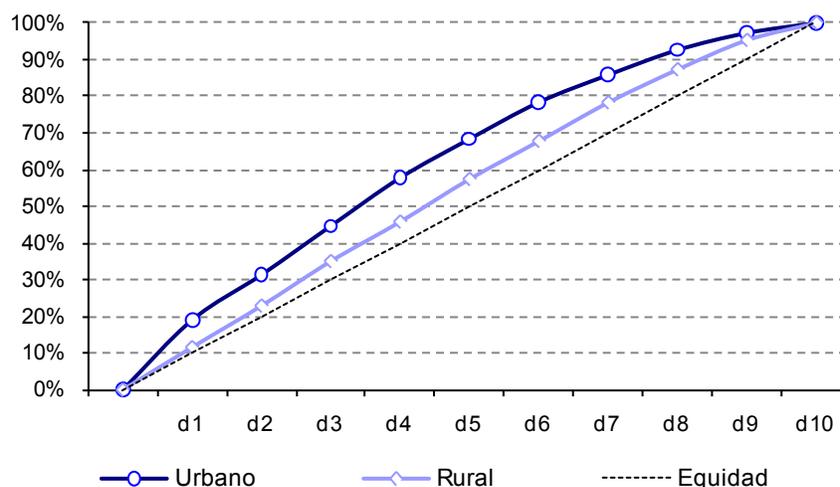
1. El Bono Juancito Pinto

El Bono Juancito Pinto se implementó en octubre de 2006 (Decreto Supremo 28899), con el objetivo de aumentar la matrícula escolar, la permanencia y la finalización de los estudios de los niños en los primeros cinco cursos de la educación primaria de las escuelas públicas. En 2007 se decretó extender el beneficio del bono a los alumnos de sexto curso de primaria e incluir la educación especial –para niños con alguna discapacidad- y educación juvenil alternativa –para los estudiantes que abandonan la escuela, son jóvenes y tiene intención de retomar los estudios- (Decreto Supremo 29321). En 2008, se promulgó una segunda extensión, cubriendo los ocho cursos del nivel primario. El pago del bono se realiza con el control de matriculación y registros de asistencia mínima del 80% del año escolar. El bono consiste en una transferencia monetaria anual de Bs. 200 (equivalente a 25 dólares), pagada al inicio y fin del año escolar. El financiamiento se obtiene completamente de recursos provenientes del IDH.

Para pagar el bono, las fuerzas armadas organizan grupos que van a las diferentes escuelas. El Ministerio de Educación coordina los plazos de los pagos tanto con la escuela como con el ejército. Se establecieron nóminas en base a los registros de matriculación y asistencia. Los niños y niñas que abandonan los estudios no reciben el bono. Para beneficiarse del bono, se requiere la presencia del menor acompañado por los padres o tutores con su cédula de identidad o el certificado de nacimiento. En caso de no contar con estos documentos, es necesaria la presencia de dos testigos de la comunidad.

Entre 2000 y 2007, la tasa de abandono escolar disminuyó; sin embargo, la tasa de matriculación muestra una tendencia también decreciente, lo que significa que el sistema de educación pública no está necesariamente mejorando su capacidad de retener a los alumnos a lo largo del año escolar. Además, la tasa de abandono en la educación secundaria es cuatro puntos porcentuales mayor que la de la primaria. En general, los indicadores de las escuelas de secundaria no son alentadores, mostrando que éste es un problema poco tratado por la política educativa.

GRÁFICO 5
COBERTURA DEL BONO JUANCITO PINTO, SEGÚN DECIL DE INGRESOS
Y ÁREA GEOGRÁFICA, 2007
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas de Hogares.

En 2008, el bono ha beneficiado cerca de 1,8 millones de estudiantes, con un coste fiscal de 50 millones de dólares. El costo del bono se ha incrementado un 84% entre 2006 y 2008, y el principal motivo es el paulatino incremento de la población beneficiaria, en lugar de porque haya habido un aumento en la matriculación o permanencia escolar. Según resultados de la Encuesta de Hogares 2007, el bono cubre al 65% de la población beneficiaria, lo que significa que el 35% de estudiantes no accedieron al cobro a pesar de cumplir con los requisitos. El bono es progresivo: beneficia a los niños y niñas de los quintiles más pobres y es más pro-pobre en las áreas urbanas (véase el gráfico 5).

2. Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy de Padilla”

El Bono Juana Azurduy se creó en mayo de 2009 (Decreto Supremo 0066), tiene cobertura nacional y su objetivo es incentivar el uso de los servicios de salud por parte de la madre durante el periodo de embarazo y el parto, así como el cumplimiento de los controles de salud en centros de salud pública, durante el desarrollo del hijo desde su nacimiento y hasta que cumpla dos años. De esta forma, pretende promover la demanda de servicios de salud para reducir las altas tasas de mortalidad infantil y materna. El cuadro 3 resume los beneficios del bono, que excluye a las mujeres que reciben el subsidio de lactancia (beneficiarias de la seguridad social de corto plazo).

