

La situación social de Bolivia

Una aproximación a sus dimensiones
y determinantes

Henry Oporto (Coordinador)
José Gabriel Espinoza / Ernesto Yáñez
Guillermo Aponte / Patricia Philco-Lima

Fundación Milenio



PROCOSI

La situación social de Bolivia

Una aproximación a sus dimensiones y determinantes

La situación social de Bolivia

**Una aproximación
a sus dimensiones y determinantes**

Coordinador:

Henry Oporto

Investigadores:

José Gabriel Espinoza / Ernesto Yáñez

Guillermo Aponte / Patricia Philco-Lima

Aportes e ideas de Guillermo Cuentas

Contribuciones de las organizaciones de La Red PROCOSI



Fundación Milenio

Oporto Castro, Henry *et al.*
La situación social de Bolivia
Una aproximación a sus dimensiones y determinantes

Fundación Milenio - La red PROCOSI
2023. 18 x 25,5 cm, 116 pág.

D.L.: 4-1-2848-2023
ISBN: 978-9917-625-55-1

Economía / Sociología / Bolivia

La situación social de Bolivia
Una aproximación a sus dimensiones y determinantes

© 2023, Fundación Milenio - La Red PROCOSI

Producción:
Plural editores
c. Jacinto Benavente 2255
Teléfono: +591 (2) 241-1018, Casilla 5097, La Paz, Bolivia
eMail: plural@plural.bo / www.plural.bo

Impreso en Bolivia

Contenido

Presentación	7
Autores	9
Capítulo 1.	
Introducción. Deterioro social y pérdida de capital humano	11
Capítulo 2.	
Mercado laboral, ingresos y brechas salariales.....	29
Capítulo 3.	
Una mirada a la educación	53
Capítulo 4.	
Panorama de la salud	81
Bibliografía	111

Presentación

Bolivia, lo mismo que otros países de Latinoamérica y del mundo, ha sido fuertemente golpeada por la pandemia del COVID-19 y por el colapso económico y social que le acompañó. La emergencia sanitaria desnudó la vulnerabilidad de la sociedad boliviana y sus dificultades para hacer frente a una crisis múltiple y de efectos dramáticos. También se hicieron evidentes las severas limitaciones de los sistemas de salud y educación, así como la debilidad de las redes de protección social para la población con menos ingresos o en situación de pobreza.

La vuelta a la normalidad ha sido un proceso lento y asimétrico en los distintos sectores económicos y productivos, lo cual, en un entorno de crecimiento informalización y precarización laboral, ha supuesto dificultades añadidas para recuperar los niveles de empleo de la fuerza laboral, con la consiguiente reducción de los ingresos de las familias.

Todo este cuadro configura una crisis social de importantes dimensiones, que amenaza con prolongar el impacto de la pandemia en las condiciones de vida de la población y también con llevar al país a un retroceso en los indicadores de pobreza, desigualdad, calidad de empleo, salud y educación, entre otros.

Analizar las dimensiones sociales de la emergencia sanitaria y sus secuelas en la economía y la vida de los bolivianos es el propósito principal del presente informe producido conjuntamente por la Fundación Milenio y la Red PROCOSI.

Este informe es producto de un prolijo trabajo de investigación, en el que se han examinado y procesado datos e información relevante de distintas fuentes, sistematizado opiniones expertas y de actores involucrados en programas de gestión social, así como valoradas las acciones de gobierno y otras respuestas de política pública.

La investigación y elaboración del informe ha estado a cargo de un equipo multidisciplinario de alto nivel, bajo la responsabilidad institucional de la Fundación Milenio, y con la participación y colaboración de la Red PROCOSI.

La estrategia que orienta y enmarca este estudio es ofrecer una visión comprensiva de la situación social del país, a la luz de las consecuencias del COVID-19 y la crisis múltiple de los últimos tres años, poniendo especial atención en las dimensiones y determinantes de la crisis social, así como en las lecciones que se derivan de estos

eventos y de los cuales los bolivianos debemos aprender mucho, a fin de reforzar y elevar la calidad de las políticas y programas sociales.

Este informe no abarca los múltiples aspectos que hacen a la problemática social. Su objeto y alcance está acotado a las cuestiones que se constituyen en elementos centrales de la cuestión social, como son los temas del mercado laboral, los ingresos laborales, la educación y la salud; temas ciertamente conspicuos desde la perspectiva del capital humano y la lucha contra la pobreza.

Debemos decir que en este proyecto colaborativo de la Fundación Milenio y la Red PROCOSI, ambas organizaciones han volcado lo mejor de sus capacidades y experiencias: Milenio, como centro de pensamiento independiente y abocado a la producción de conocimientos y políticas públicas en materia económica, social, política y desarrollo sostenible; y PROCOSI como entidad asociativa de 25 organizaciones sin fines de lucro nacionales e internacionales y con una experiencia de 35 años de vida institucional en gestionar proyectos de salud, educación, desarrollo económico, defensa de los derechos de la niñez y prevención de drogas, orientados a mejorar la calidad de vida de las personas en situación de vulnerabilidad.

Nuestra expectativa es que este libro, con los resultados y propuestas de la investigación realizada, y que ahora tenemos la satisfacción de entregar a consideración del público boliviano, sirva, ante todo, para que los ministerios y secretarías de gobierno, entidades descentralizadas, ONG, fundaciones, organizaciones sociales, universidades, centros de estudios, investigadores, líderes de opinión, agencias de cooperación internacional, periodistas y medios de comunicación, encuentren en esta publicación una herramienta útil y provechosa para su propio trabajo.

Impulsar el debate informado sobre las políticas y programas sociales, es otro de los objetivos que anima a esta publicación.

En Bolivia existen muchas entidades y personas que trabajan arduamente en la promoción social y a favor de los derechos humanos y que, por tanto, requieren respaldar su tarea en información veraz y confiable, tanto como en análisis serios de la problemática social. A estas entidades y personas está dedicado este libro.

La Paz, mayo de 2023.

Henry Oporto
Director Ejecutivo
Fundación Milenio

Víctor Terán Civera
Director Ejecutivo
Red PROCOSI

Autores

Henry Oporto: Sociólogo, investigador y ensayista. En el servicio público, ha sido alto cargo de la Vicepresidencia de la República, Director del Programa Nacional de Gobernabilidad y Viceministro de Planificación y de Tierras. Es Director de la Fundación Milenio, y Coordinador del proyecto investigativo en Bolivia sobre capital constructivo. Ha publicado varios libros, entre ellos, *¿Como somos?: ensayo sobre el carácter nacional de los bolivianos* (2019); *El capital corrosivo y los retos de buena gobernanza en Bolivia* (2021); *El capital constructivo. La inversión extranjera en Bolivia* (2022).

José Gabriel Espinoza. Economista de la Universidad Católica Boliviana, con una Maestría en Desarrollo Económico. Se desempeñó como economista de la Confederación de Empresarios Privados de Bolivia y de la Cámara Nacional de Comercio, y también como Asesor de la Cámara Nacional de Industrias. Ha trabajado como consultor e investigador de la Fundación Milenio, la Fundación Konrad Adenauer, la Friedrich-Ebert-Stiftung, la OIT y la Central Obrera Boliviana. También ha colaborado con municipios y gobernaciones en la elaboración de planes de desarrollo y en la identificación de rubros claves para la diversificación económica. Ha sido Director del Banco Central de Bolivia. Actualmente se dedica a tareas de inteligencia económica para empresas privadas. Tiene varias publicaciones sobre innovación, competitividad, economía digital, evaluación e historia económica de Bolivia.

Ernesto Yáñez Aguilar. Economista de la Universidad Católica Boliviana, con estudios de Maestría en Políticas Públicas en la Universidad Torcuato Di Tella y en Economía Aplicada en la Universidad Autónoma de Barcelona. Trabajó como consultor en organismos internacionales y nacionales como la OIT, PNUD, UNICEF, GTZ, BID, BM, USAID, UDAPSO y UDAPE, entre otros. Ha sido miembro de los directorios de NA-FIBO, SAFI UNION y Banco Central de Bolivia. Actualmente es investigador senior de la Fundación ARU, docente de la carrera de Economía en la Universidad Católica Boliviana y consultor en estadísticas educativas en la OREALC–UNESCO. Autor de varios artículos en temas de educación, pobreza, desigualdad y mercado laboral.

Guillermo Aponte Reyes Ortiz. Economista de la Universidad Católica Boliviana, Académico de Número de la Academia de Ciencias Económicas de Bolivia, Investigador Colaborador del Centro Iberoamericano del Instituto de Relaciones Internaciona-

les de la Universidad de Sao Paulo. En el servicio público, ha sido Presidente del Banco Central de Bolivia; Superintendente de Pensiones, Valores y Seguros; Viceministro de Pensiones y Seguros; Presidente de la Asociación de Supervisores de Seguros de América Latina (ASSAL); Subsecretario de Seguros Médicos de la Secretaría Nacional de Salud del Ministerio de Desarrollo Humano; Gerente General de la Caja Nacional de Salud. También ha trabajado como consultor de organismos como la OPS OMS, para la reorganización del Ministerio de Salud de Colombia; Banco Mundial, para la Reforma de Salud; BID, CAF y OIT, en Microseguros; la Universidad de Harvard, para la Reforma del Sistema de Pensiones de Centro América.

Patricia Philco-Lima. Médico de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA); Magíster en Epidemiología Clínica; en formación en el Doctorado en Medicina e Investigación Traslacional. Es Docente Investigadora de la Unidad de Epidemiología Clínica del Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo de la Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica de la UMSA. También es Coordinadora Académica de Programas de Salud Pública de la Unidad de Postgrado Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica de la UMSA.

CAPÍTULO 1

Introducción

Deterioro social y pérdida de capital humano

En América Latina, el atraso educativo, tan conectado con el atraso económico-social, es una rémora no solo del bienestar de la gente sino de la democracia como entidad real.

Sergio Ramírez¹

Han transcurrido más de tres años desde que la Organización Mundial de la Salud caracterizó el COVID-19 como una pandemia, el 11 de marzo de 2020. En Bolivia, la detección de los primeros casos de COVID-19 ocurrió en los primeros días de marzo. Poco después el gobierno nacional declaraba estado de emergencia que se extendería por varios meses. La crisis sanitaria obligó a decretar un confinamiento de las personas, lo que supuso la paralización de negocios, empresas y actividades sociales, una medida sin precedentes y con consecuencias de gran calado en la economía, la política, la educación, la vida familiar y personal que nadie habría podido imaginar.

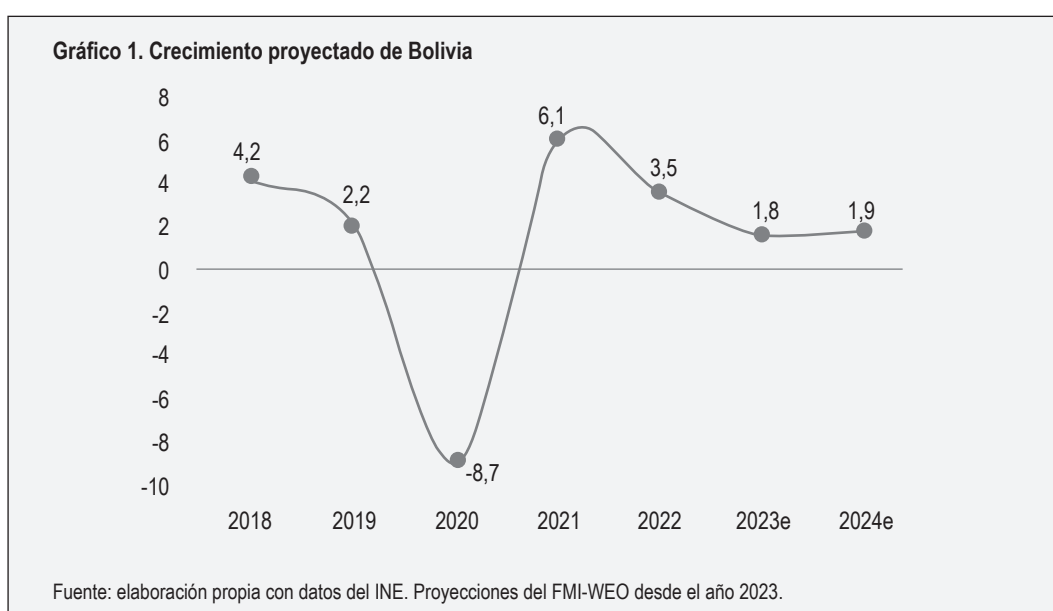
Se puede decir que el COVID-19 tuvo las características de un Cisne Negro.² No es exagerado decir que este hecho puso al país patas arriba, desencadenando episodios de caos, inestabilidad e incertidumbre muy pocas veces visto.

La pandemia gatilló una crisis sanitaria, social y económica profunda, cuyas secuelas permanecen, causando un evidente deterioro de las condiciones de vida de la población, así como de las capacidades humanas de los bolivianos. Es cierto que la pandemia ha ido remitiendo —en gran medida con la ayuda de una masiva vacunación y otras medidas de bioseguridad—, y que sus efectos más graves han quedado atrás, lo cual ha posibilitado el retorno a la normalidad. No obstante, la actividad económica y productiva viene lastrada por una recuperación débil y volátil.

¹ Entrevista al escritor nicaragüense Sergio Ramírez, en Letras Libres, 16 de febrero de 2023.

² “Cisne negro”: evento súbito, imprevisto y de un impacto disruptivo.

En efecto, la economía boliviana, que ya venía desacelerándose en los años anteriores, se desplomó a raíz del COVID-19, decreciendo en 8.7 por ciento del PIB en 2020, para rebotar un año después en 6.1 por ciento, que, sin embargo, no bastó para remontar al nivel de actividad económica prepandemia. En 2022 el crecimiento estimado del PIB se cifra en alrededor del 4 por ciento. Para los años venideros, las proyecciones del FMI muestran tasas aún más bajas: 2023; 1.8 por ciento; 2024: 1.9 por ciento. Son cifras que indican que la economía nacional está inmersa en un ciclo de bajo crecimiento y que el país afronta no pocas dificultades para mantener los niveles de empleo y bienestar, muy erosionados por la crisis reciente.



Si bien ya desde antes de la pandemia se podía percibir un grado de erosión en los niveles de bienestar –incluso un repunte de la pobreza–, no cabe duda de que ha sido a partir de la emergencia sanitaria de 2020 que se desata una crisis social de gran magnitud. El desarrollo de esta crisis ha puesto de manifiesto el deterioro de los indicadores sociales y ha desnudado las debilidades y carencias de los sistemas de salud, educación y protección social, así como la insuficiente capacidad de respuesta de la sociedad. Como resultado, se puede entrever la vulnerabilidad de la sociedad boliviana ante eventos como el COVID-19, y más recientemente la epidemia de dengue, que pueden provocar trastornos enormes. También son notorios los traspiés del país para avanzar en la senda del progreso social sin el riesgo de vivir importantes quiebres y retrocesos.

Estos son temas que abordamos en este informe, que, como lo sugiere su título general, tiene una perspectiva exploratoria de la situación social marcada por los grandes impactos

de la crisis múltiple desencadenada por la pandemia en 2020 y cuyos efectos se han prolongado de varias maneras en la realidad económica y social. De los muchos aspectos que hacen a la problemática en cuestión, en este estudio se prioriza el análisis de los temas de empleo, ingresos laborales, pobreza, educación y salud pública –de suyo relevantes para una aproximación a la compleja situación social– y para los cuales se cuenta con una masa crítica de datos estadísticos –aunque incompletos y retrasados– y otras evidencias que pueden ser sistematizadas y ordenadas con cierto grado de confiabilidad.

En este primer capítulo, además del planteamiento general del informe, se expone una síntesis de las cuestiones examinadas con detalle en los otros tres capítulos, y que se complementa de forma breve con el punto relativo a los indicadores de pobreza. Posteriormente, y a modo de conclusiones generales, se hace hincapié en las principales lecciones que pueden derivarse de la crisis social y de la manera cómo el país viene enfrentándola.

LA PRECARIZACIÓN DEL EMPLEO

El impacto de la pandemia sobre el mercado laboral ha sido considerable, sobre todo en pérdidas de puestos de trabajo y deterioro de la calidad del empleo. Durante el segundo y tercer trimestre de 2020 la tasa de desempleo escaló al 8.4 por ciento y 11 por ciento, respectivamente, para luego descender a 4.3 por ciento en el cuarto trimestre de 2022; un nivel similar al registrado a fines de 2019. Si bien los efectos negativos han tocado a los distintos estratos de la Población Económicamente Activa (PEA), han sido los jóvenes, las mujeres, los trabajadores con menos escolaridad y calificación laboral, quienes han sentido con más intensidad que el resto, lo que se ha traducido en una pérdida desigual de ingresos.

En el comportamiento del mercado laboral se distinguen dos fases: En la primera (segundo y tercer trimestre de 2020), el desempleo se disparó, a la vez que la tasa de formalidad aumentó, pero no por una mejoría de las condiciones de trabajo, sino por una caída sustancial del empleo informal; esto vino aparejado con la reducción de salarios y/o del número de horas trabajadas –como una estrategia de alguna manera concertada de empleadores y trabajadores para evitar la pérdida de empleos–, y con diferencias por género, ya que fueron las mujeres las que perdieron más empleos, viéndose en muchos casos obligadas a abandonar el mercado laboral. Desde el cuarto trimestre de 2020, y a lo largo de los siguientes dos años, cuando la economía se abrió y tomó una senda de recuperación, el desempleo tendió a bajar y se crearon nuevos puestos de trabajo, principalmente en el mercado informal; esta fase se caracterizó por tasas mayores de autoempleo y subempleo y por condiciones laborales peores, siendo las más afectadas las mujeres.

A diferencia de otras crisis del pasado, cuando el cuentapropismo y la informalidad actuaban como válvula de escape, durante la pandemia el impacto inicial se sintió mucho más en el empleo informal. Pero ya con la reactivación de la economía en marcha, se observa que la recuperación del empleo, paradójicamente, tiene lugar con el empuje del empleo informal y precarizado.

En este marco general se advierten varios cambios en la trayectoria del mercado laboral: (1) Cae la tasa de desempleo a los niveles de antes de la pandemia, y también cae la Población Económicamente Inactiva (personas en edad de trabajar, pero forzadas a salir del mercado, imposibilitadas de buscar trabajo), que durante la pandemia llegó a representar casi un 24 por ciento de la PEA, para reducirse rápidamente y estabilizarse el 2022 en algo más de 14 por ciento (tres puntos menos que en 2019); quiere decir que ahora hay más gente que sale a buscar trabajo y que la oferta de mano de obra ha aumentado. (2) Sube la Tasa Bruta de Participación Laboral, sobre todo de las mujeres, lo que sugiere que más mujeres ingresan al mercado laboral para contribuir al ingreso familiar. (3) Se incrementa la tasa subocupación, aunque la tendencia se ha moderado con respecto a los instantes más duros de la crisis; en el caso de las mujeres, la tasa de subocupación de 8.5 por ciento de fines de 2022 es superior a la registrada en los tres años antes de la pandemia. (4) La subocupación se expresa también en menos horas semanales de trabajo: si en 2020, el promedio era de 39,74 horas, en 2022 el promedio es de 39,61 horas, con una variación de -0.13, debido sobre todo a una caída general en las horas trabajadas por las mujeres de 0,4 horas (casi media hora semanal); lo cual puede explicarse por el cierre de empresas, la atomización de actividades productivas, las medidas de distanciamiento social, las mermas en la demanda de bienes y servicios, una menor producción nacional, todo lo cual trae consigo rebajas de remuneración particularmente en los oficios no calificados. (5) Se desacelera la creación de nuevos empleos, que, en el último trimestre de 2022 e inicios de 2023, arroja un promedio de cerca de 60 mil nuevos empleos (y de solo algo más de 48 mil empleos en marzo del 2023), lo que resulta bajo si se compara con los momentos previos a la pandemia, cuando la cifra estaba en alrededor de 120 mil nuevos empleos.

De este modo, algunos cambios que pudieron ser coyunturales, originados en el contexto de la crisis sanitaria de 2020, pueden estar haciéndose permanentes, introduciendo modificaciones relevantes en la composición del mercado laboral. Así, disminuye la tasa de desocupación, aumenta la oferta de mano de obra, pierde fuerza la creación de nuevos empleos, crece la subocupación y el autoempleo –especialmente de las mujeres–. El incremento de la oferta de mano de obra en el mercado es un claro indicio de las

dificultades crecientes de la economía para crear puestos de trabajo, un fenómeno que se percibe más intenso desde fines de 2022, y que podría estar señalando el riesgo de saturación del mercado laboral, lo que hace más incierto su desempeño futuro.

Es indudable que la economía ha podido recuperar los niveles de ocupación prepandemia, pero el empleo prevaleciente es empleo de muy baja calidad. Esto es consistente con la incesante expansión de la economía informal. El comportamiento del trabajo sin cobertura de seguridad social de largo plazo (característico del empleo informal) fue muy volátil después de la cuarentena: primero, recuperando todo el empleo perdido hasta el primer trimestre del 2021 y, luego, creciendo hasta el segundo trimestre del 2021; momento en el que el ritmo de crecimiento empieza a detenerse rápidamente. De hecho, en el primer y segundo trimestre de 2022, en el sector informal se perdieron un poco más de 80 mil empleos con respecto a finales de 2021. Esto valida la hipótesis de la recuperación menguante de la economía y la ocupación basada en trabajos informales.

Una cuestión que debe suscitar preocupación es que el aumento de la oferta de mano de obra se produce en detrimento de la educación de los jóvenes. En efecto, mientras la situación laboral de quienes ya estaban empleados se deterioraba, la respuesta de muchos hogares ha sido ofrecer la fuerza de trabajo de un mayor número de sus integrantes, incluyendo la de los jóvenes que debieron emplearse o participar del negocio de la familia mucho antes de lo esperado, y, con ello, relegando su formación educativa. Este abandono temprano de la educación anticipa consecuencias de largo plazo sobre la productividad laboral, la movilidad social y la pobreza.

LA CAÍDA DE INGRESOS

Si bien la economía ha podido recuperar el nivel de ocupación prepandemia de forma relativamente rápida, las condiciones laborales han empeorado mayormente, puesto que la reactivación del empleo viene de la mano de un aumento del cuentapropismo, la subocupación y la reducción del número de horas trabajadas, tanto en el sector empresarial como en el sector informal. Todo ello se refleja en la caída de los ingresos laborales, siendo los más afectados las mujeres, los jóvenes y los estratos con menor escolaridad y calificación laboral.

Durante el período de pandemia el ingreso laboral promedio bajó hasta 2.672 bolivianos, implicando una caída de 9 por ciento con relación a comienzos de 2020, para luego recuperarse, pero sin llegar a alcanzar las cifras anteriores. Ya para inicios de 2021 el ingreso había sufrido un nuevo deterioro, estabilizándose en alrededor de 2.600 bolivianos, esto es, un 12 por ciento por debajo del monto promedio prepandemia.

Todo ello en correlación con un menor dinamismo económico general, que, por cierto, impacta sobre los ingresos de todos los trabajadores, aunque con diferencias. Así, en comparación con inicios del 2020 (justo antes de la pandemia), los ingresos de los trabajadores más jóvenes (de 14 a 24 años) cayeron un 10,3 por ciento, mientras que los ingresos de los trabajadores entre 25 y 44 años lo hicieron en 12,7 por ciento y los de 45 a 60 años en 13,2 por ciento.

Por otro lado, la brecha salarial de género se ha acentuado. Antes de la pandemia, en promedio, los ingresos de los varones se situaban entre 29 y 32 por ciento más que los de las mujeres. También se ha observado que el margen de ingresos de las mujeres, a medida que se sube en los rangos de edad, es considerablemente menor que el margen de ingresos de los hombres. Esto ocurre incluso con independencia de la experiencia laboral o la formación educativa. Vale decir que la devaluación de los ingresos laborales ha afectado de forma desproporcionada a las mujeres; de hecho, mientras que para las mujeres la caída de ingresos respecto a inicios del 2020 estuvo en torno al 16 por ciento, los ingresos de los hombres registraron una caída general de 12 por ciento.

Así pues, no obstante que los niveles de ocupación han vuelto a la situación de antes de la pandemia, el ingreso laboral sigue fuertemente deprimido. Esta sería una razón prominente para que muchas más personas deban buscar otras fuentes de ingreso, y también para la entrada temprana de los miembros más jóvenes de las familias al mercado laboral, presionando los ingresos a la baja, y antes que nadie de las mujeres jóvenes. Esto vuelve plantear el dilema complejo que afrontan muchos jóvenes respecto de sus oportunidades de educarse y formarse, que refuerza la hipótesis de la caída de los retornos de la educación, algo que eventualmente podría frenar el ritmo acelerado de incursión de las mujeres a la educación en sus varios niveles.

Una de las razones que empuja hacia abajo los ingresos es la baja productividad de las actividades informales, familiares y de pequeña escala (que representan aproximadamente el 60 por ciento de las actividades económicas, en el área urbana), que a menudo solo permite hacer negocios y emprendimientos de muy baja especialización como el comercio al por menor u otros diversos servicios. No obstante, tienen muchas dificultades para acrecentar sus negocios y diversificarlos, de manera que éstos permanecen en rangos de ingresos bajos, con la excepción de algunos grupos familiares que sí han conseguido éxito y prosperidad notables.

EL REZAGO EDUCATIVO

En las últimas décadas nuestro país registró progresos educativos en el acceso y la finalización de los estudios escolares. Antes del COVID-19 se percibía una educación primaria casi

universal, una educación secundaria que, aunque no alcanzaba los niveles de asistencia deseados, sí exhibía avances importantes, mientras que el nivel inicial incrementaba su cobertura de forma sostenida. Si bien estos resultados se traducen en mejoras de equidad y oportunidades educativas, los bajos resultados en términos de aprendizajes ponen en entredicho estos logros, tanto más por el efecto pernicioso de la pandemia.

La sociedad boliviana, como otras de la región, vivió la emergencia sanitaria sumida en una profunda crisis de aprendizajes. La crisis de aprendizajes alude a que la mayoría de los niños y adolescentes que asisten a la escuela no tienen los niveles mínimos de competencia en lectura, escritura y matemáticas; además de que el logro de aprendizajes está muy condicionado por los perfiles socioeconómicos de los estudiantes, lo que conlleva elevados índices de desigualdad educativa.

Tal como se evidenció en las pruebas de medición de aprendizajes del Tercer Estudio Regional Comparativo y Explicativo (TERCE), de la UNESCO en 2017, aplicadas a alumnos de tercer grado de primaria, Bolivia muestra niveles de aprendizaje por demás preocupantes, expresados en tres aspectos: (1) El 74 por ciento de los estudiantes se ubica en los niveles de desempeño más bajos, y con las puntuaciones promedio por debajo del promedio latinoamericano; (2) La situación no mejora en sexto grado, pues cerca al 85 por ciento de los estudiantes tiene serias deficiencias en su aprendizaje. Esto implica que la mayoría de los estudiantes no entiende lo que lee y no tiene la capacidad adecuada de establecer relaciones ni de interpretar e inferir significados; (3) En matemáticas la situación es menos alentadora, puesto que 8 de cada 10 estudiantes de tercer grado y 2 de cada 3 en sexto grado se ubican en los niveles de desempeño más bajos, de manera que los estudiantes no dominan las habilidades necesarias para resolver problemas complejos.

Los niveles de desempeño son sistemáticamente más bajos en el área rural, entre los indígenas y en las escuelas públicas: en matemáticas (sexto grado), el puntaje promedio de los estudiantes no indígenas es de 673 puntos, mientras que el puntaje de alumnos indígenas se ubica 46 puntos por debajo. Estos resultados ilustran notorias brechas entre estudiantes de contextos socioculturales diferentes, además de que tienden a perpetuarse y ampliarse a medida que se avanza en los ciclos educativos. El sistema educativo, a pesar de garantizar el acceso a la primaria a casi todos los niños del país, no es capaz de proveerles las mismas oportunidades de aprendizaje.

En 2020, por la clausura del año escolar, dos terceras partes de la población en edad de asistir quedó marginada de la educación, exponiéndose a un mayor rezago en su aprendizaje. La asistencia escolar, durante y después de la crisis sanitaria, también se ha visto condicionada por las brechas de acceso a los medios digitales. Se sabe que la

disponibilidad de internet es una precondition para la educación no presencial, sin embargo, el país no estaba preparado para esta contingencia, ya que los grados de uso de internet, a fines de 2019, eran bajos, especialmente entre los más vulnerables; también los profesores mostraron marcados déficits para estructurar un modelo pedagógico virtual: de hecho, una amplia mayoría no contaba con computadora, y un elevado porcentaje carecía de aptitudes para enseñar bajo la modalidad virtual.