CUADRO 3
PAGOS DEL BONO JUANA AZURDUY, 2009

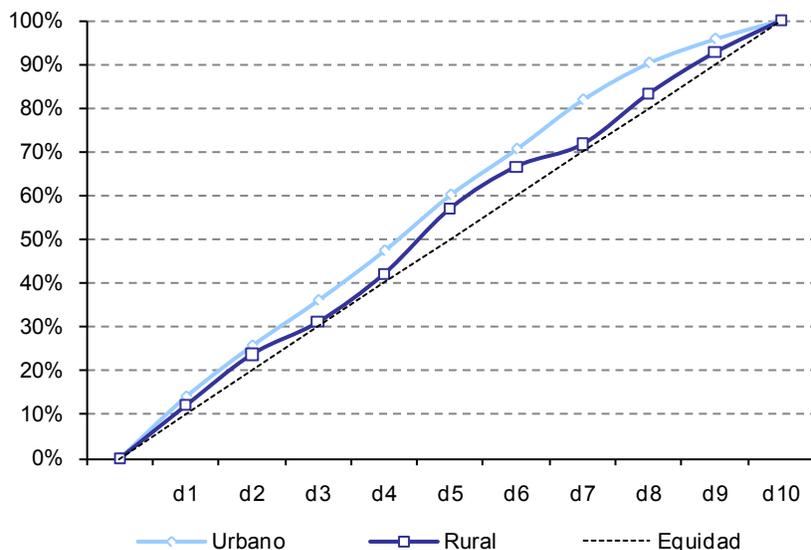
Concepto	Cantidad	Pago unitario (Bs)	Monto total (Bs)	Pago unitario (US\$)	Monto total (US\$)
Control prenatal	4	50	200	7	29
Parto institucional y control posparto	1	120	120	17	17
Controles bimestrales	12	125	1 500	18	214
Total			1 820		260

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Decreto Supremo 0066 (2009).

El bono está principalmente financiado con el IDH y también con recursos de la cooperación internacional. El Ministerio de Salud y Deportes es responsable de la administración del bono. Los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) ofrecen apoyo técnico al programa. Los gobiernos municipales participan en la afiliación de beneficiarios e impulsan la implementación. Las redes y equipos móviles de salud, tienen la responsabilidad de prestar los servicios de atención, verificar el cumplimiento de los controles. La inscripción se realiza con la cédula de identidad de la madre, prueba de embarazo si la mujer está en los primeros meses de gestación o certificado de nacimiento del bebé.

Los beneficios del bono se distribuyen equitativamente entre todos los deciles de ingreso. Es ligeramente más favorable hacia los más pobres residentes en áreas urbanas (véase el gráfico 5).

GRÁFICO 6
COBERTURA DEL BONO JUANA AZURDUY, SEGÚN DECIL DE INGRESOS
Y ÁREA GEOGRÁFICA, 2007
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas de Hogares.

D. El sector de la salud en el Estado Plurinacional de Bolivia

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está compuesto por las instituciones públicas y privadas reguladas por el Ministerio de Salud y Deportes. El sistema está conformado por cuatro subsectores: público, privado, seguridad social y ONG. La gestión del SNS distingue cuatro niveles de establecimientos de salud, según el grado de complejidad de los servicios que ofrecen

i) Establecimientos de primer nivel encargados de la promoción y prevención de la salud (incluyendo la medicina tradicional). Estos establecimientos, denominados centros y puestos de salud, son considerados como “puerta de acceso al sistema” y representan el 91,5% del total de establecimientos del sistema. Cada uno de estos establecimientos está vinculado con establecimientos de mayor nivel de resolución al cual se transfieren los pacientes cuando es necesario.

ii) En el segundo nivel de atención se ofrecen servicios de especialidades básicas de medicina interna y representa el 6,6% del total de establecimientos públicos del sistema.

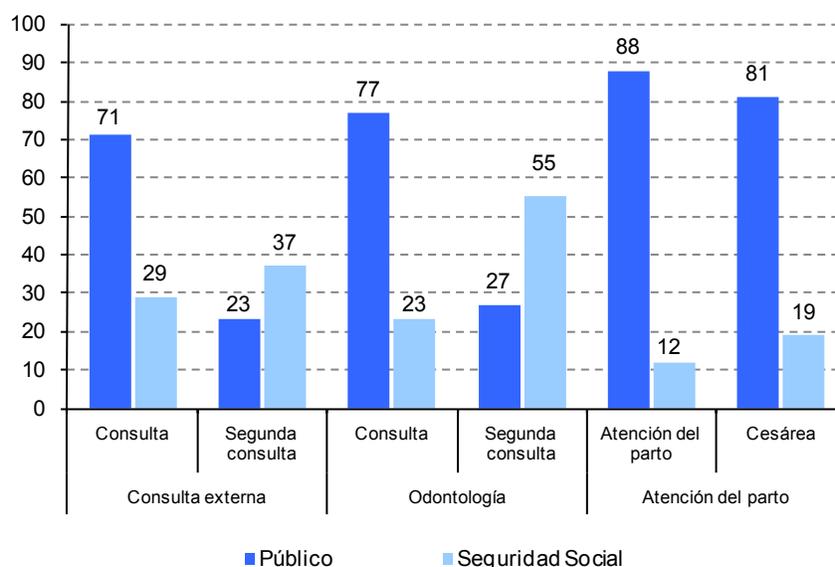
iii) El tercer nivel de resolución corresponde a hospitales de especialidad, entre los que se incluyen los hospitales materno-infantiles). Representan el 1,1% del total de establecimientos del sistema.

iv) El cuarto nivel abarca institutos de investigación. En este nivel no se brinda atención directa a los pacientes.