Aunque no se cuenta con datos precisos para determinar la magnitud del impacto sobre los aprendizajes, cálculos del Banco Mundial (2022), basados en el Estudio Regional Comparativo e Explicativo (ERCE) 2019 de la UNESCO, advierten de una disminución significativa en matemáticas y lectura, tanto en tercer como sexto grados. Asumiendo la duración real del cierre de escuelas en la región y una eficiencia media en las estrategias de mitigación, el Banco Mundial proyecta que los puntajes promedio se redujeron alrededor de 6,3 por ciento en ambos grados y en ambas materias. Otro estudio (Gasparini, 2022), estima que los estudiantes bolivianos perdieron el equivalente a cuatro quintas parte de un año escolar en aprendizajes (una de las pérdidas más altas en la región), y concentrada en buena medida en los estratos medios y bajos y en las áreas rurales.

Durante las gestiones 2021 y 2022, el Ministerio de Educación implementó una modalidad mixta de labores escolares presenciales, semipresenciales o remotas, y con el reto puesto en proteger las trayectorias educativas y recuperar los aprendizajes perdidos. Un balance provisional indicaría que este proceso de recuperación marcha con lentitud y de forma asimétrica. El aumento de la tasa de reprobación en estos años es una señal de que la pérdida de aprendizajes ya está afectando el desempeño escolar, lo cual supone que se profundiza la crisis de aprendizaje. Esta crisis del sistema educativo no solo se traduce en bajos aprendizajes sino también en un incremento de la probabilidad de abandono.

La crisis sanitaria y educativa ha abierto una ventana de oportunidad para reflexionar acerca del "qué", el "cómo" y el "para qué" de nuestra educación y, sobre esa base, lograr una visión compartida sobre la educación que queremos y por la cual estamos dispuestos a apostar, como sociedad, por un proyecto educativo de largo plazo. La calidad de la educación solo podrá mejorar si se articulan las necesidades y prioridades nacionales, las demandas sociales, las capacidades fiscales y los medios institucionales en una política de Estado. Sin embargo, no está claro, hoy mismo, que la opinión pública, el gobierno, el liderazgo político e intelectual, estén comprometidos con este desafío crucial.

UN SISTEMA DE SALUD COLAPSADO

La pandemia fue un evento disruptivo que dejó al descubierto la precariedad del sistema de salud: financiamiento insuficiente; segmentación y fragmentación de los servicios sanitarios;

déficit de recursos humanos, infraestructura, medicamentos y tecnologías; obsolescencia de los sistemas de gestión y de atención; crisis de la seguridad social; politización del sector público; falta de coordinación y articulación con el sector privado y con las organizaciones sociales que trabajan en programas de salud; inequidades en el acceso a los servicios médicos; deficiencias crónicas en las prestaciones. De ahí también la alta vulnerabilidad del país y de la población ante situaciones extremas como la pandemia del COVID-19.

La debilidad estructural del sistema de salud y las falencias de las instituciones que lo componen han agravado los rigores y sacrificios de la población, a la vez que han supuesto un impacto de mayor calado sobre la economía, el trabajo, los ingresos de los hogares y la situación fiscal del Estado. Esta vulnerabilidad ha vuelto a manifestarse con la epidemia de dengue que ha azotado a varias regiones del país, desde el mes de diciembre de 2022, y con más intensidad al departamento de Santa Cruz.

Son esas mismas debilidades que subyacen a las marcadas deficiencias en los distintos niveles de atención sanitaria, y particularmente en el Primer Nivel. Según las definiciones de la política del Ministerio de Salud, el modelo de atención vigente es el llamado Modelo SAFCI “Salud Familiar Comunitaria e Intercultural”. Paradójicamente, es en esta instancia donde la atención y los cuidados médicos se perciben más precarios por la falta de médicos, equipamiento, medicamentos, auxilios oportunos y otros recursos materiales, que impiden otorgar prestaciones con la calidad y la suficiencia debidas. Las falencias del Primer Nivel de Atención repercuten y se trasladan al Segundo y Tercer Nivel, que se agravan por más deficiencias en estos niveles, con los efectos que se ven diariamente de hospitales y servicios médicos abarrotados y colapsados.

Entretanto, hay poblaciones de las áreas urbanas y rurales desatendidas y sin posibilidades de acceder a los servicios de salud. Muchas veces estas personas y familias tienen como única alternativa las prestaciones que pueden ofrecerles las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la salud comunitaria y la atención de poblaciones jóvenes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad y otros grupos sociales vulnerables.

Tampoco la seguridad social de corto plazo goza de buena salud. De hecho, las múltiples cajas de salud atraviesan una crisis prolongada, que incluso podría haberse agravado a raíz de la emergencia sanitaria creada por el COVID-19, y especialmente en el terreno financiero dadas las medidas y acciones de contingencia que se vieron obligadas a adoptar y con costos elevados y extraordinarios. Una dimensión mayor de la crisis de la seguridad social es su reducida cobertura poblacional, que tan solo alcanza a 3.524.442, en un país de 12 millones o más de habitantes; esto es, el 29.4 por ciento de la población total. Por cierto, el alcance limitado de la seguridad social refleja el achicamiento del sector formal

de la economía, y, por contrapartida, el notable avance del empleo informal desprovisto de la protección de la seguridad social para las necesidades médicas.

A la vista de la situación imperante, el epígrafe de este capítulo introductorio, referido al atraso educativo, vale también para el sistema de salud, cuya degradación es otra rémora para el bienestar social y el progreso económico y político del país.

Desde luego que la solución a la cuestión de la salud no es sencilla; se precisan medidas de fondo, estructurales, de largo plazo, políticas bien concebidas, apoyadas en datos, estudios, diagnósticos serios; un diálogo constructivo con los actores institucionales, sociales y políticos claves.

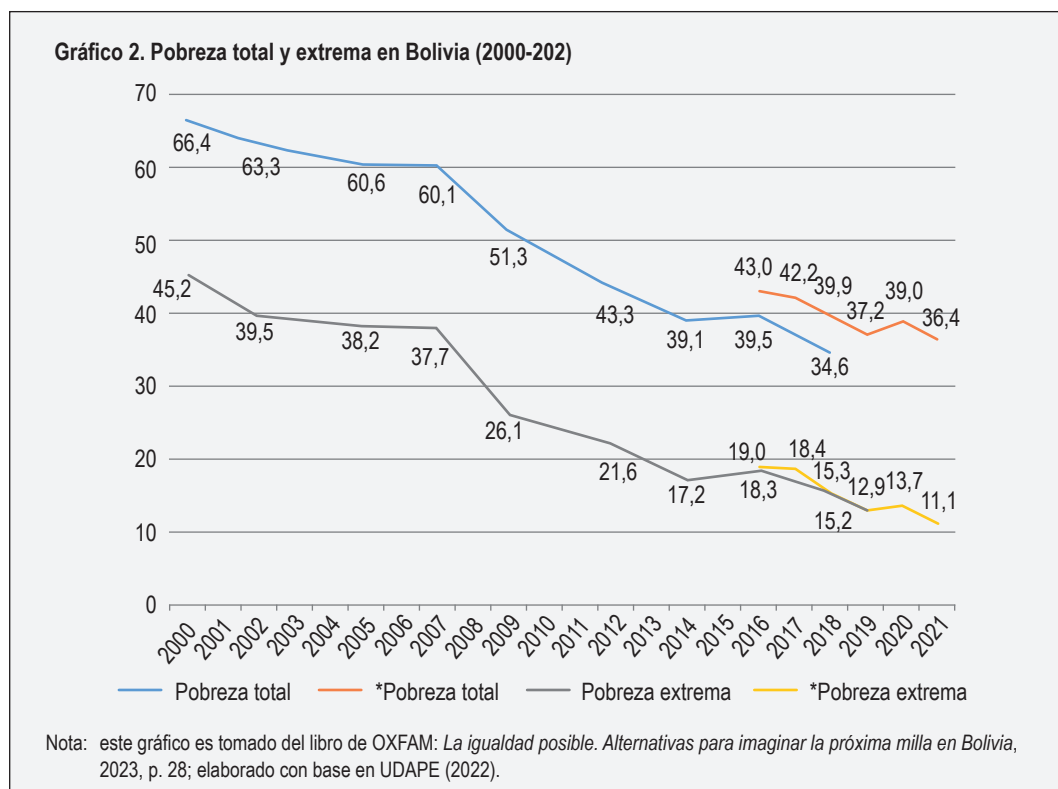
Las reformas necesarias deben enfocarse en tres cuestiones estratégicas: (1) adecuar el sistema de salud a la transición epidemiológica que vive Bolivia, y que comporta nuevos riesgos de salud y nuevas causas de morbi-mortalidad, a la vez que continúan prevaleciendo riesgos inmunoprevenibles y endémicos transmisibles y por los cuales todavía mucha gente se enferma y muere; (2) fortalecer el Primer Nivel de Atención, potenciando las capacidades institucionales, técnicas y profesionales, de manera que sea allí donde se resuelvan los problemas básicos de salud, con el concurso y participación de las comunidades locales; (3) la reingeniería institucional del sistema de salud pública, apuntando a constituir entidades especializadas de gestión en rubros específicos, dotadas de buena gobernanza, administración eficiente y transparente, bajo la supervisión y fiscalización de entidades independientes. Esta reforma institucional es una condición necesaria para obtener resultados de política pública que se traduzcan en mejoras perceptibles de acceso y calidad de los servicios y cuidados médicos.

LA TRAYECTORIA DE LA POBREZA

Desde principios del siglo XXI, la proporción de personas en situación de pobreza ha disminuido significativamente. La pobreza total, desde una incidencia de 66.4 por ciento en el año 2000, descendió a 36.4 por ciento en 2021. Un comportamiento similar ha tenido el indicador de pobreza extrema cuya incidencia redujo de 45.2 por ciento a 11.1 por ciento. Como resultado, algunos millones de personas salieron de la pobreza, aunque, bien es cierto, una proporción considerable engrosó el “estrato medio vulnerable”³ y con riesgo, por tanto, de recalar nuevamente en la pobreza. De hecho, a raíz de la pandemia del COVID-19, este riesgo se ha acentuado.

³ El estrato medio vulnerable, para 2019, se estima en 4.164.930 personas, que representa el 36 por ciento de la población total (calculada ese año en 11.521.552), siendo el segmento más denso de la estratificación social por ingreso. Los datos proceden de la publicación de OXAM en Bolivia: La igualdad posible. Alternativas para imaginar la próxima milla en Bolivia, enero de 2023.

En 2020 la pobreza total sube 1.8 por ciento (de 37.2 en 2019 a 39.0), mientras que la pobreza extrema asciende 0.8 por ciento (de 12.9 en 2019 a 13.7); sin embargo, estos incrementos se revierten en 2021: la pobreza rebaja a 38.4 por ciento, y la pobreza extrema cae a 11.1 por ciento. No hay datos de la situación de pobreza en el año 2022, para saber si esa última reducción ha continuado o se ha interrumpido.



Según el estudio de Ernesto Yañez (2023),⁴ el repunte de la pobreza durante 2020 (el año más crítico de la pandemia) ha de explicarse tanto por el desplome de la economía, como por un retroceso en la redistribución de los ingresos, ya que fueron los estratos más pobres los que redujeron su participación en el ingreso total. Dicho estudio enfatiza la contracción del mercado laboral que condujo los ingresos familiares a la baja, y disparó el desempleo. En ese contexto, el incremento de las transferencias gubernamentales en los años 2020 y 2021 tuvo una incidencia positiva al amortiguar el impacto de la cuarentena y la paralización de la economía en los hogares. La ayuda a las familias se canalizó a través de varios bonos: “Bono Familiar”, “Canasta Familiar” “Bono Universal”, “Renta Dignidad” y otros. Según datos del Ministerio

⁴ “Explicando los cambios en la pobreza en Bolivia durante el período 2020-2021, manuscrito, 2023.

de Economía y Finanzas Públicas, en los primeros meses de la emergencia sanitaria de 2020, más de 11 millones de personas recibieron uno o más bonos totalizando un gasto gubernamental de 4.439 millones de bolivianos, equivalente a 638 millones de dólares, durante ese primer período.⁵ Estas ayudas probablemente evitaron que muchas más personas recalaran en la pobreza y la extrema pobreza.

Un año después (2021), la reducción de la pobreza se habría favorecido de una cierta mejora en los ingresos laborales, en un momento de reactivación parcial del empleo, y en menor medida por el impacto de las transferencias gubernamentales.⁶

Si bien la falta de datos de 2022 no permite sacar conclusiones sobre la trayectoria de la pobreza en el escenario de salida de la pandemia, se debe considerar: (1) la menor tasa de crecimiento de la economía nacional en 2022, de 3.5 por ciento (2.6 puntos menos que un año antes; véase Gráfico 1), sugiere que la recuperación de la economía se ha debilitado, y que hay menos riqueza y oportunidades económicas generadas; (2) la ralentización en la creación de nuevos empleos –según los datos del primer trimestre de 2022– parecen configurar no solo un hecho coyuntural sino más bien una tendencia; (3) el deterioro en las condiciones laborales que resulta del aumento de la subocupación, la reducción del número de horas de trabajo a la semana, la mayor oferta de mano de obra en el mercado y en general la expansión del empleo informal y cuentapropista; (4) la caída en los ingresos laborales observada en 2022, en el orden del 12 ciento menos con respecto a los ingresos laborales de inicios de 2020; (5) el aumento de las brechas salariales, que han afectado sobre todo a las mujeres, los jóvenes y los estratos con menor escolaridad y calificación laboral; (6) la finalización de algunos bonos creados en los años 2020 y 2021 para proveer alivio a las familias, y de otras medidas de auxilio gubernamental a empresas y negocios, como los diferimientos de obligaciones tributarias, pagos de primas de seguro, amortización de créditos bancarios.⁷

A la vista de estos hechos, se diría que los factores que podrían impulsar una trayectoria descendente de la pobreza (básicamente, los ingresos laborales y las políticas redistributivas) se han debilitado, y hacia adelante el panorama social podría ser aún más difícil si las proyecciones de un crecimiento mediocre se confirman y continúan las restricciones fiscales, en un contexto de menos ingresos y alto déficit fiscal, como, de hecho, es muy probable.

⁵ Cf. Henry Oporto: “Apuntes sobre el plan de reactivación económica en el período de transición. Contexto, lineamientos y resultados”, en Cuaderno N° 10, IDEAS&DEBATE, Fundación Nueva Democracia, 2021.

⁶ Un análisis detallado de los diversos factores que inciden en la pobreza se encuentra en Yañez, *Ibid.*

⁷ Para un detalle de estas medidas y los montos programados, véase Henry Oporto: “Apuntes sobre el plan de reactivación económica en el período de transición...”, *Ibid.*

LAS LECCIONES DE LA CRISIS SANITARIA Y SOCIAL

1. La sociedad boliviana ha mostrado su vulnerabilidad ante eventos catastróficos como ha sido la pandemia del COVID-19 y la crisis múltiple desencadenada. También se ha hecho evidente que el país no estaba preparado para contener sus efectos inmediatos y otros de mediano y largo plazo. En realidad, ningún país estuvo suficientemente listo para afrontar una emergencia sanitaria de tales dimensiones, aunque es cierto que algunos los estuvieron más que otros y exhibieron mayor resiliencia y capacidad de reacción, de manera que pudieron reponerse más o menos rápidamente. Ha quedado así demostrado que el impacto y devastación de esta clase de eventos y circunstancias depende mucho de las capacidades económicas e institucionales de las naciones, pero también de la efectividad de sus gobiernos para responder y actuar oportunamente.

En ese sentido, Bolivia ha dado muestras de debilidades y falencias significativas en materia de protección social, y tanto más por cuanto el aumento incesante de la informalidad determina que un elevado porcentaje de la población esté indefensa frente a la inseguridad económica y los riesgos de salud, de vejez y otros. Así pues, el curso de una crisis sanitaria, social y económica, de gran magnitud, ha sido inevitable y ha propendido a prolongarse en el tiempo. El deterioro de la mayoría de los indicadores sociales, registrados en este documento, así lo demuestra.

2. También se ha demostrado que los avances sociales no están garantizados, que incluso pueden ser reversibles. La coyuntura actual vuelve a corroborarlo. El peligro de estancamiento es mayor cuando la mejora de los indicadores sociales se afianza en cimientos frágiles; proceden de ingresos excepcionales (la bonanza exportadora de gas natural y otras materias primas), con un impacto muy favorable en la economía, el empleo y los ingresos familiares, pero que, finalizado ese auge, son difícilmente sostenibles. Tanto más si la recuperación del colapso económico derivado de la pandemia no es lo suficientemente vigorosa y rápida o está marcada por restricciones y contratiempos que socavan el financiamiento de las políticas y programas sociales.

La precariedad de los avances sociales (en empleo, ingresos, pobreza, desigualdad) tiene mucho que ver con la falta de progreso genuino en la construcción de capital humano —el factor clave de la movilidad social y la productividad—, que resulta sobre todo de la buena educación de las personas y de un cuidado de salud amplio y garantizado. Esta falta de progreso en las capacidades humanas se advierte claramente en el rezago de aprendizaje de los niños y jóvenes, así como una profundización de las desigualdades educativas preexistentes. El sistema de salud, por su parte, tiene carencias estructurales que frenan el acceso de amplios sectores a la asistencia sanitaria oportuna y de calidad,

lo que también explica la baja resiliencia y capacidad del país para mantener un curso continuado de inclusión social y reducción de pobreza.

3. El desarrollo social, bien es cierto, requiere de un entorno político e institucional sólido y estable, en el que se pueda avanzar en reformas estructurales que modifiquen las condiciones de educación, salud y protección social, construyendo institucionalidad y responsabilidad democrática de los gobiernos y forjando consensos políticos y sociales que preserven las buenas políticas y enmienden y mejoren otras, pero sin comenzar de cero. Cuando estas condiciones están ausentes, la senda de desarrollo social se pone cuesta arriba y puede fácilmente detenerse. La experiencia de los últimos años enseña hasta qué punto un clima de incertidumbre e inestabilidad política y con problemas serios de gobernabilidad puede ser un escollo para desarrollar políticas sociales eficaces y con resultados e impactos positivos perdurables.

4. Sin duda, un enfoque de derechos en las políticas sociales es importante y necesario porque empodera a los individuos y a los grupos sociales más necesitados y les da la fuerza y legitimidad para hacer valer sus reivindicaciones e impulsar el progreso a niveles más inclusivos. Es así como se han desarrollado las sociedades democráticas y modernas. Pero la afirmación de derechos no basta; y hasta puede ser ilusoria si no viene acompañada de acciones eficaces que los hagan posibles, incluso contraproducente cuando se deja de promover el principio de responsabilidad personal.⁸

Lo que queremos subrayar es que no basta con la voluntad política, aunque sea una influencia relevante. Construir un Estado de bienestar es una aspiración loable y legítima, pero difícilmente alcanzable en un país pobre y con una economía frágil que no genera la riqueza necesaria para sustentar políticas redistributivas y desarrollar su capital humano. Ello no significa desmerecer la importancia de los bienes públicos y las prestaciones que el Estado debe proveer. La cuestión es articular el sistema de protección social con las posibilidades materiales de la administración pública y con el compromiso de la sociedad y de modo tal de lograr un sistema funcional, viable y sostenible. Y, precisamente por ello, cobra enorme relevancia la construcción de políticas e instituciones eficientes en la educación, la salud y la asistencia social, involucrando a la sociedad civil y al sector privado, bajo el principio de responsabilidad social compartida. Hoy en día nuestras políticas e instituciones están lejos de poder garantizar servicios de acceso universal de forma efectiva, y no solo en el papel.

⁸ También debe prestarse atención al riesgo moral frecuentemente implicado en los programas sociales, cuando el Estado asume demasiados compromisos y genera dependencia excesiva de las personas hacia el gobierno, debilitando su propia responsabilidad y capacidad de cuidar de sí mismas.

5. Lo anterior debe llevarnos a concebir el papel del sector público con más realismo y prudencia, y bajo la premisa de que el tamaño del Estado es mucho menos importante que su calidad. La experiencia boliviana demuestra que cuando el Estado quiere estar en todo y hacer de todo, al final no hace nada bien; en el balance de la intervención estatal prevalece la ineficiencia y el desperdicio de recursos fiscales, siempre escasos.⁹ En el país existen capacidades instaladas en los sectores privado y de organizaciones no gubernamentales, no aprovechadas suficientemente y de forma inteligente, mientras que los servicios controlados por el Estado están colapsados. De otro lado, la centralización excesiva de las políticas sociales conspira contra los buenos resultados. A pesar de la vigencia legal del régimen de autonomías, en la práctica poco se ha avanzado en la descentralización efectiva de la salud y la educación. Es verdad que no todo se explica por el afán del Ejecutivo de concentrar las decisiones y el manejo de los recursos; también cuentan las precarias condiciones de muchos de los gobiernos locales (y también de gobiernos departamentales) para cumplir sus deberes, asumir y ejercitar sus competencias normativas.

En el capítulo 3, sobre el sistema de salud, se propone la idea de un modelo metropolitano de atención médica, integrando los servicios e infraestructura de los centros urbanos y periurbanos, bajo la autoridad de una instancia metropolitana, dotada de competencias definidas y poder de decisión. Esta forma de gobernanza sería la respuesta a la dispersión de roles, duplicidad de recursos, fragmentación y segmentación de servicios, conjugando los recursos humanos y materiales de varias entidades territoriales, y también los que pueden aportar los actores privados y las ONG dedicadas a la salud; con la ventaja de acercar las decisiones a la gente.

6. La emergencia sanitaria en 2020 obligó a asignar una cantidad mayor de recursos para atender las necesidades médicas y proveer alivio a las familias y empresas. Según la CEPAL,¹⁰ el gasto social público¹¹ alcanzó el nivel más alto, para situarse en 16.7 por ciento del PIB (incluso por encima del promedio sudamericano que fue de 15.3 por ciento), producto tanto del aumento real del gasto social como del decrecimiento del PIB ese mismo año (-8.7 por ciento). No existe información del gasto social público para los años 2021 y 2022, por lo que no es posible saber si el nivel de gasto del 2020 se estabilizó

⁹ Francis Fukuyama advierte que muchos países pobres están atrapados en un ciclo en el cual un Estado de mala calidad no presta servicios esenciales. “Los gobiernos pueden acabar hinchados, lentos y burocráticos y, al mismo tiempo, manifiestamente débiles e incapaces de prestar los servicios necesarios”. Véase su libro: *El liberalismo y sus desencantados*, DEUSTO, 2022, p. 44.

¹⁰ CEPAL: *Panorama social de América Latina y el Caribe 2022. La transformación de la educación como base del desarrollo sostenible*, 2022, pp. 236-254.

¹¹ Corresponde al gasto social del gobierno central; no existe el dato del gasto social del gobierno en general.

o se redujo, tal como ha sido la trayectoria de muchos países de la región. En nuestro caso, el gasto social de 2021 se repartió en Protección Social (transferencias) 40.9 por ciento, Educación 39.5 por ciento, Salud 16.7 por ciento y Vivienda 2.9 por ciento.

Un indicador más relevante es el gasto social per cápita. Los datos de la CEPAL, para el año 2022,¹² indican que el gasto social del gobierno central de Bolivia fue de 537 dólares,¹³ y con diferencia apreciable del gasto social per cápita de otros países latinoamericanos: Chile 2.960 dólares, Uruguay 2929 dólares, Brasil 1.973 dólares, Argentina 1753 dólares, Costa Rica 1.468 dólares, Panamá 1.454 dólares, Colombia 979, México 894 dólares, Perú 831 dólares, Ecuador 643 dólares, Paraguay 643 dólares. A la vista de tales cifras, no cabe duda de la importancia de reforzar el gasto social en Bolivia, para así también aproximar el nivel del gasto per cápita a los niveles conseguidos en la región (algo que hoy en día puede ser difícil de lograr en el contexto de las restricciones fiscales del gobierno, pero que, así y todo, debería ser un desafío ineludible hacia el año 2030).

Ahora bien, tan importante como incrementar el gasto social en Bolivia es la sostenibilidad del financiamiento y, obviamente, la efectividad y eficiencia del gasto social, lo cual es inseparable de la calidad de la gestión pública y, por tanto, de la eficacia de la institucionalidad social. La cuestión es asegurar prestaciones a un nivel que pueda ser soportado por las finanzas públicas a largo plazo.

7. Precisamente, uno de los grandes desafíos es forjar una institucionalidad social robusta y transparente. La institucionalidad es el conjunto de normas y estructuras organizacionales y operativas con las que se gestiona la política social, desde el diagnóstico y la priorización de objetivos, hasta la implementación y la evaluación de resultados. Una institucionalidad social fortalecida (con personal reclutado y promovido por méritos y no por clientelismo) es fundamental para acometer políticas sociales de calidad, y para el uso eficiente, transparente y legítimo de la inversión social. Contrariamente –es el caso nuestro–, una estructura institucional débil, inestable y opaca, es un obstáculo relevante y una fuente constante de despilfarro, inoperancia y desconfianza de la gente hacia la acción pública.

8. Uno de los grandes problemas en Bolivia es que las políticas y programas sociales generalmente no se evalúan ni se someten a escrutinio público; no existen mecanismos de monitoreo y medición de resultados, y los que hay no funcionan o carecen de profesionalidad y autonomía, de manera que poco o nada pueden aportar a la evaluación

¹² Ibid.

¹³ En dólares constantes de 2018.

imparcial y objetiva. La cuestión se agudiza por la falta de información y rendición de cuentas genuina; los sistemas de información de las entidades públicas son deficientes y obsoletos (y esto ocurre en todos los niveles de gobierno). No es exagerado decir que las políticas educativas y de salud y en general la política social se mueven a ciegas, lo que socava la calidad de las decisiones.

Particularmente en lo que hace a la educación, si ya la ausencia de información sobre aprendizajes era una gran falencia antes del COVID-19, después de la crisis sanitaria la necesidad de contar con datos sobre logros de aprendizaje en particular y calidad de la educación en general ha tomado un carácter urgente. La producción de estos datos, su transparencia y libre acceso, son fundamentales para la política educativa, la administración escolar y la práctica pedagógica; solamente contando con evidencias verificables será posible acelerar la recuperación de los aprendizajes perdidos.

Es también imperioso evaluar las políticas educativas, de forma rigurosa y sistemática. Llevamos décadas sin conocer a ciencia cierta los resultados e impactos de las políticas y programas implementados. La rendición de cuentas no debe limitarse a la ejecución presupuestaria o al número de escuelas construidas. Lo que realmente importa es generar información, hacer mediciones, participar en pruebas nacionales e internacionales y de modo tal que se pueda apreciar la calidad educativa y el progreso en los aprendizajes de los alumnos; información que luego debe trasladarse a los padres de familia y a la sociedad en general.

9. Este conjunto de desafíos presupone que el Estado ha de centrarse en la cuestión del desarrollo social y en los cambios en la educación y la salud, así como en consolidar un sistema de protección social ante los riesgos de inseguridad económica, pobreza extrema, desempleo, desnutrición, vejez, etc. Justamente, la crisis sanitaria y social ha relevado la importancia de los programas de transferencias y subsidios para la protección de grupos vulnerables, pero también la necesidad de evaluar sus resultados y su sostenibilidad financiera (cuestión no abordada en este estudio). Una asignatura pendiente es construir un sistema de protección social eficiente y con objetivos bien definidos, focalizando sus acciones y beneficiarios de manera que la asistencia estatal llegue a quienes más lo necesitan y sirvan de apoyo efectivo a la inclusión y la superación de la pobreza.

Pero todo ello no será posible si es que el Estado no redefine sus prioridades y no se concentra en aquello que la sociedad precisa y demanda más (seguridad integral, servicios básicos de amplia cobertura y de calidad, capital humano calificado, justicia confiable, protección de los grupos vulnerables y más carenciados), disponiendo para ello de recursos humanos y materiales suficientes; a la vez que descentralizando

la gestión de los servicios sociales, en un marco de coordinación y cooperación institucional eficiente, y transfiriendo y delegando prestaciones al sector privado y a las organizaciones sociales sin fines de lucro (cuyo rol merece ser revalorizado), dentro de un modelo de múltiples proveedores y sana competencia. Ello no significa debilitar el papel del Estado; al contrario, se trata de reforzar sus capacidades institucionales y liberar los recursos –siempre escasos– que a menudo se pierden o se malgastan, para reasignarlos a lo que es primordial para la sociedad.

CAPÍTULO 2

Mercado laboral, ingresos y brechas salariales

Las huellas de la pandemia del COVID-19 en el mercado de trabajo son enormes, principalmente para los jóvenes, las mujeres, los trabajadores con menos escolaridad y los que se mueven en el mercado informal que han sentido los efectos en mayor proporción que el resto. El resultado es un retroceso importante en algunos de los avances que se habían logrado en las últimas dos décadas.

El impacto de la pandemia se ha expresado no sólo en pérdidas de puestos de trabajo, sino también en la reducción de salarios, así como en menos horas trabajadas (una estrategia acordada entre empleadores y trabajadores a fin de evitar la pérdida de empleos); y además con importantes diferencias por género, puesto que son las mujeres las que perdieron más empleos, viéndose obligadas, muchas veces, a abandonar el mercado laboral, y cuando pudieron volver lo hicieron en jornadas de menos horas y con salarios menores en una mayor proporción que los hombres.

Esta situación de contingencia, sin embargo, tiende a hacerse permanente, con la consecuencia de que socava los ingresos de los trabajadores y debilita la capacidad de gasto y consumo de las familias; consiguientemente, la reactivación económica pierde fuerza. El debilitamiento de la demanda interna es tanto una causa como un efecto del menguante desempeño de la economía nacional, que tiende al estancamiento.

En el escenario postCOVID-19 el desempleo ha disminuido, pero la estructura del mercado laboral y los mecanismos sobre los que esto ha sucedido dejan claros los siguientes aspectos:

- El desempleo vuelve a un nivel relativamente bajo, pero la calidad del trabajo empeora.
- Se reduce el ritmo de creación de nuevos empleos.
- El mercado informal sufrió el mayor golpe, mostró la recuperación más acelerada, pero ahora afronta una recaída.
- La mayor ocupación se logra a costa de menos horas de trabajo, lo que implica menos ingresos

- Las brechas salariales de género se profundizan, y son transversales a los mercados público, privado, formal e informal.

La consecuencia directa de este entorno laboral sobre los indicadores de pobreza y desigualdad en el futuro son preocupantes, sobre todo porque los retornos de la educación, que ya venían deteriorados antes de la pandemia, hoy en día parecen ser todavía menores. Como consecuencia de ello, el desafío de conseguir un mercado laboral mejor y con más oportunidades también se ha intensificado mucho más.

LOS IMPACTOS SOBRE EL EMPLEO

Un aspecto central para entender cómo esta crisis ha impactado sobre el empleo ha sido el estallido súbito de una emergencia de salud de grandes proporciones. La respuesta de las autoridades consistió en tomar una serie de medidas sanitarias para mitigar los contagios y el número de muertes, además de decretar una cuarentena rígida, que luego dio paso a una modalidad de restricción más flexible con la aplicación de protocolos de bioseguridad, para un retorno gradual a las actividades económicas, y en jornadas laborales con horarios menores a los usuales. Sin embargo, ello no evitó que se desencadenara una de las peores recesiones desde la hiperinflación de los años 80. De hecho, la caída en el PIB en 2020 llegó a ser de -8,7 por ciento, una de las más pronunciadas de América Latina, y en parte también como consecuencia del deterioro de las condiciones económicas que ya se dejaba sentir desde el tercer trimestre del 2019.¹⁴

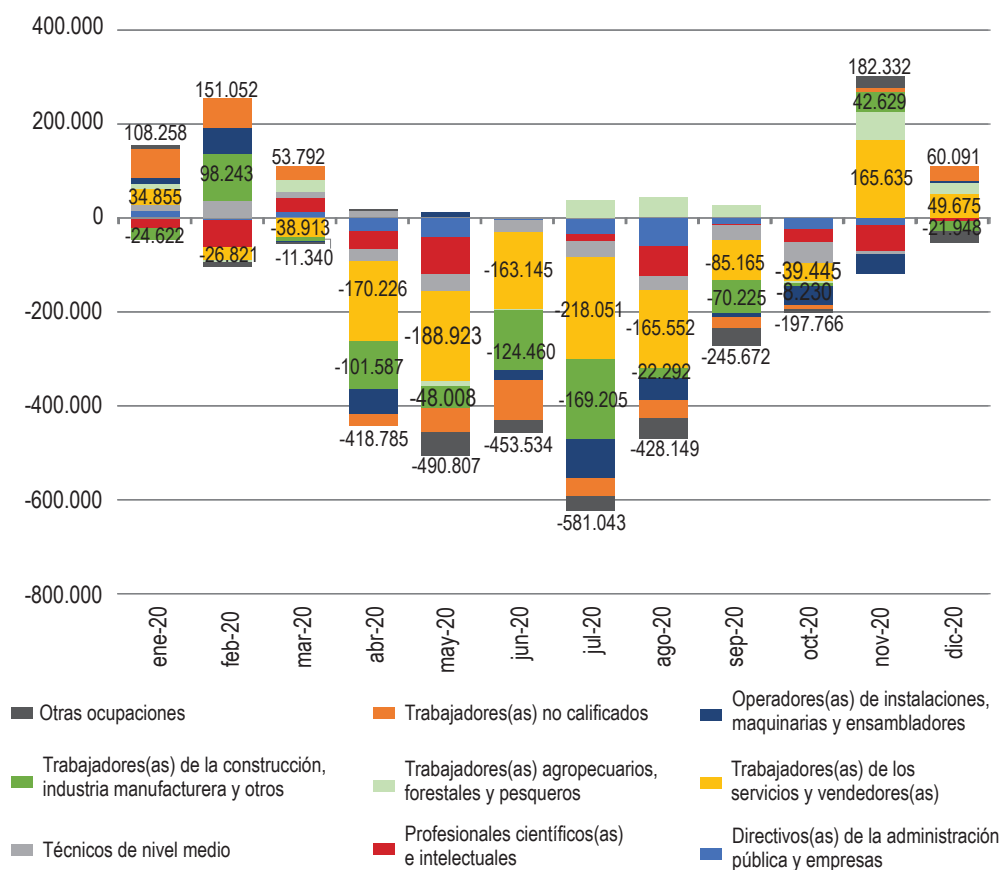
En el tercer trimestre de 2020 el desempleo llegó a la cifra récord de casi 11 por ciento (Gráfico 2); una cifra que incluso pudo ser mayor de no mediar la salida del mercado laboral de una gran cantidad de personas, lo que redujo el indicador de desempleo. De hecho, la Población Económicamente Inactiva, de manera temporal, tuvo un incremento de casi el 6 por ciento en el peor momento de la crisis sanitaria, para luego descender hasta por debajo de las cifras de años previos a la pandemia.

En términos nominales, y con respecto al año 2019, se perdieron más de 581 mil empleos de forma abierta, mientras que el incremento de la Población Económicamente Inactiva estuvo en el orden de las 480 mil personas. Esto significa, que, en el peor momento de la pandemia, casi un millón de personas había salido del mercado laboral o se hallaba desempleada.

¹⁴ Sobre el desempeño de la economía nacional en 2020, véase: *Informe de Milenio sobre la economía de Bolivia 2021 N° 43*, Fundación Milenio.

En ese contexto, el sector de servicios y comercio registró la mayor caída en la generación de empleo, con pérdidas de puestos de trabajo que llegaron a superar los 218 mil empleos, seguido de los sectores de la construcción, industria manufacturera y otros, con pérdidas del orden de los 218 mil empleos, entre el segundo y tercer trimestre del 2020.

Gráfico 1. 2020: Variación de la ocupación respecto al mismo mes del año anterior (por tipo, en el área urbana)



Fuente: elaboración propia con datos del INE.

LOS CAMBIOS EN EL MERCADO LABORAL

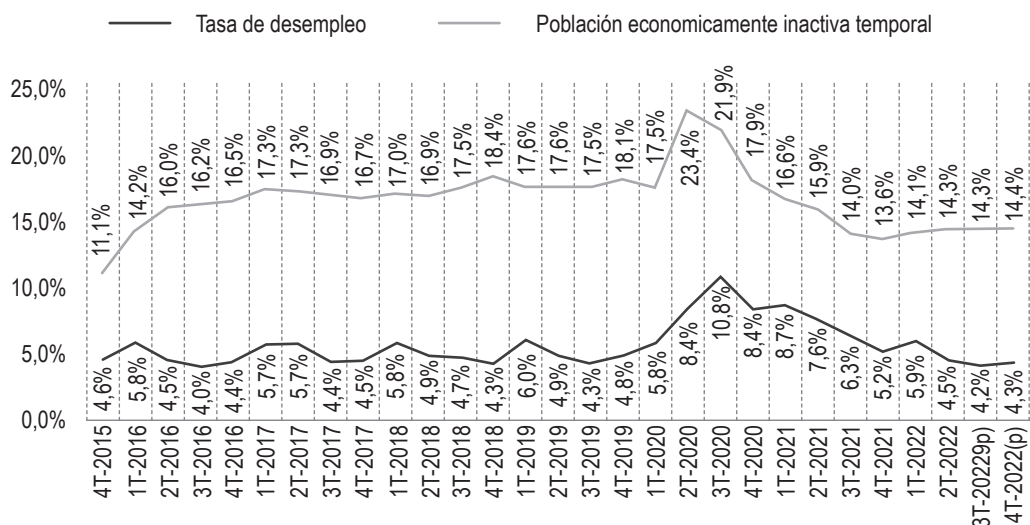
Tres años después del estallido de la pandemia se observan cambios en el mercado laboral. Algunos surgieron como respuesta inmediata a la crisis desatada, pero que luego, con el transcurso del tiempo, parecen haberse internalizado como mutaciones permanentes en el ámbito laboral, o al menos con una proyección de más larga duración. Un elemento central de estos cambios es la continuidad de una baja tasa de desempleo (algo que se veía desde antes de la crisis sanitaria), pero sostenida fundamentalmente en cifras de alta informalidad y cuentapropismo, lo cual significa que persiste y se

consolida la expansión incesante del trabajo informal. Algunas características relevantes de estos cambios se presentan a continuación.

DESEMPLEO Y OCUPACIÓN¹⁵

Una buena noticia es que el indicador de desempleo a finales del 2022 ya había vuelto a los niveles prepandemia, e incluso a las cifras de 2018, cuando las tasas de desempleo oscilaban entre 4,3 por ciento y 4,5 por ciento. Junto con esto, la Población Económicamente Inactiva (PEI),¹⁶ que, durante la pandemia había llegado a representar casi 24 por ciento de la población en edad de trabajar (producto de la salida del mercado de una gran cantidad de trabajadores, imposibilitados de buscar trabajo), para el año 2022 volvió a tasas del orden del 14 por ciento, o sea 2 o 3 puntos porcentuales menos que las tasas de los años anteriores a la pandemia (Gráfico 2). Esto sugiere que más miembros de la familia en edad de trabajar retornaron o ingresaron al mercado laboral.

Gráfico 2. Tasa de desempleo y Población Económicamente Inactiva de manera Temporal (en porcentaje sobre la PEA)



Fuente: elaboración propia con datos del INE.

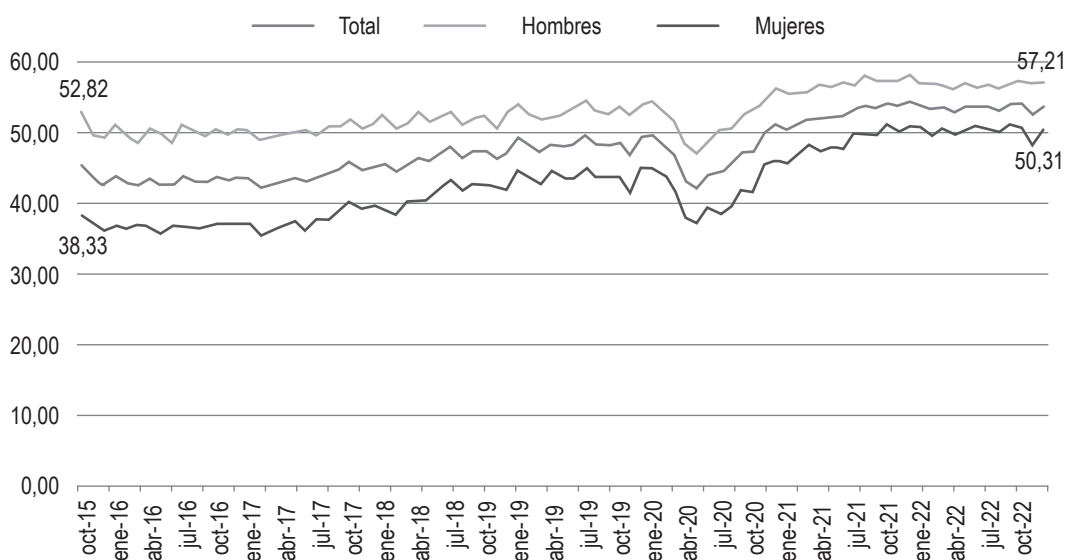
¹⁵ La Organización Internacional de Trabajo (OIT) diferencia las nociones de ocupación y trabajo o empleo. Mientras que la ocupación puede o no ser remunerada, el empleo presupone un beneficio monetario. <https://ilostat.ilo.org/es/work-and-employment-are-not-synonyms/>.

¹⁶ La Población Económicamente Inactiva es aquella que estando en edad de trabajar no lo hace, ya sea por motivos permanentes (como las personas con capacidades diferentes) o temporales (como la población en edad de trabajar que se encuentra estudiando).

Ahora bien, este incremento en la participación laboral, que en principio sería una señal positiva de reactivación, también se podría explicar por cambios relacionados con un incremento de la migración, la emergencia del teletrabajo como opción laboral para muchas más personas y, sobre todo, por un deterioro de las remuneraciones que obliga a muchas familias a acrecentar su oferta de mano de obra (incluidos los jóvenes en edad de estudio) para sostener el consumo del hogar, y a menudo bajo la modalidad de auto empleo.

En este escenario, la tasa bruta de participación¹⁷ ha mostrado un incremento sustancial, sobre todo de las mujeres, confirmándose la presunción de que más mujeres han entrado al mercado laboral para contribuir al ingreso familiar. Dado que este cambio se ha hecho de una manera sumamente acelerada, es probable que ello responda más al contexto económico (razones negativas) que a cambios en la composición demográfica o educacional (razones positivas).

Gráfico 3. Tasa de Bruta de Participación (Por sexo, en porcentaje sobre la Población Total)



Fuente: elaboración propia con datos del INE.

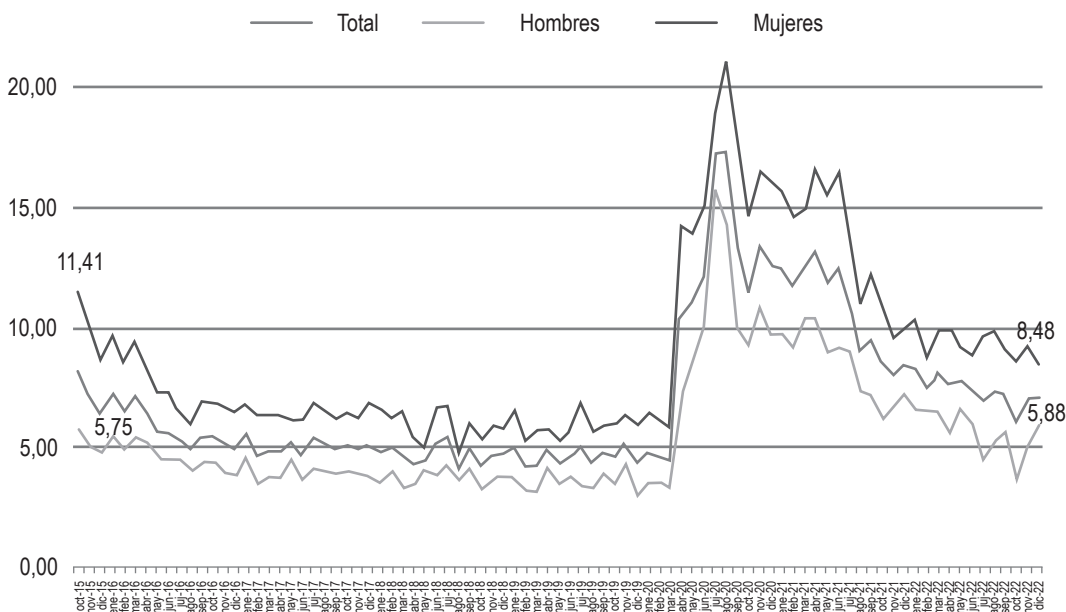
Junto con lo anterior, quizás una de las mayores señales de la debilidad del mercado laboral postpandemia, es la tasa de subocupación, que, en términos generales, ha pasado del 4,64 por ciento en enero del 2020 a un poco más del 7,1 por ciento en diciembre del 2022, siendo siempre más alta en el caso de las mujeres. De hecho, en diciembre de 2022 casi un 8,5 por ciento de las mujeres trabajaban menos de 40 horas semanales, pese a estar en condiciones de trabajar más horas. Ello indica que la composición del

¹⁷ Que se mide como la razón entre la Población Económicamente Activa y la Población Total.

mercado laboral ha cambiado. A pesar de una menor tasa de desocupación, también se ha incrementado la oferta laboral, lo mismo que la tasa de subocupación. Estas son señales de reactivación de la ocupación, pero no necesariamente de la clase de ocupación que la gente quiere tener para poder satisfacer sus necesidades, lo cual es consistente con el crecimiento de la economía informal.

Hay que decir que la reducción de las horas laborales no es un fenómeno exclusivo de Bolivia, ya que también se ha dado en otras economías, particularmente en el contexto de la pandemia como una forma de mantener los empleos. Lo que llama la atención en la situación boliviana es que la tasa de subocupación se ha mantenido considerablemente elevada hasta mediados de 2021 y, todavía ahora, la cifra está por encima del promedio de antes de la pandemia, sobre todo en el caso de las mujeres. Este hecho, junto con su mayor participación en el mercado laboral y con una menor tasa de desempleo, sugiere que las mujeres están creando sus propios trabajos (autoempleo), con menores ingresos a los esperados o con jordanas laborales parciales.

Gráfico 4. Tasa de Subocupación (Por sexo, en porcentaje sobre la Población Ocupada)



Fuente: elaboración propia con datos del INE.

Lo anterior también sería consistente con el comportamiento del empleo cuentapropista, que durante la pandemia se redujo más que el empleo formal, pero que en el momento de recuperación se perfila como una de las principales fuentes de empleo. No obstante, los signos de desaceleración en la creación de empleo ya

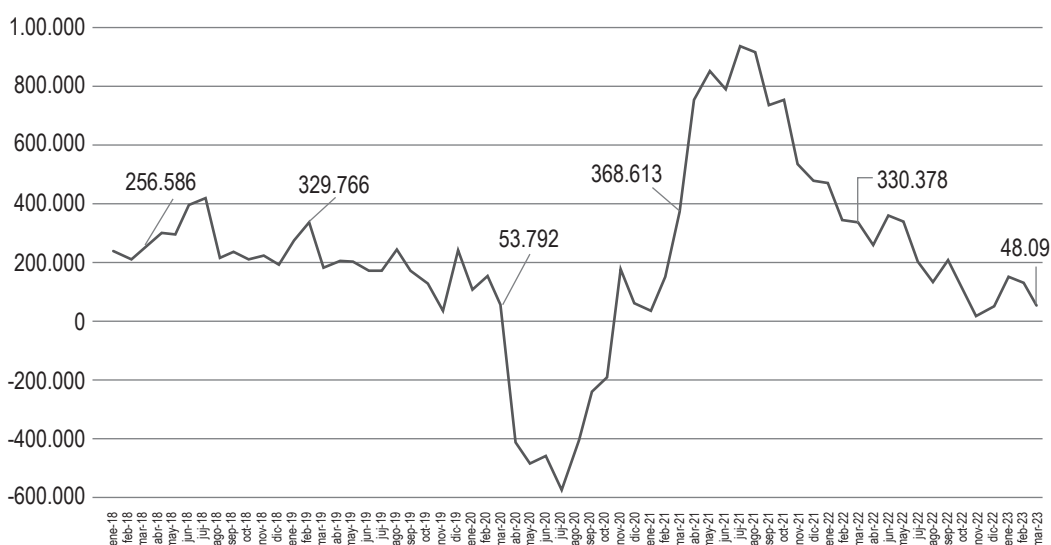
son evidentes, a juzgar por el número de nuevos empleos comparados con el mismo periodo del año anterior.

CREACIÓN MENGUANTE DE NUEVOS EMPLEOS

Ya desde el último trimestre del 2022 se observa una reducción marcada del número de nuevos empleos creados. Esta tendencia que, si bien se da desde mediados del 2021, se acentúa a finales del 2022 e inicios del 2023 y con lo cual el promedio mensual de creación de nuevos puestos de trabajo u ocupación se sitúa en este periodo en los 60 mil mensuales, bajando incluso a un poco más de 48 mil empleos en marzo del 2023, una cifra que resulta baja en comparación con los momentos prepandemia cuando el número de nuevos empleos estaba en alrededor de 120 mil.

Hay que subrayar que una parte de esos 60 mil empleos mensuales se registran en actividades cuentapropistas relacionadas al comercio, gastronomía, transporte y otras. En la esfera de la economía formal la creación de empleo se ha visto favorecida por la contratación de más trabajadores en los sectores de salud y educación (mayormente empleos públicos), en tanto que, en los sectores altamente intensivos en mano de obra, como la construcción, se percibe una tendencia declinante en el ritmo de contrataciones, a pesar de incrementos sustanciales en los primeros meses que siguieron a la cuarentena.

Gráfico 5. Creación de empleo respecto al mismo periodo del año anterior

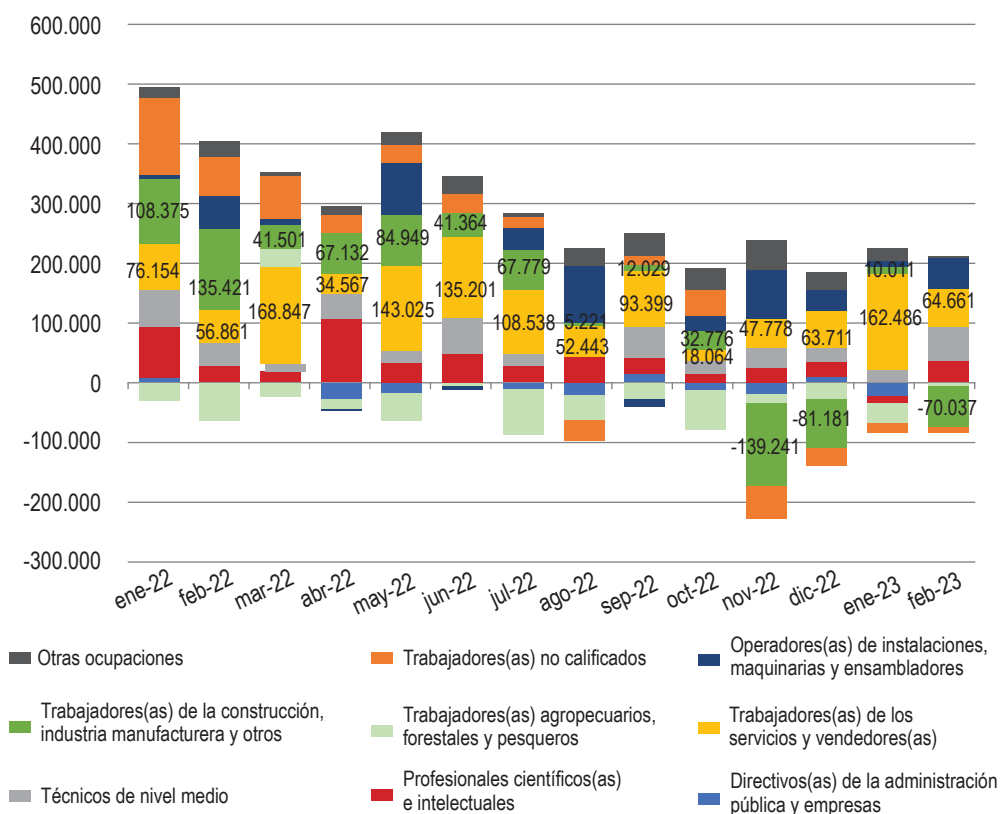


Fuente: elaboración propia con datos del INE.

Si se observa el ritmo de creación de empleo en el ámbito urbano por tipo de ocupación, se puede ver que hay actividades que han seguido creando trabajo, pero a un ritmo mucho menor e incluso con caídas relevantes (es el caso del empleo para profesionales). La industria, construcción y otras actividades que no demandan empleo calificado mostraron preocupantes reducciones de puestos de trabajo con relación al mismo mes del año anterior.

Llama la atención que estos sectores –los que pierden empleo particularmente en los últimos cuatro meses– están compuestas por actividades en las que inicialmente se refugiaron los trabajadores después de la pandemia, junto con el sector relacionado a la agricultura urbana, y que durante las medidas sanitarias adoptadas en 2020 habían logrado crear empleo. En términos netos, para febrero del 2023 se habían creado 131 mil nuevos empleos, una de las cifras más bajas observadas para este mes en varios años.

Gráfico 6. 2022-2023: Variación de la ocupación respecto al mismo mes del año anterior (por tipo, en el área urbana)



Fuente: elaboración propia con datos del INE.

COLAPSO, RECUPERACIÓN Y RECAÍDA DEL MERCADO INFORMAL

Desagregando los mercados laborales se puede ver cómo la pandemia ha afectado sobre todo a aquellos trabajadores que no contaban con afiliación en las AFP.¹⁸ De hecho, este segmento poblacional fue el más afectado durante el confinamiento, con pérdidas de más de 537 mil puestos de trabajo durante el segundo trimestre del 2020 y con una creación prácticamente nula de nuevos puestos de trabajo durante el tercer trimestre del mismo año.

En contrapartida, el sector formal, tal vez por las restricciones normativas existentes a la hora de despedir trabajadores, pero también por los ajustes que ya se habían visto durante el cuarto trimestre de 2019 y el primero de 2020¹⁹ (cuando se perdieron 116 mil empleos durante el confinamiento) mostraron leves incrementos en los puestos de trabajo, en el orden de los 44 mil nuevos puestos de trabajo entre el segundo y tercer trimestre del 2020.

Algo importante es que, luego de atravesar las fases más críticas de la pandemia en 2020, el nivel de empleo en la esfera de la economía formal se ha mantenido prácticamente inalterado hasta mediados del 2021, que es cuando se percibe un cierto crecimiento por las contrataciones en los sectores de salud y educación.²⁰

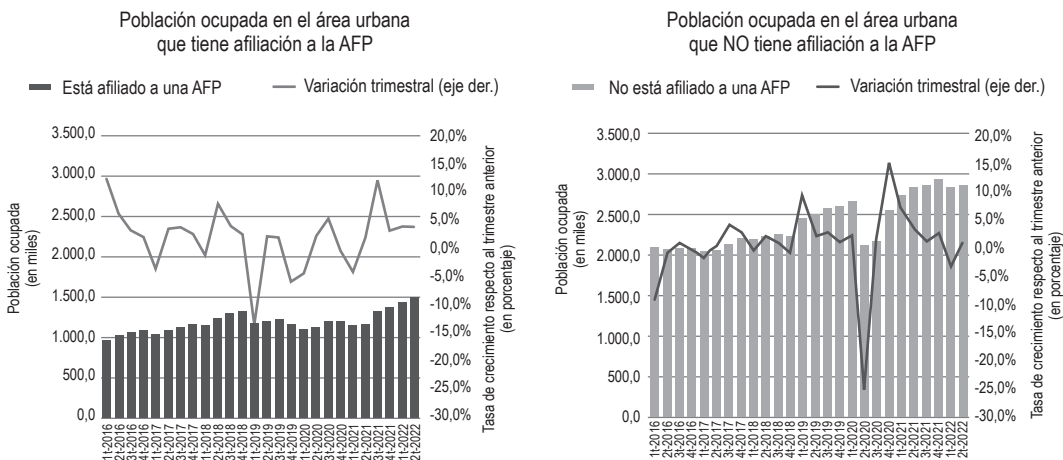
Por otro lado, el comportamiento del trabajo sin cobertura de seguridad social de largo plazo (típico del empleo informal) fue muy volátil después de la cuarentena: primero, recuperando todo el empleo perdido hasta el primer trimestre del 2021 y, luego, siguiendo una tendencia creciente hasta el segundo trimestre del 2021; momento en el que el ritmo de crecimiento empieza a detenerse rápidamente. De hecho, en el primer y segundo trimestre de 2022 en este sector se perdieron un poco más de 80 mil empleos con respecto a finales de 2021. Esto valida la hipótesis de la recuperación menguante de la ocupación basada en trabajos informales.

¹⁸ Si bien la definición de trabajo informal puede tomar muchas dimensiones (registro tributario, contratos de vinculación laboral, acceso a la seguridad social de corto plazo, etc.) una de las más relevantes es la protección de la seguridad social de largo plazo, que se refleja en la afiliación a las Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) para la obtención de una pensión de jubilación, por lo que usamos este indicador como el más representativo para establecer la diferenciación entre “formal” e “informal”.

¹⁹ Probablemente este comportamiento tenga que ver con los conflictos políticos que vivió el país entre octubre y noviembre de 2019, y que interrumpieron la actividad económica durante más de 45 días en prácticamente todo el eje troncal y en otras ciudades y poblaciones.

²⁰ No obstante, la demanda de más ítems para educación y salud pública ha sido constante en los últimos tres años.

Gráfico 7. Población empleada según cobertura de seguridad social de largo plazo (en miles)



Fuente: elaboración propia con datos del INE.

MENOS HORAS DE TRABAJO

Durante la cuarentena muchas empresas se vieron obligadas a implementar medidas de distanciamiento social y protocolos de bioseguridad para proteger a sus empleados, lo que se tradujo en horarios reducidos de trabajo, turnos rotativos y teletrabajo, con el resultado general de menos horas trabajadas por semana. Esta estrategia prevaleció en la mayoría de los países de la región y del mundo, sin embargo, en Bolivia se ha mantenido incluso después de la pandemia.