Todos los establecimientos del sistema ofrecen de forma gratuita servicios de salud materna (prenatal, parto y posparto), salud infantil (vacunación y atención integral hasta los cinco años de edad) y salud para el adulto mayor (atención integral a partir de los 60 años). Todos los servicios gratuitos corresponden al Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y al Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM). La atención de otros servicios, no considerados por los dos seguros mencionados, es ofrecida según tarifas fijadas para cubrir costos de insumos.

El Seguro Social Obligatorio de corto plazo cubre casi un tercio de las consultas externas totales (medicina general o especialidades) y un cuarto de las visitas dentales. Entre las personas cubiertas por la seguridad social, la gran mayoría regresan para una segunda consulta, lo que indica un mejor seguimiento de los pacientes que el sub-sector público. En cambio, en el sub-sector público, solo una de cada cuatro consultas es una segunda visita, esto significa que la mayoría de las atenciones consisten en una única visita al centro de salud. La seguridad social ofrece atención a una proporción menor de partos (12%) y cirugías de cesárea (19%). Esto puede ser explicado por la existencia de menor infraestructura y por la preferencia de atender la salud materna en establecimientos del subsector público, donde están disponibles los hospitales de especialidad (materno-infantiles) (véase el gráfico 7).

GRÁFICO 7
COBERTURA DE LOS SERVICIOS SEGÚN SUBSECTOR, 2007
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas de Hogares.

1. Seguros SUMI y SSPAM y el programa Extensa

El objetivo del SUMI es proveer un seguro completo de servicios de salud que abarquen desde la planificación familiar, la atención prenatal, la atención del parto, el cuidado posparto y la salud infantil. El seguro comprende la atención de 547 servicios de salud, a través de establecimientos de salud pertenecientes al subsector público, seguridad social, sector privado, iglesias y ONG. La población beneficiaria del seguro son mujeres en edad fértil -quienes pueden acceder a los servicios de orientación en planificación familiar-, mujeres embarazadas y niños menores de cinco años. El Ministerio de Salud y Deportes se encarga de regular, coordinar, supervisar y controlar el SUMI, a través de los gobiernos municipales, quienes manejan la Cuenta Municipal de Salud. Se financia con el 10% con los impuestos nacionales e impuestos internos, con el 10% de recursos de la Cuenta del Diálogo Nacional (parte de la iniciativa para la deuda de los Países Pobres Muy Endeudados, PPME) y transferencias a prefecturas para mantener los recursos humanos.

El SSPAM es una prestación integral y gratuita que ofrece atención de salud a las personas de 60 años y más que no cuentan con algún seguro de salud, tal y como establece la Ley 3323 aprobada en enero de 2006. Para ser beneficiario del SSPAM, las personas deben registrarse en las oficinas de sus respectivos gobiernos municipales. Deben confirmar sus datos presentando algún documento

identificativo (cédula de identidad, certificado de nacimiento, bautismo o servicio militar) una vez al año para evitar ser eliminados del listado de beneficiarios. Al momento de registrarse, los beneficiarios deben indicar el establecimiento de primer y segundo nivel, o atención de tercer nivel (hospital) en el que serán atendidos. El seguro cubre atención ambulatoria, servicios complementarios de diagnóstico, atenciones odontológicas, hospitalización, tratamientos médicos y quirúrgicos y la provisión de insumos, medicamentos necesarios y productos naturales tradicionales, de acuerdo a cada nivel de atención. Sin embargo, no hay información pública disponible sobre la calidad de la atención brindada por este seguro.

El SSPAM se financia con recursos municipales variables y recursos provenientes del IDH. Los gobiernos municipales deben crear una cuenta fiscal específica para el SSPAM, en la cual deben depositar anualmente un monto de dinero para pagar la prima de cotizaciones por las prestaciones. El valor de la prima anual es de Bs 450 (equivalente a 64 dólares). El valor de la prima es descompuesto según el nivel de atención: 19,7% para el primer nivel de atención, 26,8% para el segundo nivel y 53,6% para el tercer nivel.

Todas las instituciones que forman parte del SNS implementan el SSPAM, incluyendo las instituciones públicas, privadas y seguridad social a corto plazo. En las áreas que no cuentan con estas instituciones, la atención se brinda a través de las iglesias y ONG.

Teniendo en cuenta la limitada cobertura de los servicios de salud en las áreas rurales, se creó Extensa, el Programa Nacional para la Extensión de Cobertura en Áreas Rurales, que hasta 2005 se financiaba con recursos del BID y del Banco Mundial y actualmente se financia gracias a los gobiernos municipales. El programa pretende aumentar la cobertura e incluir áreas remotas e inaccesibles mediante equipos de salud que visiten estos lugares y ofrezcan servicios de salud. Los equipos se componen de un doctor, una enfermera, un dentista, un especialista en enfermedades endémicas y un conductor. La población beneficiaria es la misma que la del SUMI.

Extensa es coordinado por una unidad especial del Ministerio de Salud y Deportes. El trabajo en terreno de los equipos de salud se coordina por el Directorio Local de Salud (DILOS). En 2004, los equipos móviles de salud brindaron servicios de salud primaria a 2.500 comunidades en las áreas rurales; en 2006, aumentó a 3.250 comunidades.

2. Cobertura e impacto redistributivo del sistema de salud

La red de establecimientos del SNS que está extendida por el territorio nacional, logró atender en 2007 al 86% de la demanda total de la población con alguna enfermedad o accidente. Del 14% de la población que no acudió a un establecimiento de salud del sistema, la mayoría se encuentra en áreas rurales (9%). Además, el 16% de las personas que se enfermaron o tuvieron un accidente asistieron a una institución de la seguridad social. En total, el sub sector público entregó atención al 36% de la demanda total de servicios de salud, sin tener en cuenta la cobertura de los seguros de salud (véase el cuadro 4).

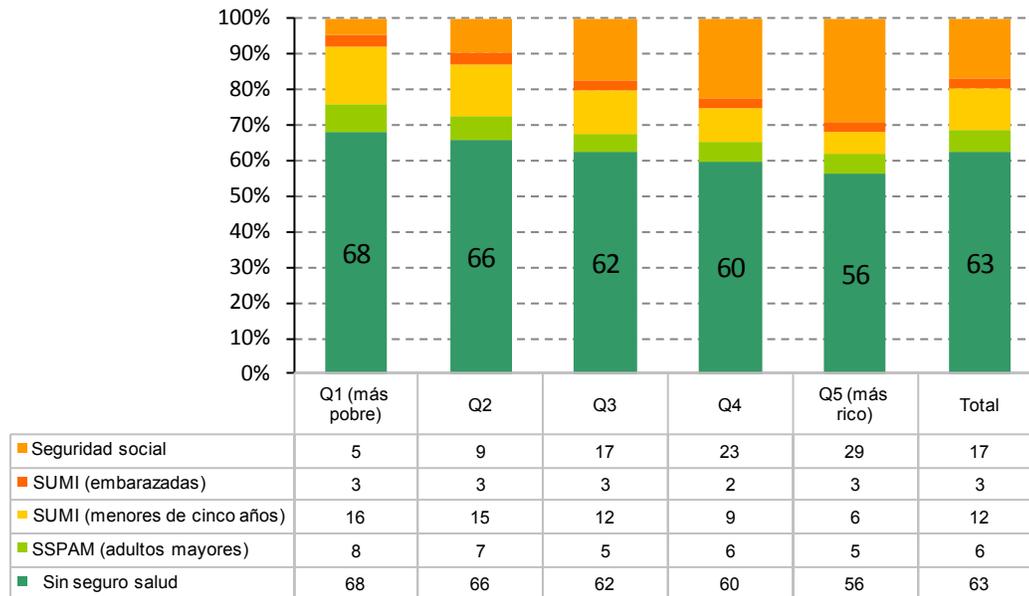
De acuerdo a la Encuesta de Hogares de 2000, uno de los principales motivos de la demanda de salud no atendida es la falta de medios económicos para cubrir las tarifas de las instituciones públicas. Esto representa un obstáculo en la búsqueda del acceso universal a la salud. Tanto el SUMI como el SSPAM son importantes avances para mejorar el acceso a la salud; sin embargo estos seguros cubren a un reducido grupo de la población y excluyen al 63%, que no cuenta con seguro de salud (véase el gráfico 7).

CUADRO 4
ATENCIÓN DE SALUD SEGÚN COBERTURA DEL SEGURO, 2007
(En dólares)

Lugar de atención	No cubierto por seguro de salud	Cubierto por seguro de salud	Total
Demanda no atendida	17	12	14
Subsector público	37	36	36
Subsector seguridad social	0	16	8
Subsector privado	11	9	10
No institucional	36	26	31

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas de Hogares.

GRÁFICO 8
COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD POR QUINTIL DE INGRESOS, 2007
(En porcentajes)



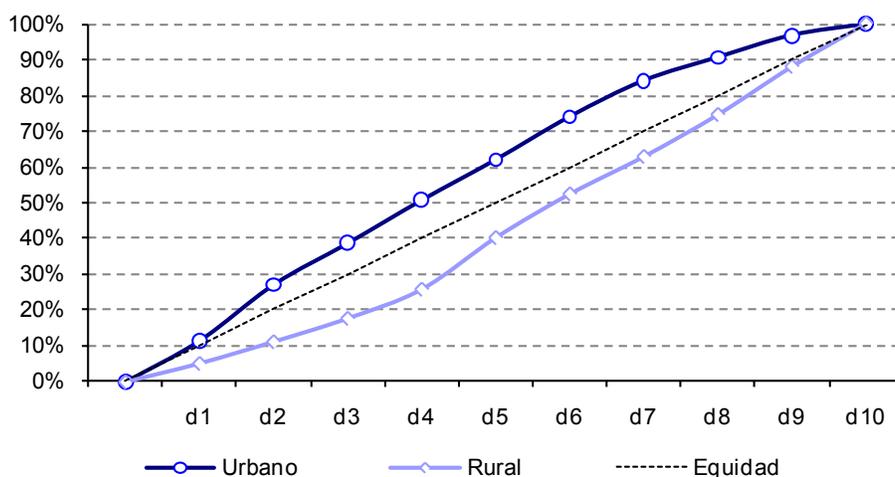
Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas de Hogares.

La cobertura de la seguridad social favorece a los quintiles de ingreso más ricos, ya que la cobertura entre los quintiles más pobre es bastante baja. De entre todos los seguros, el SSPAM y el SUMI son los que más favorecen a la población más pobre. Sin embargo, de acuerdo con una evaluación de seguros maternos e infantiles en Bolivia (UDAPE-UNICEF, 2006), el SUMI no se ha ocupado lo suficiente de la población más pobre, en su lugar, ha beneficiado principalmente a la población con suficientes medios para costearse los servicios de salud.