Esto es evidente si se observa las horas trabajadas por categoría laboral. En efecto, las categorías directamente relacionadas a sectores administrativos, de producción agrícola y de servicios o comercio muestran una reducción de la jornada laboral, incluso si se toma en cuenta todo el año 2022 como base de comparación. Es posible que esto tenga que ver con la percepción latente de riesgo de contagio, a pesar de los progresos en la vacunación anticovid, que, si bien en 2022 alcanzó a una gran parte de la población (63 por ciento en segunda dosis, 38,6 por ciento en tercera dosis y de 9,3 por ciento en cuarta dosis), los indicadores son más bajos que en el resto de los países de la región, y cuando las metas y recomendaciones internacionales buscaban aproximarse al 85 por ciento con dos dosis y al 55 por ciento con tres dosis, para alcanzar la inmunidad de rebaño y suprimir todas las restricciones en los espacios de trabajo.

Por otro lado, la pandemia ha afectado la demanda de bienes y servicios en el país, lo que ha llevado a una disminución de la producción y por tanto a una menor necesidad de horas de trabajo. También se debe tomar en cuenta el incremento de la importación

de bienes de consumo, incluso de consumo masivo, que desplaza a la producción nacional y que tiene un efecto sobre las cargas horarias en el ámbito laboral, ya que está comprobado que las actividades de importación requieren de menos horas de trabajo que las necesarias en la producción agropecuaria e industrial. En consecuencia, la caída en las horas semanales trabajadas se debe a una combinación de factores: cierre de empresas, atomización de actividades productivas, medidas de distanciamiento social, menor demanda de bienes y servicios, caída en la producción nacional y recomposición del consumo hacia producción importada (usualmente más barata).

Este panorama se percibe más nítidamente al observar el promedio de horas trabajadas por sexo (Gráfico 8): en el caso de los hombres hay un incremento de 0,34 horas semanales promedio entre 2020 y 2022, mientras que en el caso de las mujeres se registra una caída de 0,4 horas (casi media hora semanal). Esta diferencia se exagera con las cifras por categoría ocupacional. Así, en 2022, en las actividades directivas o intelectuales hay un aumento de las horas de trabajo promedio; incremento que es más alto en el caso de las mujeres, y que podría deberse a sus mayores esfuerzos para sostener sus empleos en cargos directivos. En contraposición, las ocupaciones técnicas, de apoyo y de servicios, junto con otras tareas que requieren baja calificación, han mostrado reducciones de hasta 2 horas semanales para ambos sexos; o sea, casi un 5 por ciento menos de horas trabajadas a la semana, con la consiguiente caída en el ingreso promedio de los trabajadores en estas labores.

Por lo tanto, en los meses posteriores a la pandemia se ha producido un reajuste del mercado laboral originado en un incremento de empleos y ocupaciones que demandan menos horas de trabajo en labores administrativas y de apoyo y con menor formación, mientras que en aquellas tareas con más exigencia de calificación o de carácter directivo se ha observado la demanda de un mayor tiempo de trabajo, sobre todo tratándose de mujeres.

Gráfico 8. Horas de trabajo promedio semanales (por categoría de empleo y sexo, a diciembre de cada año)

	2020	2021	2022	Variación 2022 - 2020
TOTAL	39,74	39,24	39,61	(0,13)
Directivos(as) de la administración pública y empresas	35,76	37,69	40,15	4,40
Profesionales científicos(as) e intelectuales	32,01	32,14	33,25	1,24
Técnicos(as) de nivel medio	38,52	37,50	38,67	0,14
Empleados(as) de oficina	42,24	41,53	41,10	(1,13)
Trabajadores(as) de los servicios y vendedores(as)	40,47	39,50	38,95	(1,52)
Trabajadores(as) agrícolas, pecuarios, agropecuarios y otros	35,03	32,59	32,90	(2,13)

	2020	2021	2022	Variación 2022 - 2020
Trabajadores(as) de la construcción, industria manufacturera y otros	39,89	40,31	40,22	0,32
Operadores(as) de instalaciones, maquinarias y ensambladores	49,69	50,51	51,81	2,12
Trabajadores(as) no calificados	35,20	34,03	34,37	(0,83)
HOMBRES	42,77	42,51	43,11	0,34
Directivos de la administración pública y empresas	39,03	40,99	41,67	2,64
Profesionales científicos e intelectuales	33,23	33,23	34,39	1,16
Técnicos de nivel medio	39,36	38,17	39,70	0,34
Empleados de oficina	43,13	43,28	42,82	(0,31)
Trabajadores de los servicios y vendedores	41,70	39,72	40,26	(1,44)
Trabajadores agrícolas, pecuarios, agropecuarios y otros	38,90	37,47	36,81	(2,10)
Trabajadores de la construcción, industria manufacturera y otros	43,56	44,50	44,11	0,56
Operadores de instalaciones, maquinarias y ensambladores	49,90	50,62	51,98	2,08
Trabajadores no calificados	38,31	37,17	37,75	(0,57)
MUJERES	35,92	35,46	35,52	(0,40)
Directivas de la administración pública y empresas	29,93	31,27	37,33	7,40
Profesionales científicas e intelectuales	31,01	31,16	32,38	1,37
Técnicas de nivel medio	36,82	36,30	36,67	(0,16)
Empleadas de oficina	41,43	40,00	39,62	(1,80)
Trabajadoras de los servicios y vendedoras	39,93	39,41	38,39	(1,54)
Trabajadoras agrícolas, pecuarios, agropecuarios y otros	30,05	26,74	27,99	(2,06)
Trabajadoras de la construcción, industria manufacturera y otros	30,11	30,40	30,88	0,77
Operadoras de instalaciones, maquinarias y ensambladores	38,32	43,14	43,56	5,24
Trabajadoras no calificadas	33,03	32,01	32,15	(0,88)

Fuente: elaboración propia con datos del INE.

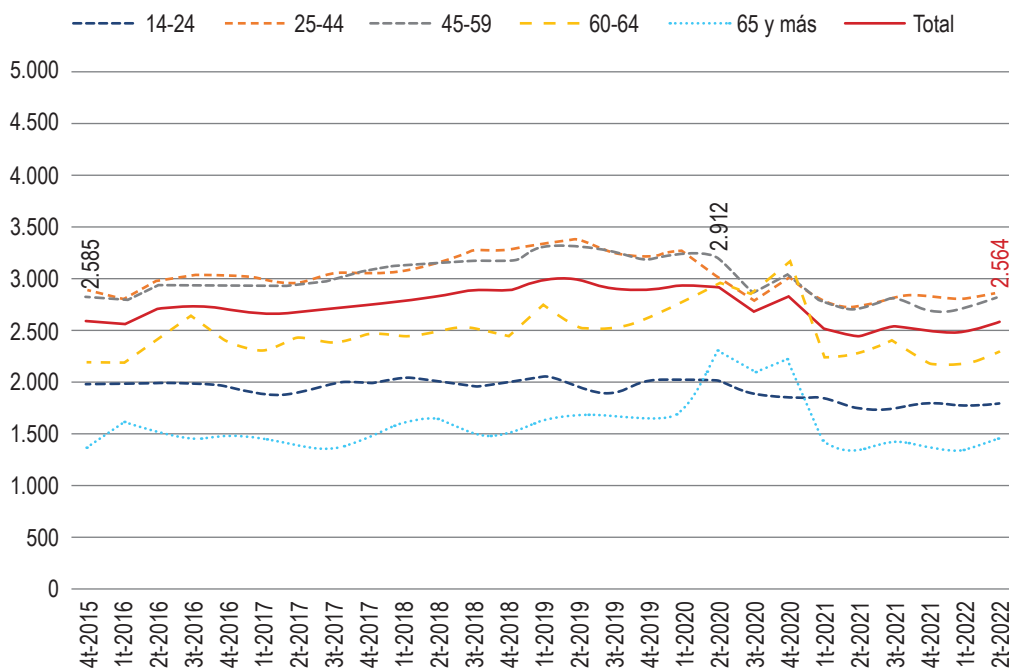
CAÍDA DE LOS INGRESOS LABORALES

La caída de los ingresos laborales en el escenario postCOVID-19 ha sido un fenómeno extendido en el mundo, pero ha afectado en mayor medida a las economías más vulnerables en las cuales el trabajo cuentapropista absorbe una mayor cantidad de personas, que es precisamente el caso de la economía boliviana.

Si se observa el ingreso laboral a mediados del 2022, en promedio estaba en el orden de los 2.564 bolivianos mensuales, un monto similar al vigente en el comienzo de 2016, y 12 por ciento menos que antes de las medidas sanitarias adoptadas en 2020, cuando entonces promediaba los 2.912 bolivianos. Durante el período de pandemia el ingreso laboral promedio bajó hasta 2.672 bolivianos, lo que supuso una caída de 9 por ciento

con relación a comienzos de 2020, para luego recuperarse, pero sin llegar a alcanzar las cifras previas a la pandemia. Ya para inicios de 2021 el ingreso había sufrido un nuevo deterioro, hasta estabilizarse en alrededor de 2.600 bolivianos, esto es, un 12 por ciento por debajo del monto promedio prepandemia.

Gráfico 9. Ingreso Laboral Mensual Promedio (por grupo de edad, en bolivianos)



Fuente: elaboración propia con datos del INE.

Si se observan los datos por rango de edad es claro que todos los rangos han mostrado caídas, excepto los de más edad (60 años o más), lo que puede explicarse por la predominancia del empleo agrícola familiar en este rango etario y que durante la pandemia pudo desenvolverse de manera más o menos sostenida, incluso con ganancias de ingresos por un incremento de la demanda, aunque también por la mejora en las condiciones de mercado para los pequeños productores, dadas las restricciones comerciales en las fronteras y la interrupción de los circuitos logísticos de importación, legal e ilegal, de alimentos de primera necesidad.

Tras este incremento temporal en los ingresos de estos grupos de trabajadores, los ingresos laborales tenderían nuevamente a caer a valores levemente por debajo de los observados antes de la pandemia, para estancarse en esos niveles desde inicios del 2021. Esto, en correlación con una menor dinámica económica general, que impacta directamente

en los ingresos de todos los trabajadores, aunque con efectos más pronunciados para algunos sectores de la población.

Si observamos los niveles de ingreso laboral a mediados del 2022, en comparación con el mismo periodo del 2021, en todos los rangos de edad se muestran incrementos que van desde el 0,5 por ciento (para los trabajadores de entre 60 y 64 años) hasta el 8,2 por ciento (para los de más de 65 años), con una media de incremento del 5 por ciento. Sin embargo, en comparación con inicios del 2020 (justo antes de la pandemia), los ingresos de los trabajadores más jóvenes (de 14 a 24 años) cayeron un 10,3 por ciento, mientras que los ingresos de los trabajadores entre 25 y 44 años han caído en 12,7 por ciento y en 13,2 por ciento para los de 45 a 60 años.

Vale decir que los ingresos de los trabajadores, en todos los rangos de edad, han mostrado reducciones no compensadas aun con respecto a inicios del 2020. De hecho, la tendencia observada muestra una recuperación sumamente lenta, mientras que hay algunos casos en los que se percibe un deterioro latente en sus ingresos.

BRECHAS SALARIALES DE GÉNERO

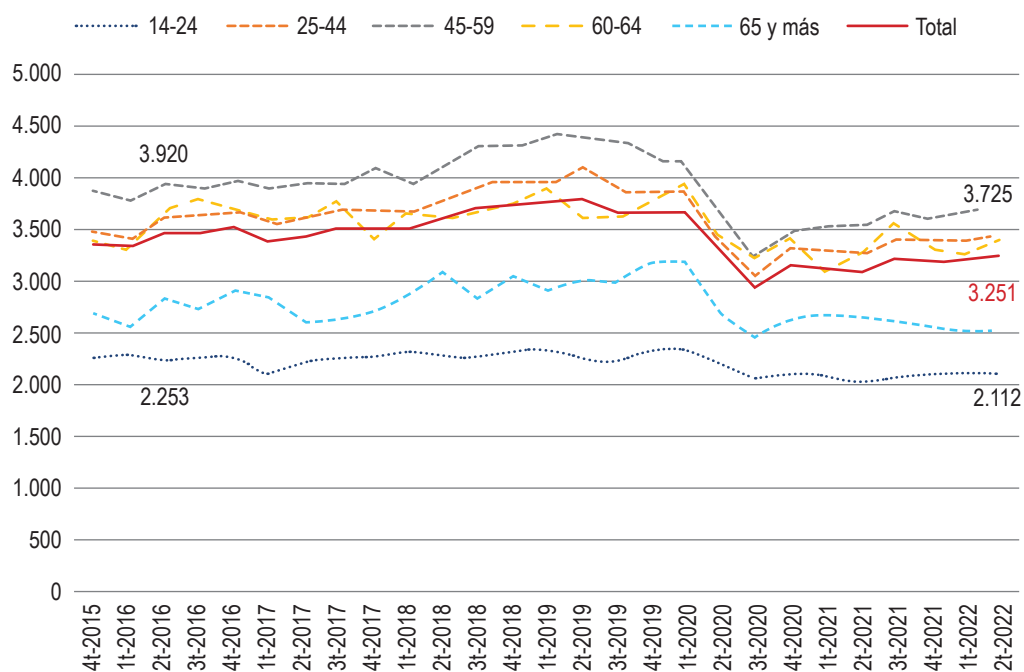
Las brechas salariales, derivadas ante todo de las mayores probabilidades de las mujeres de trabajar en empleos precarios y sin protección social, determinan su mayor vulnerabilidad a las fluctuaciones económicas. Ya antes de la pandemia, la brecha salarial de género y la discriminación laboral era un problema común en todo el mundo. A menudo, las mujeres enfrentan barreras para acceder a empleos mejor remunerados, quedando relegadas a trabajos más precarios. Hay fuertes evidencias de que la pandemia ha agravado las brechas de género. Muchas mujeres han perdido sus empleos o debieron dejarlos para cuidar a sus hijos y familiares enfermos. Por lo demás, y debido a las medidas de confinamiento, muchas más mujeres que hombres han sufrido perjuicios por sus labores frecuentes en actividades muy afectadas como turismo, hotelería, comercio y otros servicios que requieren atención al público y presencia en la fuente laboral.

En la situación de Bolivia, la brecha salarial es un problema estructural que se ha visto exacerbado por la pandemia y después de ella. En términos generales, antes de la pandemia, en promedio, los ingresos de los varones se encontraban en el orden del 29 a 32 por ciento más que el de las mujeres, siendo la brecha salarial más alta en las edades comprendidas entre 25 y 60 años, justamente la época más productiva de las personas. Por otro lado, el margen de ingresos de las mujeres, a medida que se avanza en los rangos de edad, es considerablemente menor que el margen de ingresos

de los hombres. Esto ocurre incluso con independencia de la experiencia laboral o la formación educativa (esta cuestión es profundizada más adelante).

En este contexto, la devaluación de los ingresos laborales ha afectado de manera desproporcionada a las mujeres, tanto antes como después de la pandemia; desde ya, mientras que, en el caso de las mujeres, a un nivel general, la caída de ingresos respecto a inicios del 2020 estuvo en torno a 16 por ciento, los ingresos de los hombres registraron una caída general menor de 12 por ciento.

Gráfico 10. Ingreso Laboral Mensual Promedio: Hombres - Área urbana (por grupo de edad, en bolivianos)

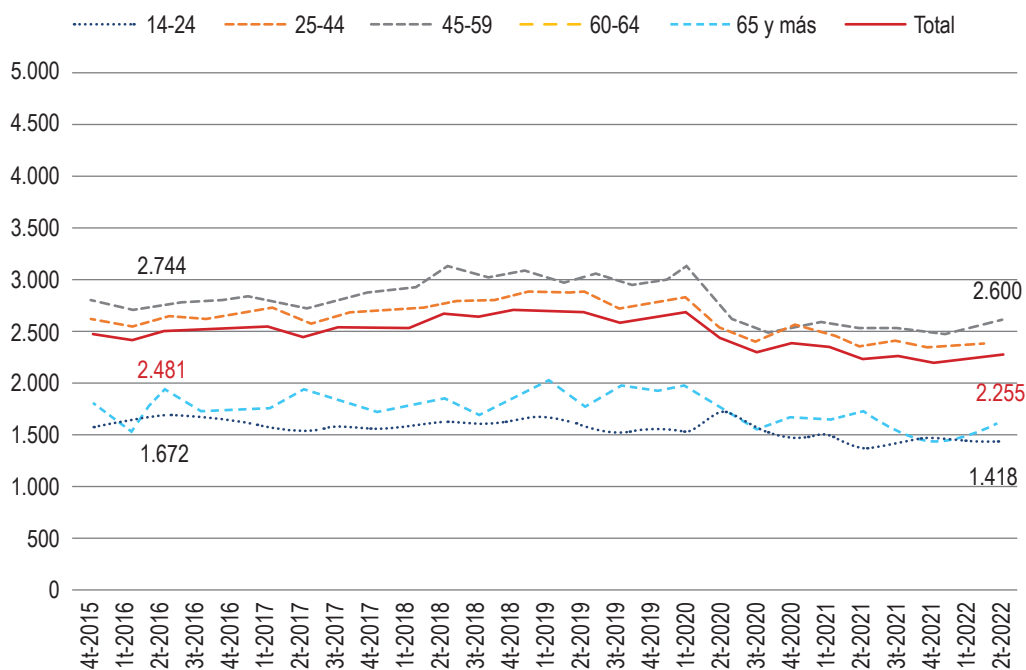


Fuente: elaboración propia con datos del INE.

Otra cuestión que llama la atención es una caída sustancial de ingresos de las mujeres en los segmentos más jóvenes, y con bastante diferencia respecto del caso de los hombres. Esto sugiere que la entrada de las mujeres al mercado laboral ya se produce con una fuerte diferencia de salarios en contra de ellas.

La brecha salarial desfavorable para las mujeres trabajadoras se puede validar observando la variación de los salarios por nivel educativo. En términos generales, para cada nivel de escolaridad se percibe una brecha relevante entre las mujeres y los hombres, con una diferencia promedio de 33 por ciento a favor de los varones (gráficos 12 y 13).

Gráfico 11. Ingreso Laboral Mensual Promedio: Mujeres - Área urbana (por grupo de edad, en bolivianos)

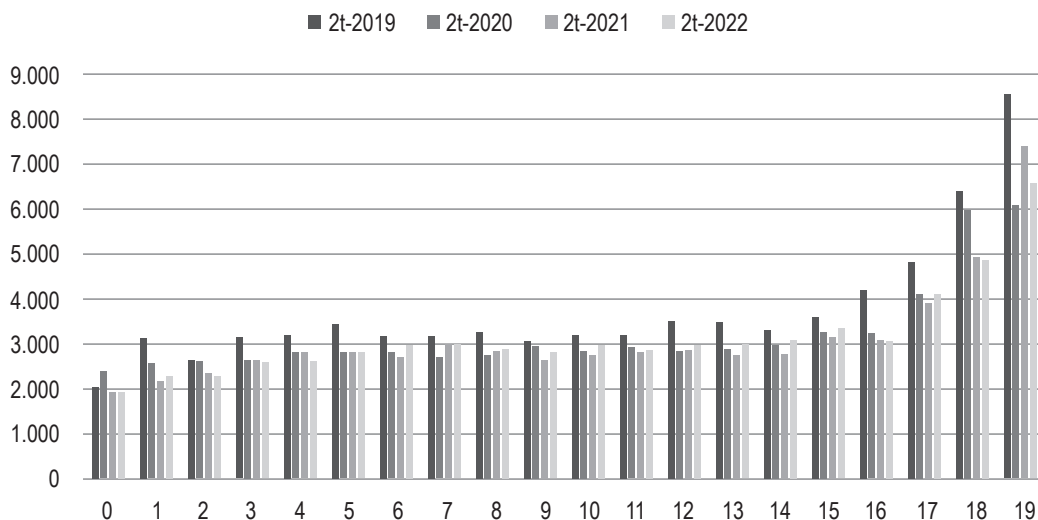


Fuente: elaboración propia con datos del INE.

Si se repara en las tendencias y las diferencias para los diferentes niveles de escolaridad se verá que la situación es más compleja. En primer lugar, las diferencias de ingresos para los hombres y mujeres con menores niveles de escolaridad cayeron levemente, pasando de una diferencia del 37 por ciento, en el segundo trimestre de 2019, a una diferencia de 33 por ciento en el segundo trimestre de 2022, lo que deja de manifiesto la caída de los ingresos de los hombres en dichos rangos de escolaridad (básicamente de nivel primario). En alguna medida, el impacto sobre el ingreso de las mujeres con educación primaria o menos habría sido menor porque el piso del ingreso ya era bastante bajo.

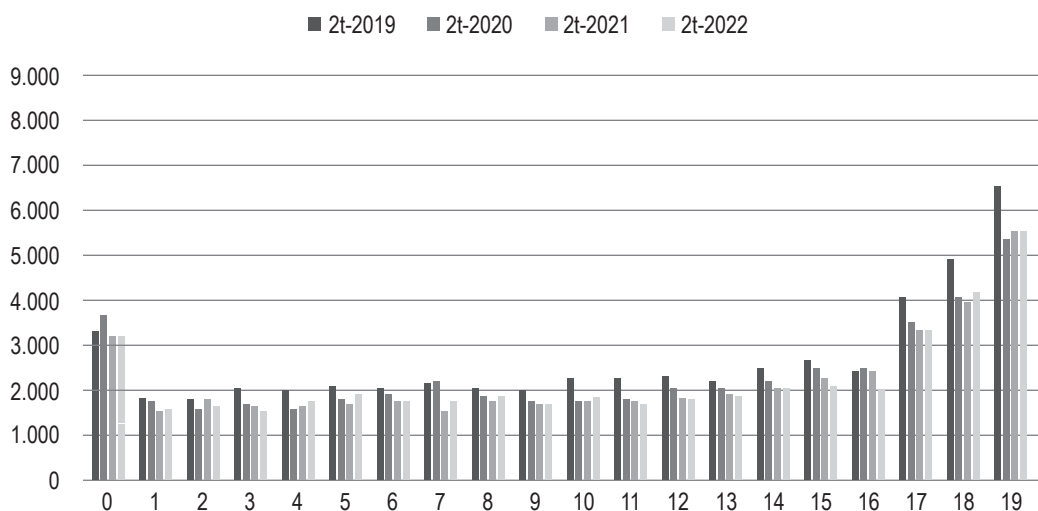
Tratándose de los ingresos de las personas con niveles mayores de escolaridad la situación ha sido diferente y más preocupante. A inicios de 2019 la brecha salarial promedio entre hombres y mujeres con escolaridades de entre 6 y 12 años se hallaba en el orden del 32 por ciento, para mediados de 2022 esa cifra se había extendido hasta el 38 por ciento, en gran medida debido a la caída de los ingresos de las mujeres. Esto ha tenido dos efectos importantes: por un lado, se ha achatado la curva de ingresos de las mujeres, lo que puede tener el efecto de desincentivar los estudios; por otro, esta caída en los ingresos ha tratado de ser compensada con la salida al mercado laboral de más miembros del hogar, y en primer lugar de las mujeres.

Gráfico 12. Ingreso Laboral Mensual Promedio: Hombres - Área urbana (por años de escolaridad, en bolivianos)



Fuente: elaboración propia con datos del INE.

Gráfico 13. Ingreso Laboral Mensual Promedio: Mujeres - Área urbana (por años de escolaridad, en bolivianos)



Fuente: elaboración propia con datos del INE.

Lo cierto es que a pesar de que los indicadores de empleo han retornado a los niveles previos a la pandemia el ingreso laboral sigue fuertemente deprimido, lo que parece obligar a buscar otras fuentes de ingreso o bien a la entrada temprana de los miembros más jóvenes al mercado laboral; esto mismo ha tenido repercusiones en los ingresos igualmente bajos de estos jóvenes trabajadores y, antes que nadie, de las mujeres jóvenes.

Por otra parte, cuando se mira el comportamiento de los ingresos para los niveles de escolarización altos se advierte que la caída de la brecha salarial ha estado en el orden del 4 por ciento, habiendo pasado de 37 por ciento a 33 por ciento entre el primer trimestre del 2019 y mediados del 2022. Aquí no ignoramos que la brecha salarial de género es un fenómeno complejo que puede tener múltiples causas. Por ejemplo, es posible que los empleadores discriminen consciente o inconscientemente a las mujeres, ofreciéndoles salarios más bajos que a los hombres por el mismo trabajo. También se debe considerar que los hombres y las mujeres tienden a elegir carreras diferentes; ciertas carreras suelen ser más populares entre los hombres (como ingeniería y tecnología, que son mejor pagadas), mientras que las mujeres optan más por carreras como la enseñanza y el cuidado de la salud. En definitiva, las profesiones elegidas tienen efectos sobre las diferencias salariales.

Es verdad que el uso más frecuente de las tecnologías digitales ha permitido mitigar en algo las brechas de género, en la medida en que ofrecen más posibilidades laborales desde el hogar, aunque esto tiene, como contrapartida, un alto costo en la carga de trabajo no remunerado de las mujeres.

Como fuere, y en el caso específico de la brecha salarial entre hombres y mujeres con secundaria completa o superior, es más probable que los hombres tengan más acceso a empleos mejor remunerados que requieren de más formación. También es plausible que haya sesgos de género en la selección de trabajadores para empleos mejor remunerados. De hecho, observando la caída de ingreso al interior del mismo grupo, se percibe que el impacto sobre los salarios de las mujeres con mayores niveles de educación ha sido más fuerte que en el caso de los hombres: respecto de inicios de 2019, los ingresos de las mujeres cayeron en promedio 22 por ciento, frente a un descenso promedio de 20 por ciento de los hombres.

Esto plantea una situación sumamente compleja, que refuerza la hipótesis sobre la caída de los retornos de la educación, al mismo tiempo que deteriora aún más el escenario laboral para las mujeres, cuyas mejores opciones de ingresos se encontraban en actividades con un alto requerimiento de escolaridad pero que, hoy en día, se muestran peor remuneradas que antes.

LAS BRECHAS SE MANIFIESTAN EN TODOS LOS ÁMBITOS LABORALES

Durante el segundo trimestre del 2019, un año antes del inicio de la pandemia, el ingreso laboral promedio por hora para los hombres era de aproximadamente 19,3 bolivianos, siendo más alto en la administración y las empresas públicas con cerca de 30,1 y 32,3 bolivianos, respectivamente; mientras que el ingreso laboral promedio en la empresa

familiar, micro y pequeña era de 13,8 bolivianos. De otro lado, las empresas privadas medianas y grandes ofrecían, en promedio, un salario por hora de 19,8 bolivianos, a la vez que las ONG pagaban un salario promedio de 17,2 bolivianos.

Ciertamente, el promedio general del salario por hora está sesgado a la baja por el mayor peso del sector de la empresa micro, pequeña y familiar, en el cual los ingresos mensuales promedio estaban, un año antes de la pandemia, en el orden de los 2.650 bolivianos; cerca de la mitad de lo percibido en la administración pública y casi un 40 por ciento menos de lo que pagaban en promedio las empresas públicas estratégicas.

Esta asimetría se ha mitigado, al menos en promedio, debido a la mayor caída de los ingresos promedio por hora en las empresas públicas; ya que al segundo trimestre de 2022 mostraban salarios por hora 13 por ciento menos que en el mismo periodo del 2019. En el caso de la administración pública también ha habido una caída del 3 por ciento, mientras que en las empresas privadas medianas y grandes la caída ha sido de 4 por ciento con respecto a 2019. En contrapartida, la caída de los salarios medios por hora para los hombres en el ámbito familiar o de la micro y pequeña empresa ha estado en el orden del 3,6 por ciento. Con estos promedios sectoriales, la caída de los ingresos medios por hora en las empresas y la administración pública, al segundo trimestre de 2022, se sitúa en el orden del 7,3 por ciento respecto de igual trimestre de 2019.

Gráfico 14. Ingreso laboral y Horas trabajadas según categoría de administración Sexo: Hombres - Área: Urbana

	Administración Pública	Empresa Pública (estratégica)	Empresa Privada (mediana o grande)	Empresa Privada (micro, pequeña o familiar)	ONG (Organismo no Gubernamental)	Total
Ingreso laboral Mensual promedio (Bs.)						
2t-2016	4.666,8	5.394,1	3.690,5	2.369,4	3.857,6	3.711,8
2t-2017	4.898,5	5.447,4	3.631,1	2.311,4	3.493,5	3.589,7
2t-2018	4.878,3	5.562,6	3.957,2	2.535,1	3.601,3	3.584,7
2t-2019	5.383,1	6.552,9	4.087,4	2.653,1	3.265,2	3.734,9
2t-2020	4.844,5	5.337,3	3.713,8	2.494,4	3.436,6	3.522,0
2t-2021	4.862,0	5.227,3	3.577,2	2.390,1	2.953,9	3.288,6
2t-2022	4.815,3	5.327,7	3.736,5	2.522,9	3.010,5	3.364,0
Horas semanales trabajadas						
2t-2016	43,0	48,8	48,9	47,6	45,6	46,8
2t-2017	41,7	48,0	48,0	46,5	42,8	45,9
2t-2018	41,3	47,7	48,0	45,9	44,7	45,6
2t-2019	41,3	46,8	47,8	44,3	43,8	44,7
2t-2020	37,4	44,3	42,9	42,8	40,8	41,5
2t-2021	38,3	45,9	46,6	43,6	40,7	43,2
2t-2022	37,9	45,6	46,7	43,7	41,5	43,3

	Administración Pública	Empresa Pública (estratégica)	Empresa Privada (mediana o grande)	Empresa Privada (micro, pequeña o familiar)	ONG (Organismo no Gubernamental)	Total
Ingreso laboral promedio por hora (Bs./hora)						
2t-2016	25,0	25,5	17,4	11,5	19,5	18,3
2t-2017	27,1	26,2	17,4	11,5	18,8	18,1
2t-2018	27,3	26,9	19,0	12,7	18,6	18,1
2t-2019	30,1	32,3	19,8	13,8	17,2	19,3
2t-2020	29,9	27,8	20,0	13,5	19,5	19,6
2t-2021	29,3	26,3	17,7	12,6	16,8	17,6
2t-2022	29,3	26,9	18,5	13,3	16,7	17,9

Fuente: elaboración propia con datos del INE.