El SUMI también ha mostrado diferentes resultados según área geográfica y grupo de ingresos: en las áreas urbanas, favorece principalmente a la población más pobre y en las áreas rurales a los grupos más ricos (véase el gráfico 9). En concreto, esto se observa en la atención brindada en las instituciones de salud pública, cubiertas por el SUMI (véase el gráfico 10).

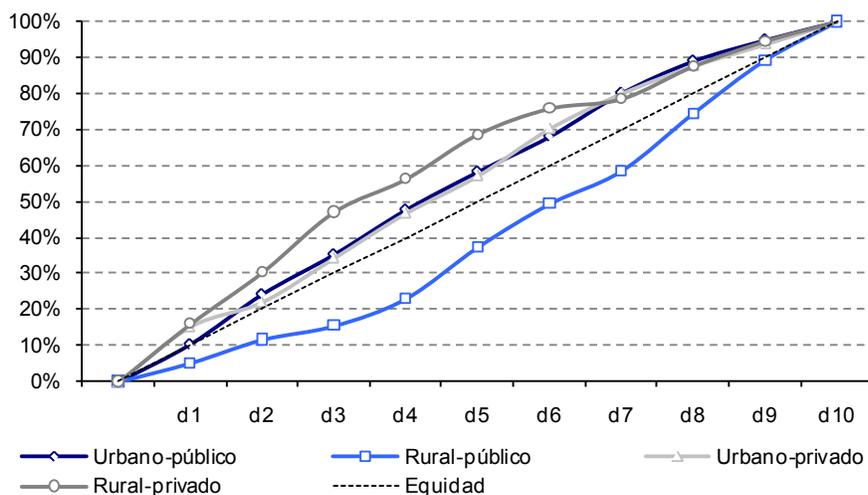
La calidad de los servicios de salud materno-infantiles en las ciudades principales y la disponibilidad de hospitales especializados permite a las mujeres –independientemente de su nivel de ingresos- recibir atención gratuita bajo este seguro. En las áreas rurales, en cambio, los partos informales son el principal método para dar a luz, lo que explica por qué el SUMI favorece principalmente a los grupos con ingresos medios o altos. Como consecuencia, el SUMI reduce el riesgo de muerte infantil antes del año en las áreas urbanas, pero no en las rurales. Aún así, el SUMI reduce el riesgo de muerte para los menores de cinco años que viven en áreas rurales, debido a la alta proporción de atención pediátrica garantizada.

GRÁFICO 9
COBERTURA DEL SUMI, SEGÚN DECIL DE INGRESOS Y ÁREA GEOGRÁFICA, 2007
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas de Hogares.

GRÁFICO 10
COBERTURA DE ATENCIÓN DE SALUD EN PARTOS, SEGÚN DECIL DE INGRESOS, ESTABLECIMIENTO PÚBLICO O PRIVADO Y ÁREA GEOGRÁFICA, 2007
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas de Hogares.

El Estado Plurinacional de Bolivia presenta tasas de mortalidad infantil y materna altas, que pueden deberse a una combinación de factores, incluyendo la falta de oferta de servicios de salud apropiados y una baja demanda debido a razones culturales. De acuerdo a Goldberg y otros (2006), el 43% de los hospitales que forman parte del SNS no cuentan con las infraestructuras necesarias para brindar los servicios esenciales de obstetricia.

CUADRO 5
INDICADORES DE LA COBERTURA DE LA SALUD PÚBLICA, 2000-2008
(En porcentajes)

Indicador	2000	2005	2008 ^a
Cobertura del 4º control prenatal	42	50	60
Cobertura parto institucional	54	52	68
Cobertura de la 3ª dosis pentavalente y DPT	91	84	90

Fuente: Banco Mundial (2006) y Ministerio de Salud (2008).

^a Meta estimado por el Ministerio de Salud.

Por tanto, la prioridad durante las dos últimas décadas de la política de salud han sido los servicios que buscan reducir la mortalidad infantil y materna. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos para aumentar los servicios de prenatal y la atención al parto, la cobertura de estos servicios sigue siendo baja (véase el cuadro 5). De acuerdo con UDAPE-UNICEF (2006), las principales limitaciones para las mujeres embarazadas y los niños menores de cinco años para acceder a los servicios de salud son las infraestructuras precarias de las instituciones de salud, la distancia física para llegar a ellas, el costo del transporte y los aspectos culturales.

CUADRO 6
INDICADORES DE ATENCIÓN DE SALUD, 2007
(En porcentajes)

Indicadores	Urbano	Rural	Total
Incidencia de enfermedad y accidentes ^a	15	23	17
No indígena	13	18	15
Indígena	22	26	25
Atención del parto en establecimiento público	81	55	71
No indígena	83	71	80
Indígena	72	43	54
Cobertura vacuna pentavalente	91	96	94
No indígena	93	99	95
Indígena	58	93	89
Cobertura vacuna polio	95	100	97
No indígena	97	100	98
Indígena	58	100	95

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos de la Encuesta de Hogares. ^a La incidencia es calculada como el cociente entre la población que declara haber estado enfermo y accidentado, respecto a la población total.

Además, no se han observado cambios significativos al ampliarse la cobertura de partos en los servicios de salud institucional. No obstante, la cobertura del control prenatal ha aumentado. Sin embargo, la capacidad para brindar cuidados obstétricos de emergencia (COEm) es insuficiente, lo

que se traduce en una considerable limitación para ofrecer servicios de salud maternal, lo que puede resultar en la mortalidad materna⁴.

La población rural y las personas indígenas presentan una alta incidencia de enfermedades, lo cual refleja un estado de salud más vulnerable debido a las peores condiciones nutricionales y a la falta de servicios de salud preventiva (véase el cuadro 6). Además, la cobertura de la atención por parto en los centros de salud pública también es baja entre la población rural o indígena, quienes presentan un mayor riesgo de mortalidad materna. En concreto, las mujeres indígenas que viven en áreas rurales tienen el doble de probabilidades de morir dando a luz que las mujeres no indígenas que viven en áreas urbanas. Además, la desigualdad étnica se reproduce en la cobertura de la vacuna de la polio y pentavalentes, la cual es baja entre la población indígena que vive en áreas urbanas.

E. El sector educativo en el Estado Plurinacional de Bolivia

Entre 2000 y 2007, los indicadores de educación no mostraron mejorías significativas (véase el cuadro 7). Existe un acceso bastante moderado a la educación inicial (parvularia) debido a los escasos recursos humanos y físicos disponibles para este nivel y a la falta de importancia atribuida a este grado educativo, lo cual es un factor determinante para el rendimiento educativo de los niños y niñas.

Además, entre 2000 y 2007, las tasas de matriculación bruta y neta en la educación primaria disminuyeron, lo que significa que a pesar del amplio número de instituciones de educación primaria en el país, todavía hay un grupo de la población que permanece excluido. Una de las explicaciones es que debido al aumento de las tasas de repetición muchos estudiantes se desaniman a continuar sus estudios. El acceso a la educación secundaria se ha incrementado gradualmente, a pesar del aumento de las tasas de abandono y repetición. Este nivel recibe menos atención Estatal y no existen los incentivos para los estudiantes que permanecen o finalizan la educación. Los profesores de la educación secundaria trabajan a menudo bajo condiciones y planes académicos obsoletos, con recursos pedagógicos limitados.

CUADRO 7
INDICADORES DE EDUCACIÓN PÚBLICA, 2000 Y 2007
(En porcentajes)

Indicador/nivel	2000	2007
Tasa bruta de matriculación	77	77
Pre-escolar	42	42
Primaria	98	93
Secundaria	52	62
Tasa neta de matriculación	66	66
Pre-escolar	33	34
Primaria	87	84
Secundaria	38	47
Tasa de abandono	7	5
Pre-escolar	7	5
Primaria	6	4
Secundaria	10	8
Tasa de reprobación	5	7
Primaria	5	7
Secundaria	9	8

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Sistema de Información Educativa (SIE).

⁴ De acuerdo a Goldberg y otros (2006), el 56% de los hospitales con especialidades y el 33% de los hospitales de cuidados básicos ofrecen atención completa de COEm.

El acceso a los servicios educativos varía según área geográfica de residencia y etnia. En comparación con las personas que viven en las áreas urbanas y las no indígenas, la población de las áreas rurales e indígenas presentan un acceso a la educación más bajo, tal y como muestran los siguientes indicadores: analfabetismo, cursos académicos completados y asistencia escolar (véase el cuadro 8). En promedio, las personas indígenas que viven en las áreas rurales cursan cuatro años de educación, lo que equivale a una educación inferior a la primaria. Por otro lado, la población urbana no indígena ha acumulado el triple de años de escolaridad, lo que evidencia que las desigualdades étnicas perduran en el país. Además, las diferencias en las tasas de asistencia también son un indicador de las condiciones desfavorables que enfrenta la población indígena y rural.

Para erradicar el analfabetismo, se creó en 2006 el programa de alfabetización “Yo Puedo” a través del Decreto 28675. Este programa benefició a 824.101 personas hasta diciembre de 2008 y en el momento de su finalización se declaró que el país era un territorio libre de analfabetismo. En paralelo al programa, se distribuyeron paneles solares entre las comunidades rurales para implementar métodos de aprendizaje a distancia (clases televisadas) en las áreas que no tenían acceso a la electricidad.

CUADRO 8
INDICADORES DE LOGROS EDUCATIVOS SEGÚN ETNIA, 2007^a

Indicador	Urbano	Rural	Total
Analfabetismo (%) ^b	4	20	9
No indígena	2	9	3
Indígena	13	27	21
Años de estudio aprobados ^c	10	5	9
No indígena	11	7	11
Indígena	6	4	5
Asistencia escolar (%) ^d	65	47	59
No indígena	67	48	63
Indígena	43	45	45

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta de Hogares.

^a Respecto a la población indígena se refiere a las personas que hablan una lengua indígena como lengua materna.

^b Población de 16 años y más.

^c Población de 19 años y más.

^d Población entre 6 y 25 años.

Las tasas netas de matriculación calculadas sobre la base de las Encuestas de Hogares confirman el reducido acceso a la educación entre la población rural. La tasa de matriculación en educación primaria y secundaria en las áreas urbanas no muestra importantes diferencias según quintil de ingreso. Éste es un indicador que evidencia la amplia cobertura educativa que se ofrece en estos niveles. La tasa de matriculación en la educación superior crece conforme se asciende de quintil de ingresos y el acceso de la población en el quintil más pobre es muy bajo (véase el cuadro 9).