En el caso de las mujeres la situación ha sido algo diferente, sobre todo porque a mediados del 2019 se había alcanzado un nivel de ingreso medio por hora levemente superior al de los hombres, lo que parecía en principio contra intuitivo con la idea de una brecha de género en los salarios. Sin embargo, esta relativa equidad se explicada sobre todo por la similitud con los niveles salariales de los hombres en el ámbito de la administración pública y las ONG. En cambio, las brechas salariales en el resto de los sectores se encontraban en el orden del 25 por ciento en promedio. En las empresas públicas estratégicas la diferencia salarial entre hombres y mujeres era del orden de 36 por ciento, mientras que en la empresa privada grande la brecha era de 10 por ciento.

Para mediados del 2022, el salario medio por hora de las mujeres había caído en 8 por ciento respecto del mismo periodo de 2019, debido sobre todo a menores remuneraciones en uno de los sectores que pagaba en promedio más a las mujeres que a los hombres (las ONG) con una caída del 29 por ciento del salario medio por hora, mientras que en el resto de los sectores las caídas han estado en el orden del 1,1 por ciento en promedio; contrariamente, el incremento del salario medio en las empresas públicas ha sido de 6,4 por ciento; aunque incluso con este incremento el salario medio por hora de las mujeres se encuentra un 19 por ciento por debajo de lo observado para los varones en estas empresas.

En gran medida el incremento de salario medio de las mujeres en las empresas públicas está relacionado a una menor pérdida de empleos para ellas con relación a lo sucedido para el caso de los hombres, mientras que en el caso de las ONG la caída en los salarios responde sobre todo a una reducción considerable de los empleos en actividades administrativas y de dirección en general, que, a diferencia de otros sectores, estaban mayoritariamente ocupados por mujeres.

Gráfico 15. Ingreso laboral y Horas trabajadas según tipo de administración Sexo: Mujeres - Área: Urbana

	Administración Pública	Empresa Pública (estratégica)	Empresa Privada (mediana o grande)	Empresa Privada (micro, pequeña o familiar)	ONG (Organismo no Gubernamental)	Total
Ingreso laboral Mensual promedio (Bs.)						
2t-2016	3.804,0	4.559,2	2.762,6	1.526,2	2.718,7	2.990,4
2t-2017	4.083,4	5.116,2	2.768,7	1.441,0	2.858,4	3.064,8
2t-2018	4.392,6	4.636,0	3.148,8	1.561,0	3.084,6	3.061,7
2t-2019	4.823,0	3.935,6	3.293,3	1.634,6	2.899,7	3.230,9
2t-2020	4.266,3	4.402,6	3.184,3	1.706,5	2.909,6	3.215,9
2t-2021	4.285,6	4.157,6	3.129,2	1.520,2	2.430,0	2.948,8
2t-2022	4.349,7	4.058,7	3.260,3	1.575,3	2.166,4	2.869,9
Horas semanales trabajadas						
2t-2016	36,3	44,1	43,0	42,7	36,5	39,9
2t-2017	34,5	43,0	41,9	41,6	38,9	38,7
2t-2018	36,7	43,8	42,2	38,9	36,8	38,9
2t-2019	36,5	44,3	42,8	38,6	34,3	38,5
2t-2020	33,9	39,0	38,9	37,1	33,7	36,0
2t-2021	33,4	41,6	42,0	38,0	38,9	37,1
2t-2022	33,5	42,9	42,6	37,6	36,2	37,2
Ingreso laboral promedio por hora (Bs./hora)						
2t-2016	24,2	23,9	14,8	8,3	17,2	17,3
2t-2017	27,3	27,4	15,2	8,0	16,9	18,3
2t-2018	27,6	24,4	17,2	9,3	19,4	18,2
2t-2019	30,5	20,5	17,8	9,8	19,5	19,4
2t-2020	29,0	26,1	18,9	10,6	19,9	20,6
2t-2021	29,6	23,1	17,2	9,2	14,4	18,4
2t-2022	30,0	21,8	17,6	9,7	13,8	17,8

Fuente: elaboración propia con datos del INE.

Aquí debe tomarse en cuenta la menor cantidad de horas semanales trabajadas en promedio, en todos los sectores, incluido el sector público; la carga asimétrica de las tareas del hogar puede llegar a explicar la menor disponibilidad de las mujeres para llevar adelante jornadas laborales de mayor duración, repercutiendo directamente en el salario medio obtenido por ellas. Esto también explica la menor proporción de mujeres en ámbitos directivos.

Por otro lado, en todos los sectores, y en todos los años, los promedios de salario mensual son menores, incluso en el caso de las empresas públicas, lo que sugiere que el sesgo de selección de las actividades a las que se enfocan las mujeres también tiene un peso relativamente importante.

Como ya se dijo, una buena parte de la reducción de la brecha salarial que se había logrado cerrar hasta inicios del 2019 se ha perdido por la caída en los ingresos en uno de los pocos sectores en los que las mujeres ganaban más que los hombres, incluso con una jornada laboral más reducida que la de los hombres (las ONG). Consiguientemente, una de las consecuencias del reordenamiento laboral post pandemia es el retorno de una brecha salarial de género más intensa, al mismo tiempo que un empeoramiento de las condiciones de ingreso de las mujeres en los ámbitos en los que se puede llegar a demandar mayores calificaciones, como son la empresa privada y el sector público.

ALGUNAS CONCLUSIONES

A pesar del fuerte impacto de la emergencia sanitaria sobre el empleo, la economía ha podido recuperar el nivel de ocupación prepandemia de forma relativamente rápida, pero las condiciones laborales han empeorado mayormente, puesto que la reactivación del empleo viene de la mano de un aumento del cuentapropismo, la subocupación y la reducción del número de horas trabajadas tanto en el sector empresarial como en el sector informal, todo lo cual se refleja en la caída de los ingresos laborales, y de forma mucho más acusada en las mujeres, los jóvenes y los estratos con menor escolaridad y calificación laboral, a la vez que toma mayor fuerza la expansión del empleo informal, inestable y precario.

Precisamente, una de las razones que empuja hacia abajo los ingresos es la baja productividad de las actividades informales, familiares y de pequeña escala, que a menudo solo permite hacer negocios y emprendimientos de muy baja especialización como el comercio al por menor u otros diversos servicios. No obstante, no pueden hacer crecer sus negocios y diversificarlos, lo cual los mantiene en rangos de ingresos bajos, excepto en el caso de algunos grupos familiares.

El incremento de la oferta de mano de obra en el mercado es un claro indicio de las dificultades crecientes de la economía para crear empleos, un fenómeno que se manifiesta con más intensidad desde fines de 2022, y que podría estar señalando el riesgo de saturación del mercado laboral, lo cual hace más incierto su desempeño futuro.

La situación del mercado laboral en la salida de la crisis sanitaria y en el andar de la reactivación económica reproduce y profundiza las brechas salariales de género, incluso revertiendo algunos avances previos en esta materia. En ese sentido, es relevante el impulso que ha tomado la oferta femenina de mano de obra, y que puede interpretarse como respuesta a la caída de los ingresos familiares que fuerza a que más miembros

del hogar deban salir al mercado a buscar trabajo, aunque las barreras de acceso sean mayores y las condiciones laborales más precarias.

En este contexto dos cuestiones saltan a la vista: de un lado, la temprana incursión de muchos jóvenes en el mercado laboral, en detrimento de su educación; de otro, los bajos niveles de retorno económico que provee hoy en día la educación en Bolivia, que, como se ha visto, se reflejan escasamente en la curva de ingresos de la población, y que puede tener el efecto de desalentar aún más la formación y capacitación de los jóvenes. A no dudarlo, este hecho tiene consecuencias de largo plazo sobre la productividad laboral, la movilidad social y la lucha contra la pobreza.

CAPÍTULO 3

Una mirada a la educación

La pandemia del COVID-19 ha impactado considerablemente en aspectos sanitarios, económicos y educativos. Varios estudios para América Latina sugieren que durante la pandemia los niveles de capital humano han mermado, la desigualdad educativa ha aumentado, las oportunidades educativas han retrocedido y los aprendizajes se han deteriorado, comprometiendo el presente de muchos niños y jóvenes y su porvenir.

En Bolivia, las actividades escolares se suspendieron el 12 de marzo de 2020, cinco días antes de que el gobierno declarara emergencia sanitaria y cuarentena nacional. Desde esa fecha y hasta el 31 de julio los procesos educativos se desarrollaron bajo la modalidad no presencial. En este periodo el Ministerio de Educación definió acciones para apoyar la continuidad del aprendizaje y fortalecer las capacidades de los docentes en modalidades de enseñanza a distancia.²¹ El 31 de julio de 2020, mediante Resolución Ministerial No. 0050/2020, el Ministerio de Educación impone la clausura definitiva de la gestión educativa y escolar 2020 habilitando, de forma automática, a todos los estudiantes al grado superior correspondiente. Formalmente, esto significó que algo más de 2.9 millones de niños y adolescentes queden sin posibilidades de seguir estudiando. Sin embargo, muchos alumnos sí pudieron continuar sus estudios de manera informal, lo cual no solo refleja las desiguales condiciones para la educación a distancia, sino que marca una tendencia de profundización de las desigualdades educativas, sobre todo en términos de aprendizajes.

Durante las gestiones 2021 y 2022, el Ministerio de Educación acordó una modalidad mixta para las labores escolares presenciales, semipresenciales o remotas. La preocupación principal fue garantizar el retorno a clases, proteger las trayectorias educativas y recuperar los aprendizajes, particularmente de los estudiantes más vulnerables, y si bien hubo varias acciones para normalizar el proceso educativo, lo que es positivo, hay indicios de que el proceso ha sido lento y asimétrico y que ha estado influenciado por aspectos exógenos a la política educativa, como se verá más adelante.

²¹ Un resumen de estas acciones, véase en <https://socialdigital.iadb.org/es/covid-19/education/respuesta-regional/6078>

Con esos antecedentes, el objeto de este capítulo es presentar un estado de situación en tres dimensiones claves del desempeño educativo, como son la matrícula y asistencia escolar, las brechas y oportunidades educativas, y la cuestión de los logros de aprendizajes. Este acercamiento a la problemática educativa generada a partir de la crisis sanitaria de 2020 se base principalmente en datos de las encuestas de hogares del INE, en información de los registros administrativos del Ministerio de Educación y en simulaciones realizadas por el Banco Mundial. En la parte final se reflexiona sobre la crisis de aprendizajes agudizada por el contexto de la pandemia y también sobre la cuestión más amplia de la calidad de la educación boliviana.

EL IMPACTO SOBRE LA MATRÍCULA ESCOLAR

Antes de la pandemia, Bolivia, al igual que el resto de los países de la región, había mostrado una sistemática mejora en el acceso, progresión y egreso (Yañez, 2017; 2020). En particular, el acceso de la población en edad escolar mostraba una tendencia creciente que, en combinación con la evolución demográfica, había permitido reducir –tanto en términos absolutos como relativos– la población de niños, niñas y adolescentes (NNA) no escolarizados²² (Gráfico 1). Así, mientras en 2011 cerca de 454 mil NNA estaban fuera de la escuela, en 2019 esta cantidad se había reducido a 361 mil. En términos relativos, la tendencia también ha sido decreciente, aunque se reconoce que fue menos marcada que la observada en términos absolutos: en 2011 alrededor del 14 por ciento de los NNA en edad escolar no estaban matriculados, mientras que en 2019 este porcentaje se había reducido en casi de tres puntos llegando a 11 por ciento (Gráfico 2).

Gráfico 1. Población no escolarizada (en miles de personas)

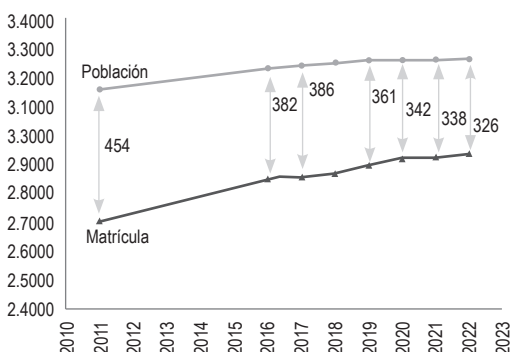
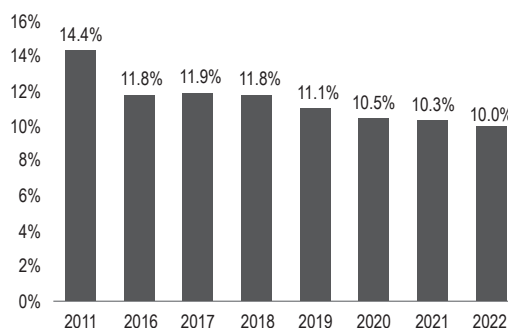


Gráfico 2. Población no escolarizada como porcentaje de la población total (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con base en información del Instituto Nacional de Estadística, y datos administrativos del Ministerio de Educación.

²² Definida como la población con edad de cursar la enseñanza inicial, primaria o secundaria, pero que no está matriculada en estos ciclos educativos.

En 2020 la evolución demográfica, tanto de la población en edad escolar como de la matrícula, muestra una reducción de la población no escolarizada cercana a 19 mil NNA, hecho que llevó a una reducción relativa de medio punto porcentual. Este último resultado era previsible dado que la pandemia afectó al sistema educativo luego de iniciada la gestión 2020; es decir que la decisión de matricularse había sido tomada ex ante la crisis sanitaria. Sin embargo, y contra lo esperado,²³ en 2021 los datos sobre NNA no escolarizados muestran mejoras, aunque con un ritmo algo más bajo que el observado en años anteriores. Entre 2020 y 2022, en términos absolutos, los NNA no escolarizados reducen en algo menos de 16.000 personas y en términos relativos en medio punto porcentual, mientras que de 2019 a 2020 la reducción absoluta fue de 19.000 personas y la relativa de 0,6 puntos porcentuales.

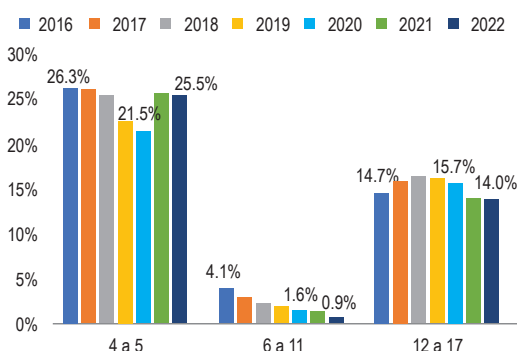
Es importante ver que la trayectoria de la población no escolarizada observada antes de 2020 refleja la conjunción de dos aspectos. El primero, de características exógenas, es la disminución en el ritmo de crecimiento anual de la población en edad escolar: entre 2016 y 2017 el crecimiento anual de la población en edad escolar fue de 0,32 por ciento, mientras que entre 2019 y 2020 esta tasa se situaba en alrededor de 0,09 por ciento,²⁴ lo que se traduce en cohortes de nuevo ingreso de menor tamaño que generan una menor presión al sistema educativo. El segundo aspecto tiene que ver con el comportamiento de la matrícula escolar que, con excepción de 2017, ha mostrado variaciones superiores al crecimiento de la población en edad escolar, y sobre todo en educación inicial. La interacción de estos dos aspectos se traduce en la sistemática reducción de la población no escolarizada observada en los últimos años.

Para los años 2021 y 2022, además de los factores mencionados, se debe considerar la incidencia de elementos vinculados al contexto educativo y económico de la situación pandémica, como la habilitación automática al grado superior de los alumnos matriculados, las transferencias monetarias ligadas a la matriculación, la brecha tecnológica y los costos de oportunidad emergentes de la educación no presencial para las familias.

²³ Por ejemplo, estudios como el de Fundación ARU–UNICEF (2020) preveía para Bolivia una caída en asistencia e incremento en la población no escolarizada. Similares fueron las predicciones sobre asistencia y abandono en Latinoamérica, realizadas por Azevedo et al. (2020) y UNESCO (2020a).

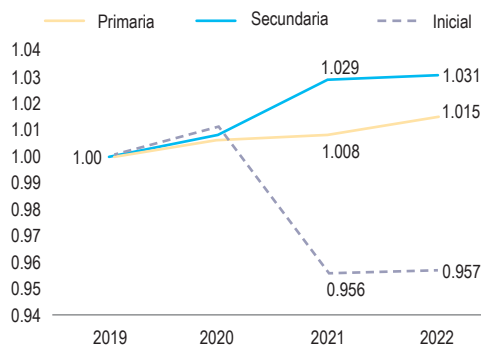
²⁴ Estimaciones propias, basadas en datos de la población en edad escolar del Instituto de Estadísticas de la UNESCO.

Gráfico 3. Población no escolarizada como porcentaje de la población total según tramo de edad (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con base en información del Instituto de Estadística de la UNESCO y datos administrativos del Ministerio de Educación.

Gráfico 4. Índice de matriculación 2019-2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos administrativos del Ministerio de Educación.

Como se observa en el Gráfico 3, la escolarización difiere entre grupos etarios, tanto antes como después de la pandemia. La población no escolarizada entre 4 a 5 años ha mostrado reducciones importantes, pasando de un 26 por ciento en 2016 a 22 por ciento en 2020.²⁵ Este progreso –derivado tanto del cambio demográfico en el país como de la exigencia de cursar el nivel inicial para la matriculación en el nivel primario– se vio truncada en 2021, registrándose un incremento cercano a cuatro puntos porcentuales en la proporción de NNA no escolarizados. No se advierten cambios significativos entre los niños de 4 a 5 años, en el intervalo 2021-2022.

Entre los 6 y 11 años la escolarización ha tendido a universalizarse. Entre 2016 y 2020, la población no escolarizada ha pasado de 4 a 2 por ciento, mientras que en 2022 se ha situado en torno al 1 por ciento. A diferencia de los anteriores grupos etarios, la proporción de no escolarización entre los NNA de 12 a 17 años presenta un comportamiento creciente hasta 2018, a la vez que caídas marginales hasta 2020, y una reducción de algo menos de dos puntos porcentuales en 2022. Así mientras, los grupos más jóvenes y de mayor edad no muestran cambios significativos entre 2021 y 2022; el segmento con edad de asistir a primaria sí reduce la proporción de niños y niñas no escolarizados.

Poner el foco en la evolución de la matrícula permite explicar de mejor manera comportamientos diferenciados que surgen en gestiones posteriores a 2019.

²⁵ La existencia de algo más de un quinto de la población entre 4 y 5 años no escolarizada, es una de las grandes deudas pendientes del sistema educativo.

El Gráfico 4 refleja el deterioro en la matrícula de educación inicial, así como un cambio marginal hacia 2022. Dado que el crecimiento demográfico en este tramo de edad tiende a disminuir, el incremento en la población no escolarizada se explica básicamente por una matriculación menor. La evolución de la matrícula entre los niños con edad de asistir a primaria muestra muy poco cambio con relación al nivel observado en 2019, lo cual indica que la reducción de los niños y niñas no escolarizados de este segmento se debe a una baja tasa de crecimiento demográfico. En el caso del grupo entre 12 y 17 años la matrícula ha mostrado incrementos importantes que ayudan entender la reducción del porcentaje de no escolarizados.

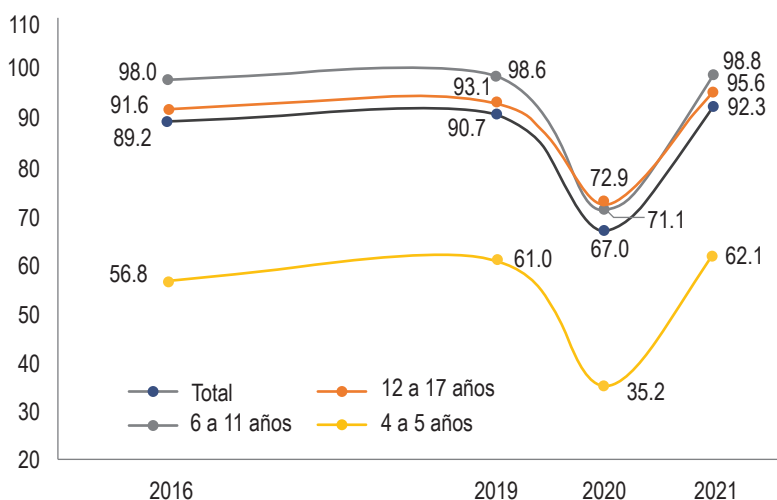
Se puede conjeturar que estos comportamientos reflejan la influencia diferenciada que tuvieron las acciones de política pública sobre las decisiones de los hogares, como la promoción automática implementada en 2020, por un lado, y el pago del Bono Familia a los NNA matriculados en primaria y secundaria, por otro. Ambos aspectos pueden haber generado un efecto aviso, que actúa impulsando una mayor matriculación en 2020, y especialmente de los adolescentes que deben asistir a secundaria. En el caso de los más jóvenes, estudiar en la modalidad no presencial no solo exigía el acceso a los instrumentos tecnológicos necesarios sino también el apoyo y acompañamiento presencial de padres o cuidadores en las actividades pedagógicas, lo que no siempre ha ocurrido. También se debe notar que las particularidades de la práctica pedagógica en el nivel inicial determinan que la formación a distancia en este nivel tenga una calidad mucho menor que la que se puede dar en otros niveles educativos, lo cual pudo haber influido en una menor matriculación.

LA ASISTENCIA ESCOLAR

La no escolarización puede darse tanto por ausencia de matrícula como por inasistencia luego de haberse matriculado. En ese sentido, indagar cuál ha sido el comportamiento con relación a la asistencia cobra relevancia. De manera similar al comportamiento de la matrícula, los datos sobre asistencia muestran incrementos en todos los tramos de edad hasta 2019 (Gráfico 5).²⁶ Esta tendencia fue más marcada en la población de 4 a 5 años, moderadas en la población entre 12 y 17 años, y más bien marginal entre los niños y niñas de 6 a 11 años.

²⁶ Para las gestiones previas a 2020, la tasa de asistencia capta la proporción de la población en edad escolar que declara haber asistido a alguna institución educativa durante el periodo de referencia. Para las gestiones 2020 y 2021, la tasa de asistencia capta la proporción de la población en edad escolar que declara haber realizado alguna actividad educativa, sea en clases presenciales o en cualquiera de las modalidades a distancia.

Gráfico 5. Tasa de asistencia como porcentaje de la población total según tramo de edad (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con base en información de Encuestas de Hogares.

El impacto de la crisis sanitaria se hace evidente con la marcada reducción en la asistencia que se observa en todos los tramos de edad durante 2020. La asistencia de los niños entre 4 y 5 años se redujo en algo menos de 26 puntos porcentuales, en el tramo etario de 6 a 11 años en 28 puntos, y entre los adolescentes de 12 a 17 años en 20 puntos.²⁷

Si bien la carencia de condiciones tecnológicas para la educación no presencial²⁸ puede explicar de manera general la caída en la asistencia, las diferencias en la intensidad de la caída entre grupos etarios pueden estar asociadas a la necesidad que tienen los niños más pequeños de contar con una persona que los ayude en la educación no presencial, en contraste con la mayor probabilidad que tienen los adolescentes de contar con sus propias herramientas tecnológicas (principalmente el celular) para su uso en actividades educativas.

En 2021, pese a que muchas escuelas seguían cerradas y, por tanto, que la educación no presencial estaba todavía presente, la caída en la asistencia no solo se revierte, sino que, en los tramos de 4 a 5 y de 12 a 17 años, supera los niveles previos a la pandemia. Esto no solo refleja la influencia en las decisiones de asistencia que podrían haber tenido la promoción

²⁷ Los tres motivos más recurrentes que pueden explicar la no asistencia en la gestión 2020, extraídos de la encuesta de hogares 2020, son la falta de computadoras o celulares, la falta de internet y la ausencia de clases virtuales en el centro educativo. Otros motivos aluden a la falta de materiales (libros o cuadernos), la falta de apoyo de los padres en el hogar, la carencia de televisión o radio.

²⁸ Bolivia enfrentó la pandemia siendo uno de los tres países en la región con las menores condiciones en términos de conectividad de las escuelas, disponibilidad de plataformas digitales, tutorías virtuales, recursos digitales y repositorios que son aspectos fundamentales para establecer una educación a distancia (Rieble-Aubourg y Viteri, 2020).

automática y los bonos a estudiantes antes mencionados, sino que también da señales de una población que se adapta y adecua al aprendizaje a distancia –tanto desde el punto de vista de la tenencia de instrumentos tecnológicos como de su uso–, sobre todo en aquellos tramos etarios que exigen un menor acompañamiento de adultos.²⁹

En resumen, la tendencia agregada a disminuir la población no escolarizada que se registraba hasta antes de la pandemia parece haberse recuperado en 2021. Sin embargo, la estabilidad que muestran los datos de la matrícula en 2022 hace necesario ser cautelosos con respecto a la situación futura. Por otro lado, es importante para la política educativa subrayar que el resultado en la escolarización es básicamente consecuencia de una mayor asistencia por parte de la población con edad de asistir al ciclo secundario; en cambio, el comportamiento de la población con edad de asistir a nivel inicial muestra un deterioro de su asistencia, al tiempo que la población con edad para asistir al nivel primario no muestra cambios significativos. Aquí emergen dos importantes preocupaciones: el peligroso deterioro de la asistencia en el nivel inicial y la necesidad de sostener el aumento en secundaria.

**LA COMPLEJA CONTINUIDAD EDUCATIVA
DETERMINADA POR LA CLAUSURA ESCOLAR**

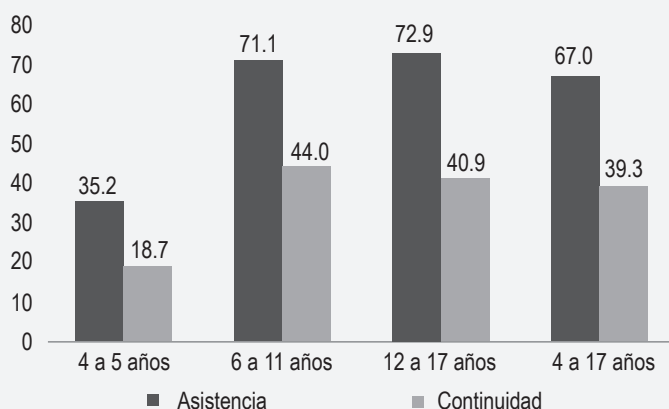
Luego de la suspensión inicial de las clases presenciales en 2020 –que definió un contexto educativo por demás crítico para la continuidad de las actividades educativas–, la autoridad educativa dispuso la clausura de la gestión educativa. Esto implicó, en los hechos, que todos los niños y adolescentes matriculados en el sistema educativo se promovían de manera automática al grado superior. Con el fin de valorar los efectos de la clausura de la gestión escolar sobre la continuidad de los procesos educativos formales, se han estimado tasas de continuidad educativa, definidas como la proporción de NNA que luego de la clausura escolar continuaron con alguna actividad educativa o de aprendizaje organizado de manera informal. Si bien estas tasas no reflejan estrictamente el grado de asistencia, su comparación con la tasa de asistencia permite un acercamiento –aunque imperfecto– a otra arista del impacto de la crisis sanitaria.

²⁹ Se advierte que la comparación anterior fue realizada considerando datos capturados al final de la gestión escolar 2021, cuando muchas escuelas habían abierto por lo que podría no capturar episodios de inasistencia en los meses previos lo que podría estar sesgando las estimaciones. Pese a esta limitación consideramos que las estimaciones aproximan aceptablemente los efectos de la pandemia sobre la asistencia escolar y su posterior recuperación. Sin embargo, todavía se debe indagar en los motivos de este comportamiento, para lo que hace falta más datos.

Así, se observa que, a pesar de que las actividades educativas quedaron clausuradas, algunos NNA continuaron sus procesos de educación. La tasa de continuidad educativa muestra que algo más de 39 por ciento de los estudiantes matriculados a inicios de 2020 continuaron sus estudios de manera informal pero organizada, lo que implica que dos terceras partes de la población en edad de asistir quedó marginada de la educación y, por tanto, expuesta a sufrir un rezago en su proceso de aprendizaje como consecuencia de la clausura de la gestión escolar.