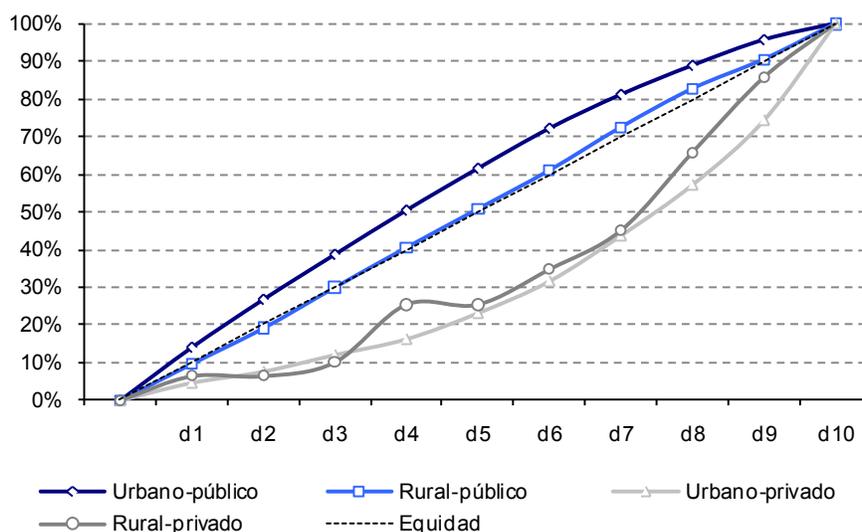
CUADRO 9
TASAS NETAS DE MATRICULACIÓN SEGÚN QUINTIL DE INGRESO, 2007
(En porcentajes)

	Quintil I (más pobre)	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V (más rico)	Total
Nacional						
Pre-escolar (4-5 años)	21	24	29	32	25	25
Primaria (6-13 años)	93	91	90	88	90	90
Secundaria (14-18 años)	56	54	66	65	60	60
Superior (19-25 años)	29	25	31	34	45	34
Áreas urbanas						
Pre-escolar (4-5 años)	24	26	26	46	29	29
Primaria (6-13 años)	92	91	88	89	91	93
Secundaria (14-18 años)	62	60	71	67	63	59
Superior (19-25 años)	38	32	40	43	53	42
Áreas rurales						
Pre-escolar (4-5 años)	15	21	31	17	19	21
Primaria (6-13 años)	94	92	92	87	88	91
Secundaria (14-18 años)	40	40	57	62	57	52
Superior (19-25 años)	6	1	4	14	30	15

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas de Hogares.

Tal y como se muestra en el gráfico 11, la educación pública es pro pobres (el 57% de los beneficiarios pertenecen al 50% de la población más pobre). Por el contrario, la población más rica presenta un alto acceso a la educación privada. En las áreas rurales, la educación pública beneficia a toda la población sin distinciones, debido a que predomina la oferta de educación pública.

GRÁFICO 11
COBERTURA DE LA EDUCACIÓN PÚBLICA Y PRIVADA, POR DECILES DE INGRESO Y ÁREA GEOGRÁFICA, 2007
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas de Hogares.

F. Vivienda y servicios básicos

Los dos principales problemas habitacionales en el país son el déficit cualitativo de la vivienda y la baja cobertura de servicios básicos (véase el cuadro 10). En las áreas rurales la mayoría de los hogares tienen vivienda propia (85%), pero están construidas con materiales precarios de baja calidad y no disponen de servicios básicos. En las áreas urbanas, una menor proporción de hogares tienen vivienda propia (56%), pero éstas están construidas con materiales de mejor calidad y tienen acceso a los servicios básicos. Además, en las áreas rurales existe una carencia generalizada de agua potable por cañería: solo un tercio aproximado de los hogares tiene este servicio. La baja densidad de población encarece la extensión de sistemas de provisión de agua por cañería, exponiendo a sus habitantes a enfermedades e infecciones. Sin embargo, la mayoría de los hogares de las áreas rurales tienen baño con saneamiento básico⁵.

Para enfrentar estos problemas, durante la última década y media, se ha colocado mucho énfasis en el aumento de la cobertura de los servicios básicos: el 53% de la inversión pública se destinó por tanto a programas para la mejora y ampliación de las redes de agua potable, servicios de saneamiento y electricidad. También se ha aumentado la atención para mejorar el abastecimiento de viviendas. En 2006, el gobierno lanzó el Programa de Vivienda Social y Solidaria con el propósito de mejorar el acceso a una vivienda digna construyéndola uno mismo. Sin embargo, este programa tiene una cobertura geográfica limitada y las casas están construidas bajo estándares técnicos de calidad bajos.

CUADRO 10
INDICADORES DE VIVIENDA Y SERVICIOS BÁSICOS, 2007
(En porcentajes)

Indicador	Urbano	Rural	Total
Tenencia de vivienda propia	56	85	66
Cuarto para cocinar	78	78	78
Baño	84	47	71
Agua por cañería	95	39	75
Energía eléctrica	98	47	80
Internet	37	7	26
Teléfono fijo	31	2	21
Teléfono celular	78	19	57

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas de Hogares.

⁵ De acuerdo con el mapa de pobreza 2001, entre 1992 y 2001, el porcentaje de la población con servicios insalubres de agua y saneamiento disminuyó del 60% al 44% en las áreas urbanas, y del 98% al 79% en las áreas rurales.