Durante el período de la educación no presencial, el deterioro en la continuidad educativa fue más marcada entre aquellos con edad de asistir al nivel inicial. Mientras la asistencia antes de la clausura fue de alrededor de 35 por ciento, durante la clausura únicamente el 19 por ciento continuó su educación. En los otros dos tramos de edad la tendencia fue similar. En el caso de los NNA entre 6 y 11 años, el 71 por ciento declaró asistir durante el periodo no presencial y, de estos, cerca al 38 por ciento se desvinculó del proceso educativo durante la clausura escolar. Entre aquellos NNA con edad de asistir a la secundaria, la tasa de asistencia en el periodo de educación distancia fue de 73 por ciento, mientras que en el tiempo de la clausura la tasa de continuidad llegó al 41 por ciento, lo que implica que del total de estudiantes que asistían en modalidad no presencial cerca al 44 por ciento se desvinculó de la educación.

Tasa de asistencia y de continuidad como porcentaje de la población total según tramo de edad - año 2020 (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Hogares 2020.

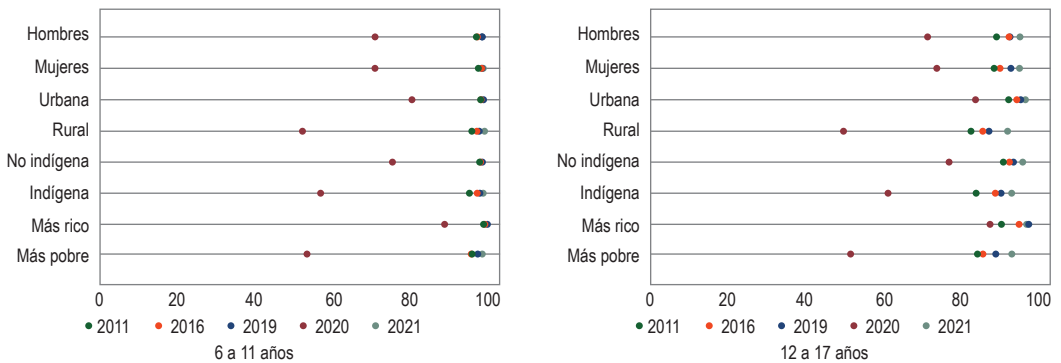
EL IMPACTO SOBRE LA EQUIDAD

Desagregar los indicadores de asistencia por grupos de población proporciona un medio para capturar la equidad en la asistencia. En este apartado se avanza en ese

sentido para lo que se estiman tasas de asistencia e índices de paridad para varios grupos de población. Se debe advertir que estos cálculos se basan en las encuestas de hogares, que tienen limitaciones derivadas del diseño muestral y que dificultan la inferencia para ciertas categorías. En particular, se excluye del análisis al grupo etario de 4 y 5 años, dado el reducido tamaño de la muestra, que impide lograr estimaciones significativas para las desagregaciones consideradas.

Antes de la pandemia, la asistencia para aquellos entre 6 y 11 años no mostraba diferencias significativas en ninguna de las categorías consideradas (Gráfico 6); claramente esta situación era el reflejo de la amplia cobertura educativa en este tramo de edad. La situación no era tan favorable entre aquellos con 12 a 17 años, ya que presentaban significativas diferencias en función al área de residencia, origen étnico y condición socioeconómica. Es decir, los niveles de asistencia eran más bajos en las áreas rurales, entre los indígenas y en los quintiles más pobres. La única excepción estaba en la asistencia según la condición de género, que mostraba diferencias poco significativas, evidenciando una paridad de género.

Gráfico 6. Tasa de asistencia por niveles según características escogidas (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con base en información de Encuestas de Hogares.

La caída en la asistencia en el año 2020 significó un retroceso en todos los grupos considerados. En términos de género, para ambos grupos etarios, el deterioro fue muy parecido. Entre los 6 a 11 años, tanto varones como mujeres retrocedieron 26 puntos porcentuales. En el tramo de 12 a 17 años los varones pasaron de una tasa de 93 a 72 por ciento, mientras que las mujeres pasaron de 93 a 74 por ciento, es decir que se observó un sesgo marginal en contra los varones.

Por el contrario, en las otras categorías las diferencias fueron más marcadas. Así, mientras los estudiantes entre 6 a 11 años de áreas urbanas redujeron su tasa de

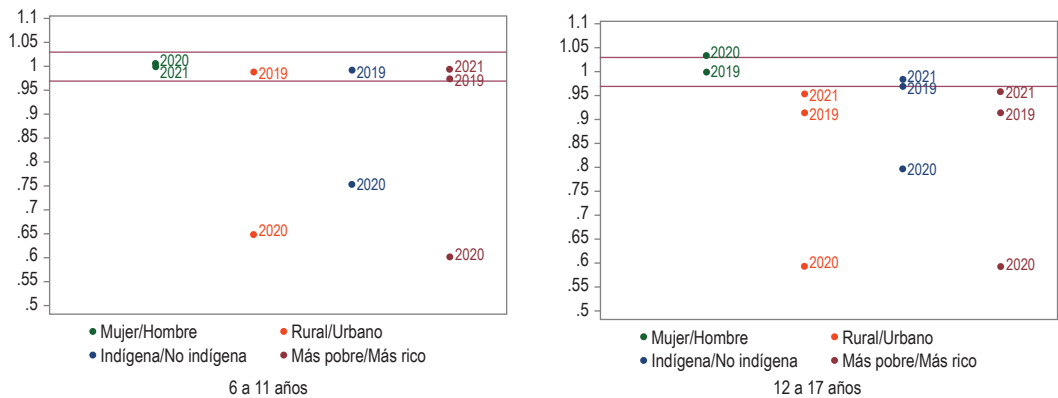
asistencia en 19 puntos porcentuales, sus pares rurales lo hicieron en 46 puntos. Las brechas que se generaron en función a la condición étnica también fueron amplias. Entre los estudiantes no indígenas la caída en la tasa de asistencia fue de 23 y 17 puntos porcentuales para los grupos etarios de 6 a 11 y 12 a 17 años respectivamente, mientras que sus pares indígenas vieron deteriorarse su asistencia en 41 y 29 puntos porcentuales. La condición socioeconómica revela aún mayores diferencias. Así, mientras el 89 por ciento de los más ricos del tramo entre 6 y 11 años asistió a la escuela, solamente el 54 por ciento de los más pobres mostró la misma situación. Algo similar se da entre los 12 y 17 años, donde el deterioro en la asistencia de los más ricos ronda los 10 puntos porcentuales mientras que entre los más pobres alcanza los 37 puntos.

En 2021, se recupera la asistencia en todos los grupos de población, destacándose que en el tramo más joven la recuperación supera sólo marginalmente los niveles previos a la crisis sanitaria, mientras que en el de mayor edad la recuperación es más fuerte. Las mejoras llevan la tasa de asistencia, de todas las categorías, a niveles más altos que los observados en 2019.

El análisis también confirma que el efecto del cierre de las escuelas afectó en mayor medida a los más jóvenes; se confirma, además, que sin importar la edad las caídas fueron más marcadas entre los más pobres, indígenas y habitantes del área rural. Con relación a la recuperación observada en 2021 se observa que ésta fue más marcada entre los grupos más vulnerables y entre aquellos estudiantes de mayor edad (12 a 17 años). Es importante notar que la mayor intensidad en la recuperación de la asistencia que muestran los grupos más vulnerables ha llevado a cerrar brechas con sus pares más ricos, no indígenas y del área urbana, por lo menos en la gestión 2021.

Para entender mejor la evolución de las brechas, en el Gráfico 7 se estiman los índices de paridad para la tasa de asistencia por tramo de edad para las gestiones 2019, 2020 y 2021. Se evidencia así, en todos los tramos etarios y en todas las categorías, una pérdida de paridad en 2020 y una recuperación que, en el caso de los estudiantes entre 6 y 11 años, lleva a recuperar la paridad de 2019; en el caso de los estudiantes entre 12 y 17 años se reduce sustancialmente el sesgo que mostraban los más vulnerables.

Gráfico 7. Tasa de asistencia por niveles según características escogidas (en porcentaje)



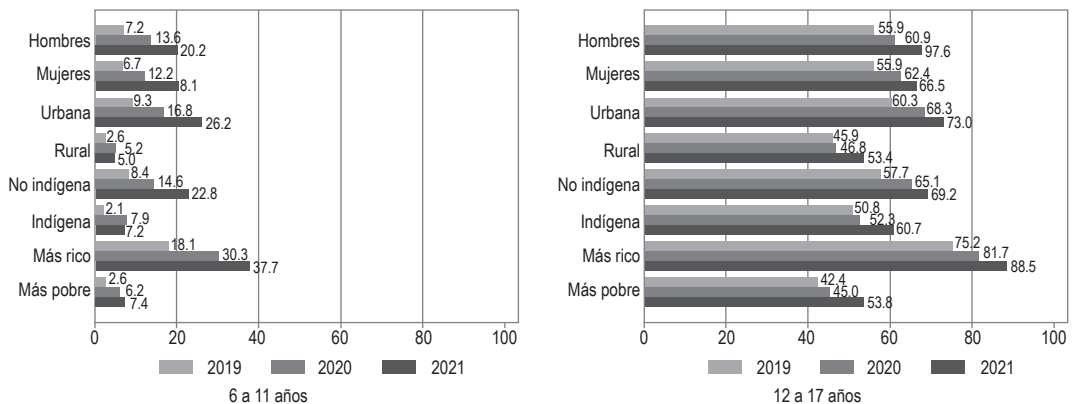
Fuente: Elaboración propia con base en información de Encuestas de Hogares.

LAS BRECHAS TECNOLÓGICAS

Los resultados en términos de asistencia durante y después de la crisis sanitaria se asocian estrechamente con la evolución de las desigualdades tecnológicas, y sobre todo en cuanto al acceso a las herramientas digitales por parte de los hogares con miembros en edad escolar y matriculados.

El Gráfico 8 muestra la proporción de NNA que declararon haberse matriculado y que contaban con teléfono celular propio. En 2019 estos niveles eran bajos, sobre todo en el tramo de edad más joven (6 a 11 años). En ambos tramos, la tenencia de celular para uso propio está concentrada en los grupos menos vulnerables; la excepción se da en la variable de género, que muestra paridad.

Gráfico 8. Disposición de teléfono celular para uso personal en matriculados (en porcentaje)

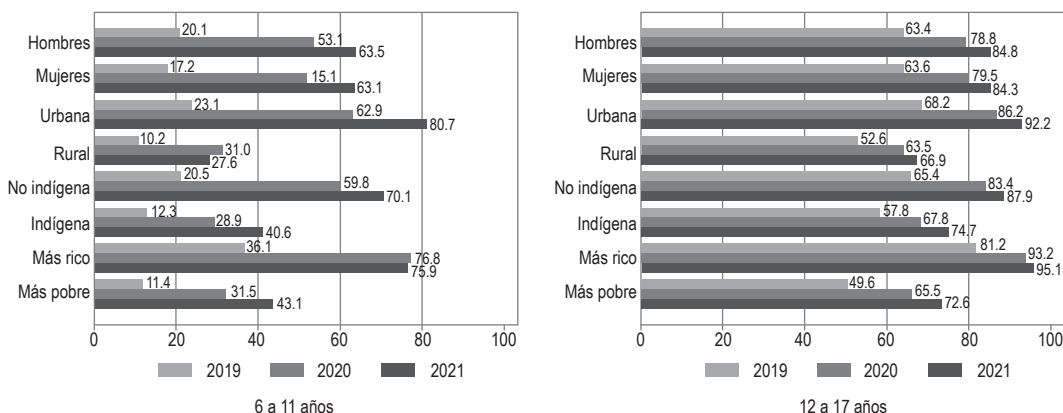


Fuente: Elaboración propia con base en información de Encuestas de Hogares.

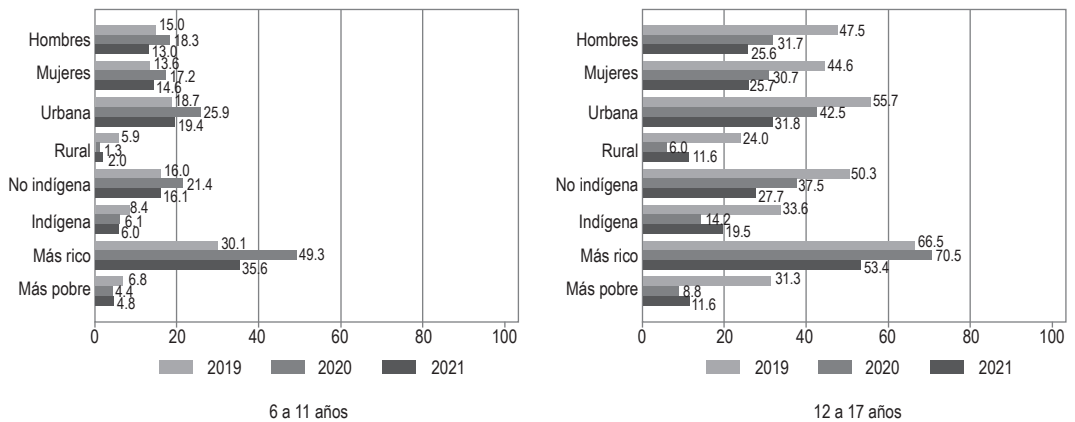
Si bien, en 2020, la disponibilidad de un teléfono celular mejora sustancialmente para todos los grupos, las mejoras fueron mayores entre los habitantes del área urbana, los no indígenas y los más ricos. Así, en 2020 la proporción de niños entre 6 a 11 años que declararon haberse matriculado y contaban con teléfono celular de uso propio fue de 17 por ciento en el área urbana, mientras que entre los no indígenas y más ricos la proporción llegó a 15 y 30 por ciento, respectivamente. Estas proporciones contrastan con el 5%, 8% y 6% que alcanzaron sus pares en las categorías más vulnerables. En el tramo de edad 12 a 17 años la tendencia es similar. Por ejemplo, mientras el 68 por ciento de los matriculados del área urbana declararon tener un celular de uso propio, solo el 47 por ciento de sus pares rurales estaba en igual situación. La tendencia de crecimiento de 2020 se replica en 2021, consolidando las brechas en el acceso a celular de uso propio entre los grupos de población considerados.

El impacto de la educación no presencial sobre el uso efectivo (de uso propio o no) del celular queda reflejado en el Gráfico 9, que muestra un claro incremento entre 2019 y 2021. La penetración del uso del celular es particularmente importante entre los más jóvenes (6 a 11 años). Entre estos, el incremento en el uso del celular fue superior al 330 por ciento, pasando de 19 a 63 por ciento. Si bien se observan mejoras en todas las categorías, éstas son más fuertes en el área urbana, los no indígenas y los más ricos. Guardando las diferencias de nivel, el comportamiento entre aquellos con 12 a 17 años es similar; es decir aumentó entre 2019 y 2021 con mejoras concentradas sobre todo en los grupos menos vulnerables.

Gráfico 9: Uso de teléfono celular para matriculados (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con base en información de Encuestas de Hogares.

Gráfico 10: Uso de computadora para matriculados (en porcentaje)

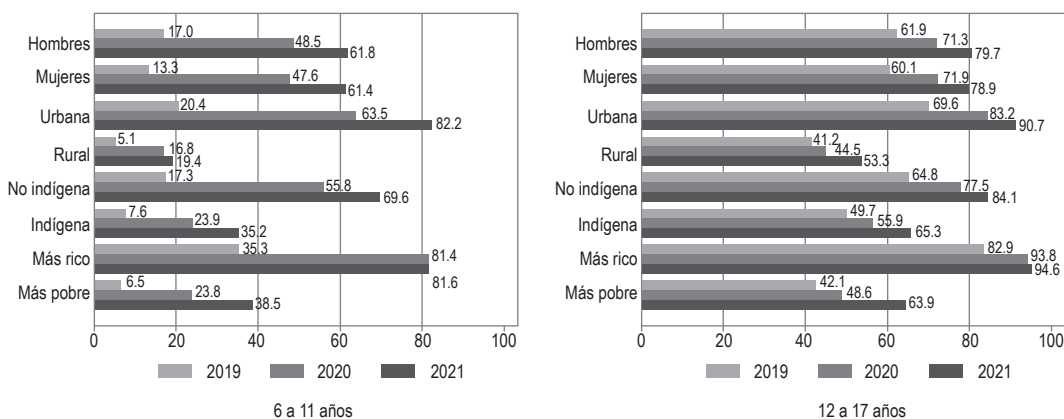
Fuente: Elaboración propia con base en información de Encuestas de Hogares.

Algo similar se aprecia en el Gráfico 10, que ilustra la evolución del porcentaje de NNA matriculados que usan un computador (laptop, tableta o computadora personal). Nuevamente, se observa importantes brechas entre los grupos más y menos vulnerables y diferencias poco significativas entre géneros. Sin embargo, a diferencia del uso de celular, la evolución temporal evidencia comportamientos diferenciados según tramo de edad. Entre los más jóvenes del área urbana, no indígenas y del quintil más rico, el uso tiende a aumentar en 2020 y a reducir en 2021. En el caso de sus pares rurales, indígenas y más pobres, el acceso a computadora muestra un comportamiento opuesto, es decir que baja en 2020 y muestra muy poca variación en 2021. Por otro lado, entre los matriculados con edad de asistir a secundaria, lo que se observa en todos los grupos es un deterioro sostenible del uso de la computadora, y con mayor intensidad entre los más vulnerables. Esta tendencia decreciente podría explicarse por tres razones: i) los más vulnerables accedían a computadoras en la escuela, de modo que el cierre y apertura parcial de las escuelas supuso un menor acceso a las mismas; ii) los estudiantes más jóvenes tienen bajos niveles de acceso a un celular y; iii) los de mayor edad prefieren el uso de celular antes que por otros dispositivos.

El acceso a internet es una precondition para la educación no presencial. Al respecto, el Gráfico 11 muestra que el país no estaba en condiciones de acometer ese tipo de educación, pues los niveles de uso de internet a finales de 2019 eran bajos, sobre todo entre los más vulnerables. Este bajo uso puede, entre otros elementos, explicar la caída de la participación en los procesos educativos no presenciales que se evidenció en el apartado anterior. También se advierte un importante incremento en la proporción de NNA con internet en su domicilio en las siguientes gestiones, lo que es destacable. Sin

embargo, al igual que en el caso de la tenencia de celular, esta mejora se concentra entre los niños, niñas y adolescentes del área urbana, los no indígena y los más ricos.

Gráfico 11. Uso de internet (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con base en información de Encuestas de Hogares.

Más allá de conocer las proporciones de acceso y uso de celulares, computadoras e internet es importante considerar su uso efectivo en actividades vinculadas a la educación. Si bien la información es limitada, se cuenta con datos sobre el uso de internet en 2021. Estos muestran que el 96 por ciento de los NNA entre 6 y 11 años matriculados han usado internet en labores educativas. Si bien este porcentaje es menor entre aquellos con 12 a 17 años no es menos importante. Aproximadamente, ocho de cada diez adolescentes con edad de asistir a secundaria usan el internet para fines vinculados a su educación escolar. Se puede inferir que la mayoría de quienes asisten a la escuela han internalizado el uso de los TIC en sus procesos educativos, a raíz de la pandemia.

LAS OPORTUNIDADES EDUCATIVAS

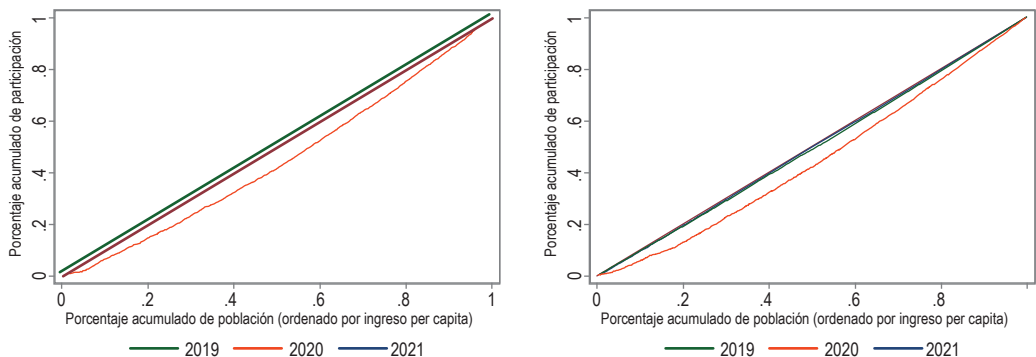
Comprender cómo han evolucionado las oportunidades educativas adquiere relevancia por el hecho de que la educación es una condición fundamental para mejorar el capital humano, incrementar la productividad, favorecer la movilidad social y reducir la pobreza y desigualdad (Yañez, 2020). El carácter inclusivo de la mejora en el acceso a oportunidades educativas puede medirse, entre otros datos estadísticos, por el comportamiento de las Curvas de Concentración (CC)³⁰ y de Curvas de Concentración

³⁰ La curva de concentración refleja el porcentaje acumulado de la variable “acceso” contra el porcentaje acumulado de la población (ordenada desde los más pobres hasta los más ricos). Para más detalles, ver Kakwani (1980).

de Oportunidades (CCO).³¹ En este informe se consideran como índices de interés para la construcción de estas curvas a las tasas de asistencia de la población con edad de asistir a primaria (6 a 11 años) y secundaria (12 a 17 años).

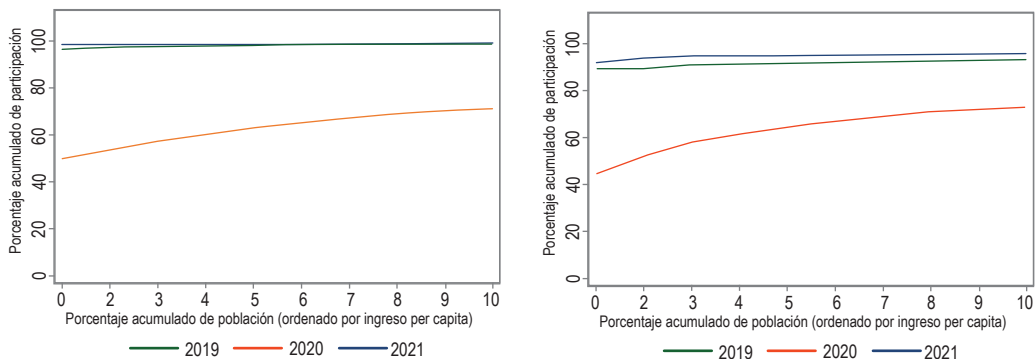
Las CC presentadas en el Gráficos 12 muestran la magnitud del impacto sobre la asistencia al sistema educativo. En ambos tramos de edad, cuando se compara 2019 con 2020, se evidencia un retroceso en términos de inclusión y equidad que afecta ante todo a los estratos medios y bajos de la distribución (nótese como en 2020 la curva se aleja de la diagonal principal). Sin embargo, en 2021 la tendencia se revierte, de manera que hay una mejora en términos de inclusión y equidad, tanto así que incluso aquellos con edad de asistir a secundaria muestran niveles superiores a los de 2019.

Gráfico 12. Curvas de concentración para asistencia escolar



Fuente: Elaboración propia en base a las Encuestas de Hogares.

Gráfico 13. Curvas de Concentración de Oportunidades para asistencia escolar



Fuente: Elaboración propia en base a las Encuestas de Hogares.

³¹ La curva de concentración de oportunidades refleja el porcentaje de participación en la variable en cuestión (acceso) contra el porcentaje acumulado de la población (ordenada desde los más pobres hasta los más ricos). Para más detalles ver Ali y Son (2007) y Son (2011)

El comportamiento descrito en el párrafo anterior se ilustra mejor al observar las CCO (Gráfico 13), que reflejan el deterioro de las oportunidades educativas durante 2020, en ambos grupos, confirmándose que los más afectados fueron los percentiles de ingreso más bajos (nótese como las CCO para 2020 tienen una pendiente más pronunciada que las CCO de otros años).

Con relación a 2021, la CCO señalan que la recuperación del grupo de 6 a 11 años no solo permitió recuperar los niveles previos a la pandemia que tenían los estratos medio y alto, sino que además mejoraron las oportunidades educativas de los más pobres. En el caso de aquellos con edad para asistir a secundaria se observa una mejora en el nivel de acceso, pero con poco cambio en la distribución de oportunidades. Esto implica que más personas de este tramo etario acceden a la educación, pero también que este mayor acceso aún está concentrado en los percentiles medios y altos de la distribución del ingreso.

CRISIS DE APRENDIZAJES

Antes de la pandemia, Bolivia mostraba niveles de aprendizaje por demás preocupantes. Esto se vio claramente en los resultados del Diagnóstico Nacional post Tercer Estudio Regional Comparativo e Explicativo (TERCE), de la UNESCO, en 2017,³² y del cual se desprenden varios aspectos críticos:

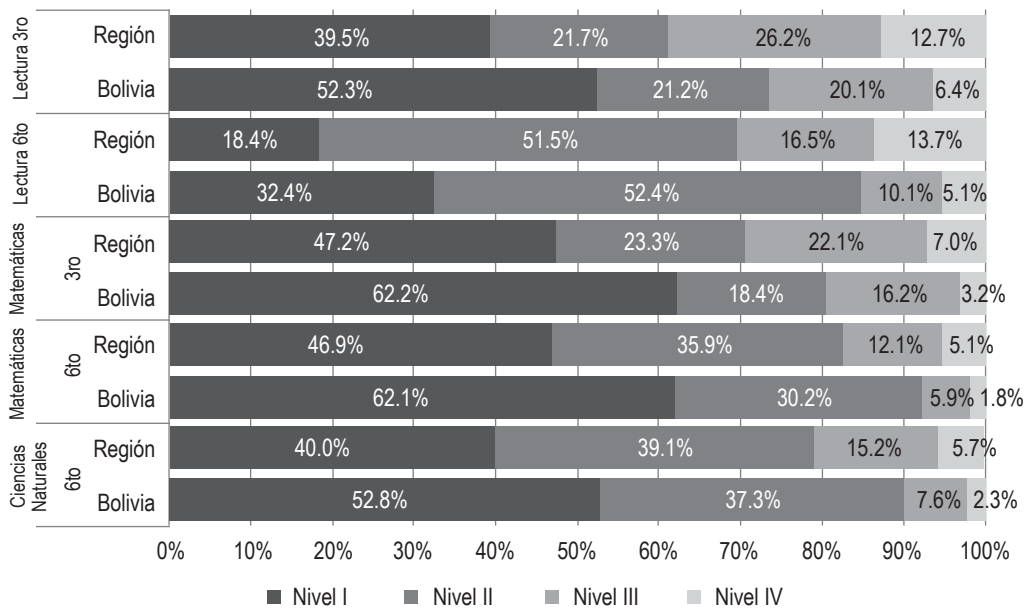
En primer lugar, la amplia concentración de estudiantes en los niveles de bajo desempeño (Gráfico 14).³³ En efecto, los resultados de la prueba de lectura muestran que el 74 por ciento de los estudiantes de tercer grado de primaria se encuentra en los niveles de desempeño más bajos. La situación no mejora en sexto grado, pues cerca al 85 por ciento de los estudiantes tiene serias deficiencias en su aprendizaje, de manera que la mayoría de los estudiantes no entiende lo que lee y no tiene la capacidad adecuada de establecer relaciones, interpretar, reflexionar e inferir significados; lo que implica una deficiencia fundamental para el desempeño en otras áreas del conocimiento.

³² Sobre los resultados de esta prueba importa mencionar que la prueba aplica los mismos instrumentos construidos para la prueba TERCE 2013, en cuya revisión curricular no se incluyó el currículo de Bolivia, lo cual pueda dar lugar a ciertos sesgos en el procesamiento de los resultados. No obstante, es indudable que el diagnóstico contiene información muy valiosa para la comprensión del estado de situación de los aprendizajes en Bolivia.

³³ Cada nivel de desempeño representa un conjunto de habilidades y conocimientos que los estudiantes deben poseer en las distintas áreas evaluadas. El detalle de cada uno de los niveles, para cada área considerada, puede verse en el documento “Aplicación del Tercer Estudio Regional Comparativo y Explicativo (TERCE). Diagnóstico Nacional de Bolivia”, UNESCO, 2020b.

En matemáticas la situación es menos alentadora: 8 de cada 10 estudiantes de tercer grado y 2 de cada 3 en sexto grado se ubican en los niveles de desempeño más bajos. Esto quiere decir que los estudiantes no dominan las habilidades necesarias para resolver problemas matemáticos complejos. Así, por ejemplo, la mayor parte de los estudiantes de tercer grado (el 81 por ciento) no puede resolver problemas que involucran la comparación y conversión de medidas o la interpretación de figuras geométricas, que son habilidades mínimas que el grado exige. Se debe señalar que las puntuaciones promedio obtenidas por los estudiantes bolivianos son sistemáticamente más bajas que el promedio regional.

Gráfico 14. Resultados de las pruebas de medición del logro de los aprendizajes, 2017



Fuente: Elaboración propia con datos de la presentación Resultados Diagnóstico Nacional post TERCE2017

Nota: Se alerta que por las características del estudio los resultados no son estrictamente comparables con los del TERCE 2013 básicamente como consecuencia de la no incorporación de la currícula boliviana en el análisis curricular del TERCE 2013 que es de donde se desprende la elaboración de ítems para la prueba. En ese sentido, la comparación con el resto de la región debe ser considerada únicamente como referencial.

En segundo lugar, el logro de aprendizaje se muestra muy condicionado por las características socioeconómicas de los estudiantes (Tabla 1). Los puntajes promedio son sistemáticamente más bajos en el área rural, entre los indígenas y en las escuelas públicas y de convenio. Por ejemplo, en matemáticas para el sexto grado se evidencia que el puntaje promedio de los estudiantes no indígenas fue de 673 puntos, mientras que, en el caso de los indígenas, el puntaje se ubicó 46 puntos por debajo. Estas brechas ponen de manifiesto problemas de equidad en los aprendizajes y hacen evidente que la adquisición efectiva de habilidades está condicionada por factores socioeconómicos.

También se verifica que las brechas entre estudiantes de entornos socioeconómicos diferentes tienden a perpetuarse y ampliarse con el curso de los años. La consecuencia de ello es un sistema educativo que, si bien garantiza el acceso a primaria de casi todos los niños, no les brinda las mismas oportunidades de aprendizaje.

Tabla 1. Puntaje promedio prueba de logro de aprendizaje 2017 según origen étnico, área de residencia y dependencia educativa

Grado	Área evaluada	Total	Origen étnico		Área de residencia		Dependencia educativa		
			Indígena	No Indígena	Urbano	Rural	Pública	Convenio	Privada
3ro	Lectura	663,9	624,2	674,9	675	640,9	653,3	671,1	754
	Matemática	668,5	645,2	678,5	675,3	654,9	659,3	674,8	751,4
6to	Lectura	654,7	586,7	669,2	677,2	608,9	645,1	678	747,9
	Matemática	662,5	626,5	672,8	677,2	632,8	653	680,1	765,5
	Ciencias	660,3	614,3	673,6	676,4	627,8	652,3	684,1	739,5

Fuente: Elaboración propia con base en información de la presentación Resultados Diagnóstico Nacional post TERCE 2017.

Nota: La media de la escala fue fijada en 700 puntos y la desviación típica en 100 puntos. Un puntaje de menor a 700 indica un puntaje bajo el promedio regional. Un puntaje de mayor de 700 indica un puntaje encima al promedio regional. Un puntaje de 800 se encuentra a 1 desvío estándar encima al promedio. Un puntaje de 600, a 1 desvío estándar debajo el promedio.

Lamentablemente no se cuenta con información sobre la situación de los aprendizajes en secundaria; por cierto, una carencia que no solo complica el diseño de acciones para mejorar la calidad educativa, sino que limita el diagnóstico sobre los impactos de la pandemia. Sin embargo, y puesto que las deficiencias en logros de aprendizaje se profundizan cuando se compara 3ro con 6to de primaria —es decir que se hacen más graves conforme se avanza en la trayectoria escolar—, es posible conjeturar que la situación de los aprendizajes en secundaria debe ser aún peor que la observada en primaria. La conclusión obvia es que una amplia proporción de los estudiantes está egresando del sistema educativo sin los conocimientos mínimos necesarios, lo cual los pone en una posición de desventaja notoria para los estudios en la educación superior.

La evidencia anterior muestra que Bolivia enfrentó la crisis sanitaria inmersa en una crisis de aprendizajes. Esto tiene implicaciones evidentes: la mayoría de los NNA que asistían a la escuela no tenían los niveles mínimos de competencia en lectura, escritura y matemáticas, y que además sus aprendizajes estaban condicionados por sus condiciones socioeconómicas. A ello debe añadirse el efecto del cierre de las escuelas y de las carencias materiales y humanas para la educación virtual, que, con alta probabilidad, han redundado en un mayor deterioro en las capacidades de aprendizajes.

De hecho, existen varios estudios referidos a América Latina que corroboran la pérdida de aprendizajes como consecuencia de la pandemia.³⁴ Por pérdida de aprendizaje debe entenderse la pérdida de conocimientos o habilidades ocasionada por la discontinuidad en la educación del estudiante. Si bien no hay datos para determinar los impactos en Bolivia, sí es posible intentar una aproximación a partir de simulaciones hechas para la región, como es el caso de los resultados calculados por el Banco Mundial (2022). Este estudio del BM muestra que los resultados de aprendizaje que Latinoamérica alcanzó en las pruebas del Estudio Regional Comparativo e Explicativo (ERCE) de 2019, disminuirán significativamente en matemáticas y lectura tanto en tercer como sexto grados. En efecto, asumiendo la duración real del cierre de escuelas y una eficiencia media en las estrategias de mitigación, el Banco Mundial ha proyectado que los puntajes promedio en la región se reducirían en alrededor de 6,3 por ciento en ambos grados y en ambas materias.

Ahora bien, aprovechando el hecho que la prueba post Tercer Estudio Regional Comparativo e Explicativo (TERCE) 2017 se construyó siguiendo los procedimientos estadísticos del TERCE 2013, y dado que esta medición es comparable con el ERCE 2019 –utilizado como base para la simulación del Banco Mundial–, lo que hacemos a continuación es aplicar los resultados promedio de pérdida de aprendizajes proyectados para la región a una hipotética pérdida de aprendizaje en Bolivia. El Gráfico 15 presenta este ejercicio e ilustra la magnitud de la pérdida registrada.³⁵

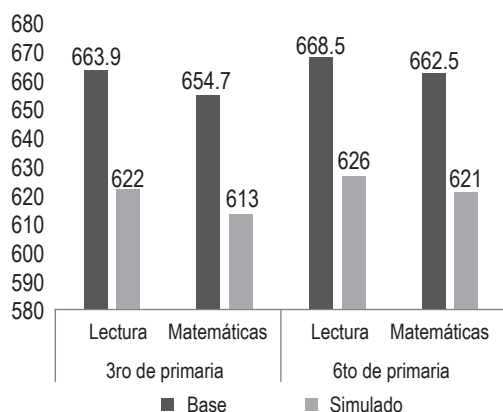
Otro autor, Gasparini (2022), siguiendo un procedimiento diferente al empleado por el Banco Mundial, y tras analizar las acciones del gobierno y de las familias, llega a estimar que los estudiantes de Bolivia habrían perdido el equivalente a cuatro quintas partes de un año escolar en aprendizajes. Esta pérdida, además de ser una de las mayores de la región, está concentrada en los estratos de ingresos medios y bajos, y mayormente de las áreas rurales, lo cual es bastante lógico.

A la vista de estos ejercicios es plausible inferir que la crisis de aprendizajes –que ya asomaba como problema crónico del sistema educativo–, se ha hecho más profunda y severa a raíz de la pandemia. El Gráfico 16 permite ver, en efecto, que para 2021 la tasa de reprobación ha tenido un incremento significativo. En secundaria, por ejemplo, el número de reprobados aumenta en algo más de 21.000 personas entre 2019 y 2021; y si bien en 2022 el número de reprobados arroja una cifra menor, esta cifra continúa siendo considerablemente alta.

³⁴ Por ejemplo, Azevedo (2020); Azevedo et al. (2020); GBM (2021a) y GBM et al. (2021). Cossi, et. al. (2021); (3) Abufhele et. al. (2021); García et. al. (2021); Hevia et. al. (2021); Burgess y Sievertsen (2020); Carlsson et al. (2015); Lavy (2015); Woessmann (2003); Doepke y Zilibotti (2020); Kuhfeld et al (2020).

³⁵ Este procedimiento no está libre de sesgos, pero es lo único que puede hacerse en ausencia de datos desagregados de la prueba post TERCE 2017; la base de datos es de acceso restringido.

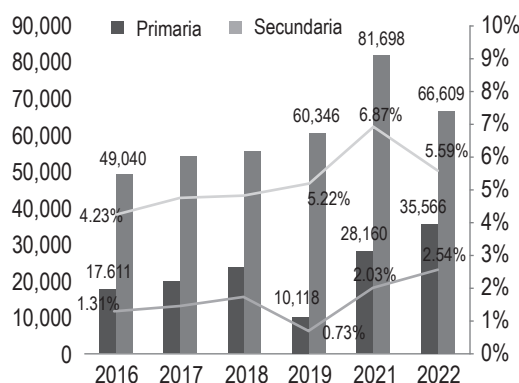
Gráfico 15. Simulación de la pérdida de aprendizajes



Fuente: Elaboración propia con base en información de la presentación Resultados Diagnóstico Nacional post TERCE 2017 y Banco Mundial (2022).

Nota: La media de la escala fue fijada en 700 puntos y la desviación típica en 100 puntos.

Gráfico 16. Número de reprobados y tasa de reprobación por nivel



Fuente: Elaboración propia con base en datos administrativos del Ministerio de Educación.

EL GASTO EN EDUCACIÓN

En la etapa más dura de la pandemia, y no obstante la clausura de la gestión escolar, el Estado destinó más recursos del Presupuesto General del Estado (PGE) a educación, incrementando la participación del presupuesto de este sector en el PGE de 10 por ciento en 2019 a 11.8 por ciento en 2020, para luego reducirse en 2021. En la programación presupuestaria de 2022 y 2023, la participación del presupuesto de educación en el PGE se ha estabilizado en 10.8 por ciento.

Tabla 2. Presupuesto de educación y participación en el PGE

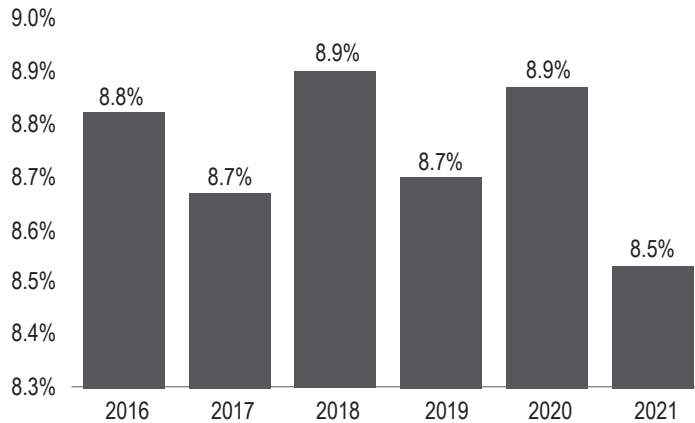
Gestión	Presupuesto General del Estado (en millones de bolivianos)	Presupuesto de Educación (en millones de bolivianos)	Participación del Presupuesto de Educación en el PGE consolidado (en %)
2019	214.724	21.414	10,0
2020	210.911	24.861	11,8
2021	228.357	22.836	10,0
2022	235.090	25.370	10,8
2023	243.950	26.347	10,8

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas y PGE 2023

La aportación de recursos fiscales a la educación se valora mejor cuando se considera el gasto en educación como porcentaje del PIB, que se muestra en el Gráfico 17.

Así, en 2020 este gasto tuvo un incremento porcentual respecto de 2019, pero con una disminución en 2021 de 0.4 por ciento, situándose por debajo de los niveles prepandemia.

Gráfico 17. Gasto en educación como porcentaje del PIB



Fuente: Elaboración propia con base en datos administrativos del Ministerio de Educación.³⁶

Se debe resaltar que el gasto de educación como porcentaje del PIB en Bolivia (por encima del 8 por ciento) supera los umbrales mínimos definidos en el marco del Objetivo de Desarrollo Sustentable 4 (ODS 4).³⁷ Este dato coloca a Bolivia entre los países de Latinoamérica que más recursos destinan a educación en proporción a su producto nacional, sin embargo, y paradójicamente, este nivel de asignación no guarda relación con los magros resultados que arroja nuestro sistema educativo en términos académicos y pedagógicos, tal como se evidenció anteriormente. Ello sugiere la existencia de un problema relevante de eficiencia en la asignación y el uso de los recursos financieros, lo que también contribuye a explicar las enormes brechas y deficiencias en infraestructura física (aulas, servicios básicos, mobiliario, laboratorios, etc.) y equipamiento técnico, cuestión que deja de manifiesto los problemas de gobernanza que el sistema educativo nacional arrastra por mucho tiempo y que, en última instancia, se traducen en inequidad y bajas oportunidades educativas. De hecho, hay estudios (Hanushek, 1995; Schiefelbein y Valenzuela, 1994) que enfatizan el impacto positivo de la calidad de la infraestructura escolar sobre el aprendizaje, aspecto éste en el cual la situación boliviana muestra notorias falencias.

³⁶ <https://seie.minedu.gob.bo/reportes/indicadores/grupo10/e2>

³⁷ El ODS 4 plantea que la proporción del gasto en educación con relación al PIB debe estar al menos entre el 4% y 6%.

A todo ello se debe añadir las complicaciones fiscales de los últimos años para asegurar un presupuesto adecuado a las necesidades educativas del país. Adviértase que la caída del gasto en educación en 2021 (Gráfico 17), alerta del riesgo de una asignación menor, en circunstancias en que el gobierno debe lidiar con mayores restricciones fiscales, originadas en un pronunciado desequilibrio en las cuentas públicas.³⁸

La insuficiencia del presupuesto del Estado para educación ha quedado también puesta de relieve por el reciente conflicto del magisterio urbano del país, un conflicto iniciado prácticamente desde los primeros días del retorno a clases en la gestión 2023 en demanda de más ítems para profesores, incremento salarial, atención al déficit histórico de horas sin pago, rechazo a una nueva malla curricular y al traspaso del sistema de pensiones a la administración estatal, convocatoria de un congreso educativo y otros punto de un largo pliego petitorio.³⁹

Como ya se dijo, ocurre a menudo que la discusión sobre el presupuesto no toma en cuenta la calidad del gasto educativo, que debería medirse ante todo por la calidad de la educación. Desgraciadamente, el ministerio del ramo no dispone de indicadores que permitan medir la calidad del gasto; tampoco se conoce de ninguna evaluación de costo-beneficio que pueda orientar la asignación eficiente de recursos. La rendición de cuentas en la educación no pasa de ser un ejercicio formal sobre la ejecución presupuestaria, el número de escuelas construidas o de proyectos implementados; en cambio brilla por su ausencia la información que pueda dar cuenta de forma transparente de los resultados en términos de resultados y metas de aprendizaje, logros en formación docente, cantidad y calidad de infraestructura, equipamiento y otras cuestiones fundamentales; información que, además, debería poder cotejarse con los indicadores educativos de otros países de manera de tener una perspectiva comparada.

LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN: UN PROBLEMA CRÓNICO

Es innegable que Bolivia ha registrado en las últimas décadas importantes progresos en cuanto al acceso y a la finalización de los estudios en el sistema escolar. Antes de la emergencia sanitaria la educación primaria avanzaba con paso firme hacia universalización, en tanto que la educación secundaria que, aunque no alcanzaba los niveles de asistencia deseados, mostraba avances relevantes, a la vez que la educación inicial estaba aumentando su cobertura de forma sostenida. Si bien estos resultados

³⁸ Cf. *Informe de Milenio sobre la economía de Bolivia 2022*, Ibid.

³⁹ Página Siete: “Maestros reinstalan huelga de hambre y continúan con marchas en La Paz” (25/04/2023); El Deber: “Maestros cumplen paro en medio de bloqueos y huelga de hambre” (30/03/2023); La Razón: “Trece días de huelga de hambre: Magisterio responsabiliza a Pary por la salud de los maestros” (10/04/2023).

conlleven mejoras en la equidad y en oportunidades educativas, los bajos resultados en términos de aprendizajes ponen en entredicho tales avances.

Como ya se vio, la pandemia ha afectado a la educación en varias dimensiones. En 2020 se incrementa el volumen de la población no escolarizada y caen las tasas de asistencia. Si bien los datos marcan que en 2021 estos indicadores mejoran (debido a la aprobación automática de los alumnos, los incentivos económicos y la adaptación de los hogares a la educación no presencial), la estabilidad que se observa en la matrícula de 2022 nos advierte que aún es temprano para afirmar que esta mejora será sostenida. No hay duda de que los más afectados por la crisis sanitaria fueron los NNA más jóvenes, los que habitan el área rural, los indígenas y los pobres, y si bien en 2021 recuperaron el nivel de asistencia previo a 2020, la dinámica mostrada durante la pandemia deja en claro el alto grado de vulnerabilidad y el elevado riesgo de abandono educativo que tienen estos grupos sociales.

Se puede concluir, asimismo, que la educación virtual, no obstante haber arrancado sin las condiciones necesarias, se ha consolidado como una alternativa y/o complemento a la educación presencial, sobre todo en las áreas urbanas. Los hogares y el sistema educativo han mostrado una capacidad de adaptación que debe ser aprovechada en el futuro. La incorporación tecnológica que se dio en las escuelas y en las prácticas de los estudiantes y docentes es una oportunidad que debe servir para impulsar cambios curriculares, pedagógicos y metodológicos en la educación boliviana.

Con base en los resultados promedio de simulación del impacto de la pandemia sobre los resultados de la prueba ERCE, se puede afirmar que los logros de aprendizaje se han deteriorado significativamente, sobre todo entre los más estudiantes vulnerables. Esto implica que los estudiantes indígenas, pobres y del área rural profundizarán aún más su falta de competencias fundamentales en lectoescritura y aritmética. El aumento de la tasa de reprobación en 2021 es una señal de que la pérdida de aprendizajes está afectando severamente el desempeño escolar.

En suma, lo que debe enfatizarse ante todo es la cuestión de la calidad educativa como el problema central de la educación boliviana y que se expresa primordialmente en lo que antes se ha descrito como una crisis de aprendizajes. Crisis de aprendizajes que viene de mucho tiempo atrás y que ha permanecido a pesar de los avances en la cobertura educativa y la matrícula estudiantil, y que lamentablemente se ve exacerbada por los efectos de la pandemia en condiciones de muchas carencias y brechas en la educación boliviana. Precisamente, hoy en día uno de los desafíos prioritarios que tiene el sistema educativo es implementar acciones para la recuperación pronta y continua de los aprendizajes perdidos,

particularmente por parte de los grupos más afectados y vulnerables. Si es cierto que se han tomado algunas medidas en ese sentido, los resultados sugieren que estas medidas no son suficientes ni están a la altura de la dimensión del problema.

La crisis de aprendizajes se traduce no solo en bajos rendimientos escolares sino también en un incremento de la probabilidad de abandono. Para prevenir este peligro se hace indispensable poner en funcionamiento un sistema de seguimiento y monitoreo de la trayectoria educativa de los estudiantes con el fin identificar de forma temprana situaciones de riesgo que puedan alentar decisiones de abandono.⁴⁰ Lo ideal es que pueda consolidarse un sistema de protección de la trayectoria educativa que permita el acompañamiento sistemático y la intervención oportuna ante riesgos de abandono o rezago escolar. No hay duda de que esto redundará en un sistema educativo más resiliente a situaciones de emergencia o crisis.

LA ESQUIVA EVALUACIÓN

La carencia de información sobre aprendizajes era ya una gran falencia antes del COVID-19. Hoy en día, habiendo vivido la emergencia sanitaria, y conociendo de cerca sus impactos nocivos en el proceso educativo, no hay duda de la necesidad y urgencia de contar con datos sobre logros de aprendizaje en particular y sobre los procesos educativos en general. En ese sentido, es prioritario que la oficina que el gobierno ha creado para este propósito (el Observatorio para la Calidad Educativa - OPCE), ojalá reconstituida profesionalmente, cumpla verazmente sus funciones y se ponga a la tarea de evaluar de forma rigurosa, sistemática y transparente los logros de aprendizajes en todos los niveles educativos.

El desafío inaplazable para Bolivia es construir un sistema de seguimiento y monitoreo de la calidad educativa, debidamente institucionalizado y con la autonomía de gestión necesaria para su buen desempeño. La educación precisa de un sistema técnicamente competente, que genere más y mejores datos y los ponga a disposición de los tomadores de decisiones y de la sociedad en general. El requisito de transparencia es fundamental. La información educativa tiene el carácter de un bien público, que debe ser accesible a todos, y en particular a los responsables de la política educativa, los gestores escolares, los profesores, alumnos y padres de familia.

⁴⁰ UNESCO ha trabajado en sistemas de alerta temprana en la región, que aportan varias enseñanzas. Al respecto, véase: *Sistemas de Alerta Temprana (SAT) basados en los Sistemas de Información para la Gestión Educativa (SIGED)*, UNESCO, 2022.

Pero esto no basta. Es también imperioso que el país participe en pruebas internacionales de medición de aprendizajes, como las que lleva a cabo la UNESCO y en otras mediciones como las pruebas PISA, de manera de disponer de datos idóneos y verificados para poder comparar su situación educativa con la de otros países y tener otras referencias para la formulación de las políticas y programas educativos.

La evaluación de la calidad educativa no se reduce a la aplicación de pruebas estandarizadas, que, sin embargo, son imprescindibles. Es necesario establecer sistemas de evaluación de tipo formativo que permitan una verdadera y continua retroalimentación de los procesos educativos. La evaluación formativa, a diferencia de evaluación sumativa, busca entregar resultados individualizados a los estudiantes, enfocándose en la trayectoria de cada uno de los estudiantes y en su seguimiento en varios momentos. Justamente, esto es lo que requiere hacer con urgencia en el país, de modo de tener una herramienta efectiva para monitorear el aprendizaje de los alumnos.

También se debe considerar la importancia de evaluar, de forma rigurosa y sistemática, no solo la ejecución de políticas educativas, sino el modelo educativo en sí mismo. El país lleva décadas implementado diversas acciones educativas (reformas y contrarreformas) sin conocer a ciencia cierta si fueron o no efectivas. Urge conocer y examinar los resultados de elementos propios del actual modelo educativo como son, por ejemplo, la interculturalidad, la intraculturalidad y el plurilingüismo; revisar la pertinencia, relevancia y adaptabilidad de la currícula, a través de un proceso sistemático riguroso, basado en evidencias comprobadas y no en meros supuestos teóricos o, peor aún, en criterios improvisados y discrecionales, que luego son cuestionados y rechazados, como ocurre con el conflicto que protagoniza el magisterio urbano.⁴¹ Tampoco se debe perder de vista que la calidad educativa no se limita al logro de destrezas cognitivas; tan importante como ello, es tomar en cuenta los aprendizajes no cognitivos, y que también deben ser evaluados con métodos apropiados.

EL PROFESORADO: CLAVE PARA UNA MEJOR EDUCACIÓN

No es posible pensar en una educación de calidad sin reconocer el rol de los docentes en el proceso pedagógico. Sin embargo, y salvo honrosas excepciones, los docentes se caracterizan por un bajo conocimiento, prácticas pedagógicas poco efectivas y serios problemas de motivación, liderazgo y orientación en el proceso de aprendizaje. El rezago educativo y la crisis de aprendizajes tiene mucho que ver con esta realidad.

⁴¹ Véase la nota 22, en este mismo capítulo.

Para la calidad educativa nada es tan relevante como fortalecer y cualificar la función docente. Infelizmente, en Bolivia no hay una estrategia que genere los incentivos suficientes para que los procesos de reclutamiento y formación (inicial y continua) permitan contar con profesores más preparados y mejor motivados y con prácticas pedagógicas innovadoras, dinámicas y eficientes. Tampoco se cuenta con un sistema de evaluación continua de la labor de los docentes, que considere estándares mínimos a cumplir para el ejercicio docente.

Pero es la sociedad en su conjunto la que debe revalorizar la profesión docente. Por suerte, se puede decir que un beneficio inesperado de la pandemia ha sido comprender, más que nunca, la importancia de la docencia en el proceso educativo. La dura experiencia de la crisis educativa ha demostrado la centralidad del docente; que la tecnología no lo reemplaza y que su presencia es vital para alcanzar las metas educativas. Estas enseñanzas deberían traducirse en acciones efectivas para llenar ese enorme vacío, que es la ausencia de una política integral de formación, capacitación permanente y evaluación de desempeño docente, basada en los incentivos adecuados.

¿QUÉ EDUCACIÓN QUEREMOS?

La crisis sanitaria y educativa ha abierto una ventana de oportunidad para reflexionar acerca del “qué”, el “cómo” y el “para qué” de nuestra educación y, sobre esa base, lograr una visión compartida sobre la educación que queremos y por la cual estamos dispuestos a apostar, como sociedad, por un proyecto educativo de largo plazo. La calidad de la educación solo podrá mejorar si se articulan las necesidades y prioridades nacionales, las demandas sociales, las capacidades fiscales y los medios institucionales en una política de Estado. Sin embargo, no está claro que, hoy mismo, que la opinión pública, el gobierno, el liderazgo político e intelectual, estén comprometidos con este desafío crucial.

La oportunidad debería ser también para construir un sistema educativo flexible, capaz de proveer aprendizajes pertinentes e incorporar los avances tecnológicos a la práctica pedagógica; un sistema que saque ventaja de la adaptación de las personas al uso de tecnología y esté diseñado desde la situación real y no desde condiciones y para profesores ideales. Precisamente, un ejemplo de aquello que resulta contraproducente es la definición de la nueva currícula, que exige enseñar inglés en el nivel inicial, obviando el hecho evidente de que la oferta de maestros que hablan inglés, en ese nivel, es mínima y, por tanto, es una reforma condenada a fracasar.

Asimismo, es preciso trabajar en estimaciones sobre los costos implícitos para mejorar la calidad y expandir la cobertura en los niveles inicial y secundario, lo cual supone

identificar tanto las ineficiencias actuales del gasto educativo como las potenciales fuentes de financiamiento, además de redefinir las prioridades en la asignación de recursos. Enfrentar la “crisis de aprendizajes” requerirá, sin duda, incrementar el presupuesto para educación, pero priorizando aquellas áreas y niveles en los que se identifican los mayores rezagos e inequidades, pero también considerando los beneficios potenciales. Por ejemplo, reforzar el presupuesto en educación inicial con seguridad que redundará en mejores desempeños en los niveles superiores.

ANEXO

Tabla A1. Tasa de crecimiento anual de la población en edad escolar y la matrícula escolar

	Población	Matrícula
2017	0.32%	0.23%
2018	0.29%	0.39%
2019	0.22%	1.06%
2020	0.09%	0.74%
2021	0.07%	0.23%
2022	0.01%	0.41%

Fuente: Elaboración propia con base en información del Instituto Nacional de Estadística, y datos administrativos del Ministerio de Educación

CAPÍTULO 4

El panorama de la salud

EL IMPACTO DE LA PANDEMIA

No hay duda de los efectos enormes de la pandemia del COVID-19 sobre la salud y el bienestar de los bolivianos, incluso catastróficos en varios aspectos, como el impresionante número de personas fallecidas por causas provocadas por el contagio del virus: 22.365 muertes registradas oficialmente, entre marzo de 2020 y marzo de 2022 –aunque la cifra real probablemente sea mayor, dado el subregistro de decesos–, y una tasa de letalidad de 1.9 por ciento.⁴² Otros datos relevantes son el número total de infectados de 1.194.000 casos, hasta marzo de 2023, con una incidencia de 9.962 x 100 mil habitantes.⁴³ Y si bien Bolivia figura entre los países de la región con un menor número de fallecidos,⁴⁴ ello no atenúa la gravedad de la pandemia que azotó al país. En la parte más alta de la pandemia, la tasa de letalidad llegó 6.8 por ciento.

Tabla 1. Contagios y decesos y tasas de letalidad (datos al 14 de diciembre - 2020)

	Contagios	Decesos	Contagios	Decesos	Tasa de Letalidad %
Bolivia	147.345	9.024	1.267	78	6,1
Beni	7.358	379	379	79	5,2
Chuquisaca	8.138	519	519	81	6,4
Cochabamba	14.424	1.330	1.330	66	9,2
La Paz	35.934	1.187	1.187	41	3,3
Oruro	6.280	328	328	60	5,2
Pando	2.436	166	166	108	6,8
Potosí	9.648	271	271	30	2,8
Santa Cruz	46.356	4.431	4.431	131	9,6
Tarija	16.771	413	413	71	2,5

Fuente: Elaborado en base a información del Ministerio de Salud e INE.

⁴² Los departamentos con mayor tasa de letalidad fueron Oruro (3.2%) y Beni (2.9%).

⁴³ Datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).

⁴⁴ América Latina fue la región más afectada del mundo: con solo 8,4% de la población mundial, registró el 27,8% de muertes por COVID.