IV. Conclusiones

Si bien se han implementado numerosas políticas de protección social en los últimos años en el Estado Plurinacional de Bolivia –muchas de ellas orientadas a la protección de la población más pobre y más vulnerable-, quedan muchos desafíos que enfrentar. En concreto, los indicadores de pobreza no evolucionaron sustancialmente entre 1999 y 2007⁶, y la pobreza y la desigualdad son extremadamente altas en las áreas rurales.

La protección social se ha desarrollado bajo tres enfoques diferentes de políticas. El más reciente, que comenzó en 2005, tiene entre sus componentes principales dos programas de transferencias monetarias condicionadas (Bono Juancito Pinto y Bono Juana Azurduy) y una asignación universal para los adultos mayores (Renta Dignidad). Estas acciones han sido posibles gracias al crecimiento económico y a la implementación de la reforma fiscal que ha concedido al sector público considerables recursos para la inversión social, principalmente a través del IDH. Sin embargo, el plan de protección social que se encarga de gestionar estos programas, la RPS-DIC, carece de una definición clara con respecto a cómo se concibe la protección social y a qué grupos poblacionales cubre. Además, la alta dependencia del IDH indica la fragilidad de la sostenibilidad financiera, ya que un cambio en las condiciones de las exportaciones de gas pondría en riesgo la continuidad de las políticas de protección social.

Si bien la población más pobre tanto de las áreas urbanas como rurales tiene acceso a la educación pública, la asistencia a los partos en instituciones de salud pública se brinda principalmente a la población urbana y rural proveniente de los quintiles de ingreso más ricos. Las diferencias socioeconómicas y geográficas se hacen particularmente evidentes en el acceso a la seguridad social, que cubre principalmente a las personas de áreas urbanas y no indígenas, así como a los quintiles de ingresos más altos. El SUMI, que debería centrarse en la población más pobre, no ha conseguido su objetivo en las áreas rurales, donde los beneficiarios son principalmente los grupos de mayores ingresos.

Con respecto a los dos programas de transferencias monetarias condicionadas, no hay una indicación clara de que el Bono Juancito Pinto haya tenido un impacto significativo en cuanto a la reducción de las tasas de abandono escolar, ya que la asignación que entrega no es suficientemente alta para cambiar las decisiones de los beneficiarios en cuanto a su educación. Este bono está más enfocado a los pobres de las áreas urbanas. El Bono Juana Azurduy beneficia a toda la población por

⁶ Sin embargo, según datos de encuestas de hogares procesados por la CEPAL, entre 2007 y 2009 la pobreza bajó de 54,0% a 42,4% y la extrema pobreza de 31,2% a 22,4% (nota de los editores).

igual, independientemente de sus ingresos. Al igual que sucede con el Bono Juancito Pinto, está ligeramente más orientado a los pobres en las áreas urbanas. Por el contrario, la Renta Dignidad beneficia más a la población pobre en las áreas rurales, sin embargo en las áreas urbanas favorece principalmente a los grupos de medios y altos ingresos.

Bibliografía

- Cecchini, Simone y Martínez, Rodrigo (2011), “Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos”, *Libro de la CEPAL*, N° 111, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.11.II.G.23.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2012), *Panorama Social de América Latina 2011*, (LC/G.2514-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.12.II.G.6.
- Goldberg Rachel, Durán Rosemary, Monterrey Javier y otros (2006), “Encuesta de línea de base de Acquire Bolivia: Informe técnico”, Nueva York, Proyecto Acquire/EngenderHealth.
- Loza, G. (2007), “Diseño de la Red Integral de Protección Social en Bolivia”, *Revista de Análisis Económico*, vol. 22, La Paz, Unidad de Análisis de Política Económica y Social (UDAPE).
- UDAPE-UNICEF (Unidad de Análisis de Política Económica y Social-Unidad de Análisis de Política Económica y Social) (2006), *Evaluación de impacto de los seguros de maternidad y niñez en Bolivia: 1989 – 2003*.

Este informe es parte de una serie de estudios de casos nacionales cuyo propósito es difundir el conocimiento sobre la situación actual de los sistemas de protección social en los países de América Latina y el Caribe, así como discutir sus principales desafíos en términos de la realización de los derechos económicos y sociales de la población y el logro de objetivos de desarrollo claves, tales como la superación de la pobreza y el hambre.

La protección social ha surgido en años recientes como un eje conceptual que busca integrar una variedad de acciones orientadas a construir sociedades más justas e inclusivas, y a garantizar niveles mínimos de vida para todos. En particular, la protección social es vista como un mecanismo fundamental para contribuir a la plena realización de los derechos económicos y sociales de la población –a la seguridad social, el trabajo, la protección de niveles de vida adecuados para los individuos y las familias, así como al disfrute del nivel más alto de bienestar físico y mental y a la educación.

Con diferencias que se deben a su historia y nivel de desarrollo, varios países de América Latina y el Caribe han adoptado medidas innovadoras para establecer estas garantías, mediante la implementación de diferentes tipos de transferencias –que incluyen los programas de transferencias condicionadas y las pensiones sociales– y la extensión de la protección en salud. Sin embargo, uno de los desafíos más importantes que enfrentan los países de la región es integrar las distintas iniciativas en sistemas de protección social que aseguren la coordinación de varios programas, así como de las instituciones del Estado que están a cargo de su diseño, financiación, implementación, regulación, monitoreo y evaluación, permitiendo lograr impactos positivos sobre las condiciones de vida de la población.