Bolivia perdió 2.9 años de esperanza de vida al nacer entre 2019 y 2022, pasando de 67.8 años en 2019 a 64.9 años en 2022, además de agrandarse la brecha entre Bolivia y otros países de América Latina. En efecto, si en 2019, la esperanza de vida en Bolivia era 8.2 años menos que el promedio regional de 75.03 años, ya en 2022 la diferencia aumentó a 8.8 años en contra de Bolivia (Latinoamérica bajó este indicador a 73.04 años).⁴⁵

La pandemia también ha puesto en peligro los avances de tres décadas en otros indicadores relevantes como la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad materna. En 2021, la tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) en Bolivia se cifraba en 25 por cada 1.000 nacidos vivos, 9 puntos por encima de la tasa promedio de mortalidad infantil de América Latina.⁴⁶ Más preocupante podría ser la situación de la mortalidad materna, que hasta el año 2017 (último dato disponible) había exhibido un progreso más modesto; para ese año, la tasa de mortalidad materna en Bolivia era de 155 por cada 100.000 nacidos vivos, en tanto que el promedio regional de América Latina y el Caribe se situaba en 74 por cada 100.000 nacidos vivos (74 puntos más que la tasa regional). Los últimos datos del Grupo Interagencial de Mortalidad Materna de las Naciones Unidas indican que la reducción de la mortalidad materna en América Latina se ha estancado,⁴⁷ hecho que puede afectar sobre todo a países que, como Bolivia, progresaban lentamente, y tienen el desafío de reducir a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad materna hasta el 2030, para lograr uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (este objetivo ya parece inalcanzable para Bolivia).

El retroceso en los indicadores de salud, o al menos la interrupción en la consecución de nuevos progresos se explican en gran medida por la pandemia del COVID-19, pero también por la permanencia de las secuelas de la crisis social causada por la pandemia, en un contexto de debilidad y bajo crecimiento económico, que ha seguido a la crisis económica de 2020.

La pandemia fue un evento disruptivo que evidenció las muchas carencias y debilidades que por larga data han caracterizado al sistema de salud, tales como el subfinanciamiento crónico, la segmentación y fragmentación de los servicios sanitarios, la insuficiencia de recursos humanos, infraestructura, medicamentos y tecnologías, la obsolescencia de los sistemas de gestión y de atención, la compleja crisis de la seguridad social, la politización del sector público, la falta de coordinación y articulación con el sector privado y con las organizaciones sociales que trabajan en el campo de la salud, las profundas inequidades

⁴⁵ CEPAL: *Observatorio Demográfico América Latina y el Caribe. 2022. Tendencias de la población de América Latina y el Caribe. Efectos demográficos de la pandemia del COVID-19, 2022.*

⁴⁶ Banco Mundial. Datos 2021.

⁴⁷ Banco Mundial, *Ibid.*

en el acceso a los servicios médicos y los problemas de calidad en las prestaciones, así como también las limitaciones de los sistemas de protección social existentes, como son los programas de transferencias monetarias y de subsidios.

Pero quizá la lección más relevante que deja la pandemia es la constatación de la pronunciada vulnerabilidad de la sociedad boliviana, lo que se ha reflejado en las elevadas cifras de contagios y muertes, desconocidas en la historia del país. Ciertamente, el país no estaba preparado para hacer frente a las contingencias de un evento catastrófico, y sobre todo por la debilidad estructural de su sistema de salud y las evidentes falencias de las instituciones que componen este sistema, todo lo cual, sin duda, ha agravado los rigores y sacrificios para la población, a la vez que ha supuesto un impacto mayor sobre la economía, el trabajo, los ingresos de los hogares y del gobierno. El cuadro siguiente muestra los gastos familiares en salud relacionados con el COVID-19, a partir de los datos de la Encuesta de Hogares del INE, levantados a mediados de 2020.

Tabla 2. Gastos de salud relacionados con COVID-19

Gastos	Hogares	Promedio Bs.
Consulta externa	169.093	967.21
Internación hospital	22.983	9.474.22
Laboratorio COVID-19	290.027	788.50
Ambulancia	7.162	1.374.37
Oxígeno medicinal	25.515	2.627.40
Tomografías y/o Rx	62.241	877.97
Medicinas	1.097.148	519.05
Otros	2.572.185	258.72

Fuente: INE, EH 2020

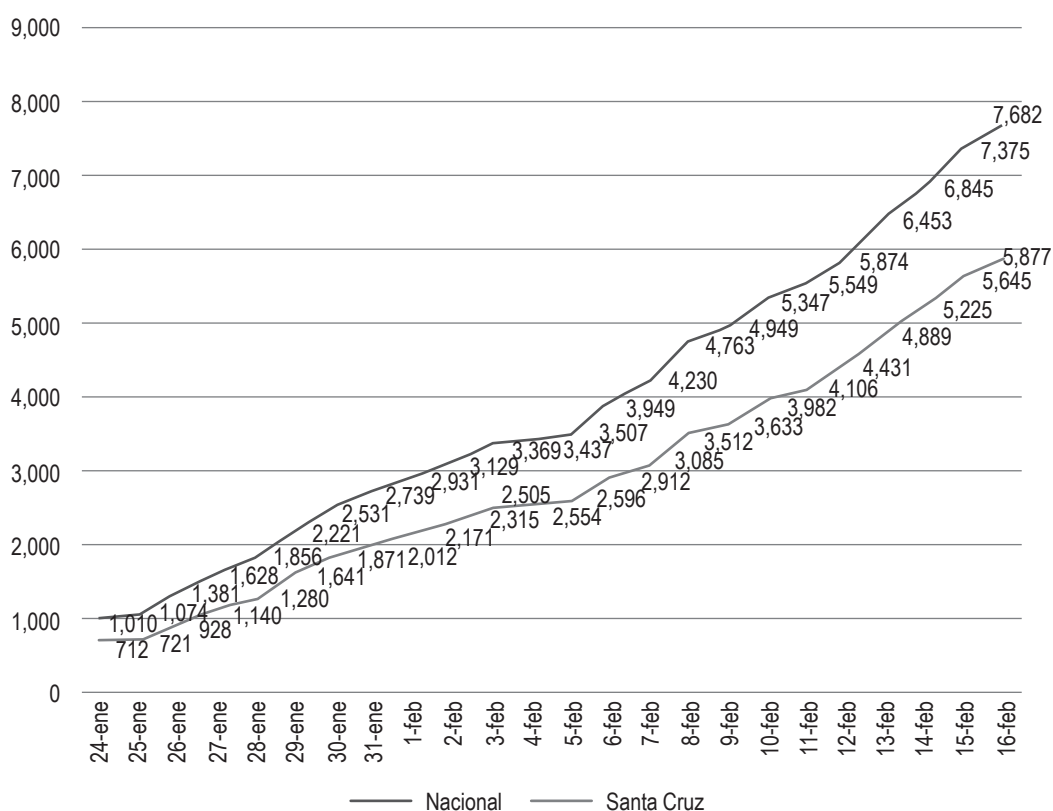
Multiplicando el promedio gastos en salud por el número de familias, se obtiene el costo total de la pandemia para los hogares de 4.246.354 bolivianos, o sea 610 millones de dólares en 2020. Esta cifra da una idea aproximada del peso económico que tuvo la pandemia en las familias.⁴⁸ El gobierno, por su parte, tuvo que implementar otras medidas de alivio social para proteger a los hogares,⁴⁹ lo que se tradujo en importantes aumentos del gasto social, y especialmente del gasto en salud. Esto, en un contexto en que los ingresos públicos tendieron a reducirse significativamente por causa del desplome de las recaudaciones fiscales.

⁴⁸ Sobre el impacto de la pandemia en los hogares bolivianos, véase: Fundación Milenio: “Covid 19: El peso de la pandemia”, *Informe Nacional de Coyuntura*, N° 478, 6 de octubre de 2021.

⁴⁹ Véase, Capítulo 1., pág. 21.

Significativamente, la vulnerabilidad del país ha vuelto a ponerse de manifiesto a raíz de la epidemia de dengue que azotó a varias regiones del país desde el mes de diciembre de 2022, y con más intensidad al departamento de Santa Cruz. De acuerdo con un reporte de seguimiento de los casos de dengue,⁵⁰ de los 1.010 casos registrados al 24 de enero de este año, poco más de un mes después (el 3 de marzo) aquella cifra se incrementó a 13.375, con un aumento de más del 1.324 por ciento, manteniéndose una cursa sostenida de crecimiento, como se observa en el siguiente gráfico, tomado del reporte ya citado:

Gráfico 1. Evolución nacional de los casos de dengue desde el inicio de los reportes, 24 de enero hasta el 16 de febrero



Para esa misma fecha, 3 de marzo de 2023, el número de decesos era ya de 39 (la mayoría de ellos en Santa Cruz), y con tendencia a crecer, lo que implica que la cifra de muertes se acerca rápida y probablemente sobrepase –rompiendo récords históricos– al número de los afectados por una anterior epidemia de dengue en 2020, cuando se contabilizaron 13.348 personas con “dengue grave”, y 41 fallecidos. Siendo que Bolivia es proclive

⁵⁰ Véase, José Rafael Vilar: “Dengue en Bolivia”, Reporte N°6, en Público.bo, 6/03/2023.

a sufrir brotes periódicos de dengue, sorprende la poca capacidad de previsión, tanto como la falta de respuestas oportunas de parte de las autoridades. En este, como en episodios anteriores, vuelve a evidenciarse la ausencia de una estrategia de contención del brote epidémico, además de la carencia de pruebas de detección, la saturación en los hospitales públicos, la falta de medicamentos y otros insumos e incluso el insuficiente personal médico ante la alta demanda, así como también la ausencia de coordinación y cooperación eficaz del Ministerio de Salud con los gobiernos subnacionales; problemas éstos que nos recuerdan mucho de lo vivido durante las fases más agudas de la pandemia del COVID-19, cuando el sistema de salud entró en colapso.⁵¹

UN SISTEMA COLAPSADO

En septiembre de 2014, los Estados miembros de la Organización Panamericana de Salud (OPS) marcaron un hito al adoptar la Estrategia para el Acceso Universal a la Cobertura Universal de Salud. Desde entonces, la universalización de la salud ha sido un objetivo que los países de la región han buscado alcanzar a través de distintas políticas, programas y estrategias.

En Bolivia, el mayor esfuerzo para el acceso universal a la salud ha venido de la mano de la creación de los seguros públicos, sustentados en un Régimen No Contributivo, para la atención médica a poblaciones vulnerables. Fruto de esta política, ha sido la creación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)⁵² en 2002, y también del Seguro de Salud del Adulto Mayor en 2005 (antes, Seguro Nacional de Vejez, en 1996 y Seguro Médico Gratuito de Vejez en 1998), posteriormente absorbidos en el Sistema Universal de Salud (SUS), creado en febrero de 2019.⁵³

⁵¹ Al respecto, es elocuente el editorial de El Deber “Improvisación y sin respiro” (11/03/2023): “Las imágenes eran tan contundentes como la falta de atención que reflejaban los pasillos e incluso las aceras colindantes a los centros de salud donde se vio el drama de los familiares, sobre todo de escasos recursos, peregrinando ante la falta de medicinas e incluso alimentación y resguardo”. Para luego agregar: “Una investigación de este medio reveló que existen siete centros municipales integrales que se encuentran cerrados por falta de personal y equipos. Esta figura contradice la alarmante situación sanitaria que sufre el departamento conteniendo la cifra de fallecidos por dengue más alta de los últimos 14 años. Es sabido que estos centros asistenciales cerrados o en desuso se deterioran transformándose en elefantes blancos difíciles de recuperar”.

⁵² El antecedente del SUMI fue el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, creado en 1996, y sustituido en 1999 por el Seguro Básico de Salud.

⁵³ La Ley 1152 de 29 de febrero de 2019 (modificatoria de la Ley 475 de 30 de diciembre de 2013, de prestación de servicios de salud integral) amplía la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito.

Es conocido que estos seguros públicos han jugado un papel importante en la reducción de la mortalidad materna y de la tasa de mortalidad infantil. El SUS, por su parte, es la apuesta por crear un sistema que brinde cobertura universal y gratuita de salud, brindando acceso a servicios médicos básicos al universo de personas no protegidas por la Seguridad Social de Corto Plazo.

De acuerdo con la ley de su creación, el SUS debe otorgar más de 1.200 prestaciones, que comprenden acciones de promoción, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico, provisión de medicamentos esenciales, insumos médicos, productos naturales tradicionales y otros.⁵⁴ El número de personas afiliadas al SUS llega en la actualidad a 6.951.642.

Tabla 3. Población adscrita al SUS, Bolivia

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	3.719.579	53.51
Hombres	3.232.063	46.19
Total	6.951.642	100.00

Fuente: SNIS-VE, abril de 2003

Tabla 4. Población adscrita al SUS, según grupo etario

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 5 años	513.789	7.65
5 a 13 años	1.247.464	17.94
14 a 19 años	772.668	11.11
20 a 59 años	3.605.230	51.86
Mayores a 60	794.491	11.43
Total	6.951.642	100.00

Fuente: SNIS VE, abril de 2023

Según estos datos, el SUS ha avanzado mucho en el registro de personas con derecho a recibir las prestaciones de este sistema público universal, alcanzando un 89 por ciento del universo potencial de 7.7 millones.⁵⁵ Infelizmente, no se dispone de información actualizada y detallada de las prestaciones que brinda el SUS.⁵⁶ Tampoco se conoce de ninguna evaluación del funcionamiento de este sistema y la provisión de servicios y productos. En cambio, sí se conoce –sobre todo por los medios de comunicación– de los reclamos continuos y el malestar de muchas personas afiliadas al SUS que tienen innumerables dificultades de acceder a consultas externas y servicios hospitalarios

⁵⁴ Los productos y servicios del SUS se especifican en el Reglamento para la aplicación técnica, administrativa y financiera de la Ley 1152, aprobado por Resolución Ministerial N° 0132 de 27 de marzo de 2019.

⁵⁵ El número de beneficiarios de la seguridad social está en el orden de 4.2 millones, mientras que la población total del país proyectada para 2022 es de 12.000.000. Quiere decir que la población con derecho a registrarse en el SUS sería de aproximadamente 7.7 millones.

⁵⁶ El *Plan Sectorial Institucional 2021- 2025* del Ministerio de Salud y Deportes, contabiliza 68.988.962 atenciones médicas entre 2019 y 2020: 33% a menores de 5 años, 44% a personas entre los 5 y 59 años, y 23% a mayores de 60 años. Para entonces, el número de personas adscritas al SUS llegaba a 4.878.928.

en los distintos establecimientos, los cuales parecen cada vez más abarrotados y sin posibilidades de otorgar atención oportuna y satisfactoria a la población.

Para muchos, el problema crítico del SUS es su financiamiento insuficiente y por tanto la limitación en recursos humanos, infraestructura e insumos para poder acoger y cobijar al universo de personas que, no teniendo la cobertura del Seguro Social de Corto Plazo, está facultada a recibir las prestaciones gratuitas contempladas en las normas del SUS. Por cierto, una de las críticas de los colegios médicos ha sido el señalamiento de que la ley del SUS ha carecido de un estudio de factibilidad financiera y que, debido a esta falencia, no era posible saber si la atención gratuita e integral que enunciaba la norma tendría asidero en la realidad.⁵⁷ El Colegio Médico de Bolivia ha argumentado que “el financiamiento que figura en la ley de creación del SUS es solamente del 15.5% de la coparticipación tributaria, la misma cifra que originalmente estaba destinada al SUMI y al SSPAM. Dar cobertura a toda la población, solo con los recursos destinados a madres, niños y adultos mayores es absolutamente insuficiente”.⁵⁸

Lo concreto es que el TGN debe financiar los recursos humanos y materiales asignados al SUS,⁵⁹ lo cual ha resultado ser una fuente imprevisible, puesto que, en la práctica, todo depende de la disponibilidad de los recursos fiscales.⁶⁰ La previsión legal de que los gobiernos municipales e indígenas campesinos deben financiar el Primer y Segundo Nivel de atención con los recursos provenientes del 15.5 por ciento de la Coparticipación Tributaria o el equivalente del IDH,⁶¹ ha devenido igualmente incierta, puesto que muchos gobiernos locales simplemente no lo hacen.⁶²

⁵⁷ https://eldeber.com.bo/bolivia/medicos-rechazan-respuesta-del-gobierno-sobre-el-sus-y-dan-un-nuevo-ultimatum_118436

⁵⁸ Colegio Médico de Bolivia: “Sistema Boliviano de Salud. Nuestra salud para todos y para todas”, 2019.

⁵⁹ El artículo 9 de la Ley 1152, dispone que el TGN financiará los recursos humanos en salud del subsector público y el funcionamiento de los Programas Nacionales de Salud, así como también el financiamiento de los productos en salud correspondientes al Tercer y Cuarto Nivel de atención.

⁶⁰ La insuficiente asignación de recursos se refleja en los continuos reclamos por más ítems de los gremios profesionales. Véase: “Médicos del San Juan de Dios acatan paro de 24 horas en demanda de 50 ítems para enfermería”, *El Deber*, 13 de abril de 2023.

⁶¹ Artículo 10 de la Ley 1152.

⁶² Al respecto, un estudio de la fundación UNIR refiere que “muchos municipios no ejecutan los recursos que tienen porque o no tienen capacidad de gestión o no ven el gasto en salud como importante”, lo cual explicaría la baja ejecución presupuestaria como un problema adicional a la insuficiente financiación de la salud pública. Véase: *Los conflictos por salud, la salud de los conflictos*, UNIR Bolivia-Suecia Sverige, febrero de 2023, p. 47.

AUTORIDADES RECONOCEN FALENCIAS DEL SUS

“Entendemos todas las dificultades que existe (en el SUS) y no nos vamos a poner una venda en los ojos, no nos vamos a engañar creyendo que el Sistema Nacional de Salud es perfecto y está funcionando como un reloj. No es cierto, hay muchas dificultades que tenemos”. Con estas palabras, el ministro de Salud, Jeyson Auza, admitió las deficiencias del Sistema Único de Salud por falta de dinero en los hospitales o que no se entrega oportunamente para cubrir las prestaciones y otros gastos de funcionamiento.

Al respecto, uno de los directores del Complejo Hospitalario de Miraflores, dijo: “esos recursos se asignan cada cuatro meses, y supuestamente tendrían un cuatrimestre para ejecutarlos, sin embargo, lamentó que el dinero del primer cuatrimestre recién se haya entregado cuando está comenzando el último mes”. Por su parte, el director del Instituto Nacional de Oftalmología, Pablo Sotelo, “aseguró que los recursos que le asignaron al nosocomio alcanzan para la adquisición de medicamentos, pero añadió que no sólo se necesita de eso, sino también recursos humanos. De nada sirven los fármacos si no tenemos médicos para atender a esos pacientes. Indicó que no sólo se requiere de médicos sino también de enfermeras, razón por la cual el nosocomio debe contratar personal con los pocos recursos que le ingresan”.

Fernando Romero, secretario del Sindicato de Ramas Médicas de Salud Pública de La Paz, afirmó que los retrasos en los pagos gubernamentales por las prestaciones hospitalarias ocasionan “que no se pueda adquirir medicamentos e insumos, y eso provoca que la gente se compre los fármacos. Como ya no contamos con algunos medicamentos, la población debe comprarse los medicamentos de forma particular”. No obstante, el ministro Jeyson Auza sostiene que “el Gobierno impulsa la atención a la población, razón por la que otorgó 476.347.370 bolivianos para los 35 hospitales de tercer nivel de todo el país que atienden gratis a los pacientes que no cuentan con un seguro a corto plazo. Añadió que la asignación de esos recursos no es para infraestructura o para comprar equipamiento, ya que están destinados para pagar la energía eléctrica, el agua, la compra de medicamentos e insumos. Todo lo necesario para que la población no tenga que cargar con el costo de la atención en salud”.

De la crónica de Verónica Zapana: “Salud reconoce que el SUS tiene falencias y entrega recursos: para los médicos no es suficiente”, Página Siete, 3 de abril de 2023.

DÉFICIT DE MÉDICOS Y CAMAS

Para la prestación de los servicios médicos en un sistema universal de salud se debe contar con el número de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y personal administrativo necesarios. Sin embargo, la situación actual de la salud pública en el país dista mucho de esa condición.

El indicador generalmente aceptado para valorar la capacidad del recurso médico para la atención de los servicios de consulta externa y hospitalización es la relación del número de médicos por cada 1000 habitantes, y que no debería ser menos de 2.5 médicos por cada 1000 habitantes, según estándares internacionales. Bolivia está lejos de esta ratio. En efecto, la información disponible de una década atrás daba cuenta de la existencia de 0.5 médicos por cada 1.000 habitantes, mientras que el dato para América Latina era de 2.0 médicos por cada 1.000.⁶³ Actualmente, el número de médicos en Bolivia podría haber subido a 1.2 médicos por cada 1.000 habitantes, aunque este dato no es del todo confiable;⁶⁴ en la Caja Nacional de Salud, el número de médicos asciende a 3.471 profesionales, con una ratio de 1.4 médicos por cada 1.000 asegurados.⁶⁵

Lo importante de subrayar es que el número de profesionales en Bolivia es muy inferior a la ratio internacionalmente recomendada de 2.5 médicos por cada mil. La prueba empírica de la falta de médicos en el servicio público son los constantes señalamientos de falta de ítems, que realizan tanto autoridades locales y departamentales como los colegios médicos, y que a menudo son causa de fricciones y conflictos con el Ministerio de Salud.

Pero no solo hay un déficit de personal médico; también hay que apuntar la insuficiente dotación de camas en los hospitales y centros de salud. De acuerdo con normas internacionales la ratio de camas debe ser de 2,5 camas por mil habitantes. Vale decir que en Bolivia debería haber aproximadamente 30.000 camas, sin embargo, no es que sucede en la realidad.⁶⁶

⁶³ Fundación Milenio: “El sistema único de salud: ¿un salto al vacío?”, en *Análisis de Coyuntura Nacional*, 15 de febrero de 2019, www.fundacion-milenio.org. Otro indicador es el que proporciona el estudio de UNIR (2023: 64), según el cual Bolivia contaba en 2016 con 14.1 profesionales (médicos, enfermeras, salubristas) por cada diez mil habitantes, muy por debajo de los 25 profesionales de salud que la OMS recomienda como mínimo.

⁶⁴ En Bolivia el indicador se calcula tomando el número de médicos con Ítem, lo que es una fuente de distorsión debido al desorden imperante en las contrataciones: el Ministerio de Salud tiene médicos bajo su dependencia en los Programas MI Salud y el Bono Juana Azurduy, los SEDES son también responsable de los contratos en los cuatro niveles de atención; los municipios contratan médicos en la modalidad de consultores en línea y con salarios menores a los del Ministerio de Salud, incluso contraviniendo la Ley 3131 del ejercicio médico. Este desorden impide conocer a ciencia cierta la cifra de médicos en el servicio público.

⁶⁵ Entrevista con un funcionario de la CNS.

⁶⁶ Según UNIR (2023:76), en 2019 Bolivia tenía 1.1 camas hospitalarias por cada mil habitantes, mientras que el promedio latinoamericano era de 2.1.

En la Caja Nacional de Salud, la principal entidad gestora de la Seguridad Social de Corto Plazo, el número de camas llega a 3.979 unidades, lo que da un porcentaje de 1.6 camas por cada 1.000 asegurados. Y a juzgar por la demanda insatisfecha de hospitalizaciones, ese número de camas es también muy bajo para las necesidades de sus asegurados.

LOS PROBLEMAS DE ATENCIÓN MÉDICA

Esas mismas carencias pueden explicar una buena parte de las deficiencias que acusan los servicios de salud en sus distintos niveles, y particularmente en el Primer Nivel, que luego repercuten en el Segundo y Tercer Nivel de Atención.⁶⁷

De hecho, existen barreras de acceso a los servicios de salud de índole económica, geográfica, cultural o demográfica. El deterioro de la salud y la falta de acceso no solo implican mayores gastos, sino también la pérdida de ingresos. La ausencia de mecanismos de protección contra el riesgo financiero de enfermedades origina y perpetúa un círculo vicioso de enfermedad y pobreza. Esto se visto dramáticamente con ocasión de la pandemia del COVID-19.

Según las definiciones de la política del Ministerio de Salud, el modelo de atención en el país es el llamado Modelo SAFCI “Salud Familiar Comunitaria e Intercultural”. Esta definición debería llevar a priorizar los cuidados de salud en las comunidades rurales y en los barrios y distritos municipales urbanos. Paradójicamente, es en esta instancia donde la atención y los cuidados médicos se advierten más deficitarios por la falta de médicos, equipamiento, medicamentos, auxilios oportunos y otros recursos materiales, que impiden otorgar prestaciones con la calidad y la suficiencia debidas.

Como se sabe, la competencia de la gestión del Primer Nivel y Segundo Nivel de Atención corresponde a los gobiernos municipales. Sin embargo, es también en este ámbito donde más asimetrías se perciben: los gobiernos municipales, especialmente de las capitales del eje central, han mejorado la infraestructura y los equipamientos de las unidades hospitalarias y centros de salud, y también la administración de personal, pero este no es el caso de la mayoría de los municipios periurbanos y rurales que lucen desprovistos de los recursos materiales y humanos necesarios para atender a sus poblaciones.

La situación deficitaria en el Primer Nivel de Atención se manifiesta en una baja capacidad de resolución de problemas de salud, lo cual conduce a que las personas se vuelquen masivamente hacia los hospitales de Segundo y Tercer Nivel, abarrotándolos, y formando

⁶⁷ Una descripción de las deficiencias en los servicios de salud se encuentra en el citado estudio de UNIR, construido a partir de testimonios de pacientes y personal médico en varias ciudades y localidades.

largas “colas” (un espectáculo cotidiano en las ciudades) y abultadas listas de espera, que incluso pueden demorar semanas y meses, provocando las comprensibles molestias y quejas de los pacientes. Lamentablemente, ni el Ministerio de Salud ni los hospitales cuentan con un registro estadístico de las listas de espera. Esta es una anomalía muy seria, ya que priva a las autoridades y funcionarios de salud de una información valiosa acerca de la magnitud del problema y de su evolución. Con todo, la evidencia está a la vista en las filas extensas que la gente debe hacer por muchas horas y a veces días para conseguir una “ficha” (véase el recuadro), lo que indica que los problemas subyacentes se mantienen y se agudizan. Las filas y listas de espera, que tienden a crecer, son un termómetro de que el sistema sanitario padece una disfunción grave y estructural.

LISTAS DE ESPERA

En un breve sondeo de opinión con varios pacientes y personal médico del Hospital de Clínicas, de la ciudad de La Paz, establecimiento de Tercer Nivel de Atención, se obtuvo la siguiente información:

- Varias personas que afirman que habitualmente hacen fila desde las 3 o 4 de la madrugada, pueden lograr una atención en consulta externa, en el mismo día. Sin embargo, debido a que este servicio tiene un número limitado de consultas, los pacientes no siempre logran conseguir una “ficha”, por lo que deben volver a madrugar al día siguientes o en días posteriores.
- No todas las especialidades están disponibles para consulta diaria. En las especialidades de psiquiatría, oncología, reumatología, infectología y fisioterapia se programa la atención de los pacientes, que puede demorar hasta un mes.
- En los casos de cirugía general, desde que se tiene la orden de internación para cirugía, hasta que se efectiviza la internación, puede transcurrir desde 10 días hasta 1 mes; durante este tiempo los pacientes deben someterse a exámenes de rutina (valoración por cardiología, anestesiología u otros) y de laboratorio clínico.
- Una vez internado el paciente, es completamente incierto el tiempo que puede demorar hasta lograr ingresar a cirugía; Los pacientes en esta condición pueden permanecer hasta por 3 semanas ocupando una cama en espera de la habilitación y asignación de quirófano.

- El Hospital de Clínicas cuenta con 6 quirófanos, de los cuales 2 estuvieron por mucho tiempo no funcionales por un derrumbe del techo de una infraestructura ya lleva más de 100 años. Otra de las razones es la alta demanda del uso de quirófano por emergencias y otros servicios, así como también por el reducido número de cirujanos y anestesiólogos disponibles, muchos de los cuales parecen sobrecargados de trabajo.
- En otros servicios dentro del mismo Hospital, por ejemplo, de ecografía, se programa la atención por lo menos 3 días antes, mientras que para una tomografía únicamente se programa en determinados días cada 3 meses; realizada la tomografía, la entrega de los resultados demora a menudo 5 días.
- En el subsector de la Seguridad Social, la situación de listas de espera no es muy diferente. Según un estudio realizado en uno de los policlínicos de la Caja Petrolera de Salud, en el servicio de ecografía los tiempos de espera más frecuentes, durante tres gestiones sucesivas, fueron de 4.1 a 5.1 semanas, atribuibles a la falta de médicos radiólogos o bien a problemas administrativos, entre ellos falta de continuidad de los cargos jerárquicos.⁶⁸

También es frecuente que las autoridades nacionales, por una parte, y las autoridades departamentales y municipales, por otra, se reprochen y acusen mutuamente; en unos casos, por la falta de ítems, y en otros, por las carencias de ítems, infraestructura, medicamentos y otras anomalías y deficiencias en la gestión de salud.⁶⁹

Una cuestión subyacente a los problemas referidos es la inexistencia de un verdadero sistema de salud, debidamente estructurado, y con articulaciones fluidas y efectivas entre los tres niveles de atención, además de una fuerte politización en las instancias de gobierno y de un sistema de decisiones centralizado y clientelista, que deja poco espacio a las iniciativas locales y a la participación ciudadana en la gestión de salud.⁷⁰

⁶⁸ Acuña Aguilar N.: “Factores que influyen en el tiempo de espera de pacientes programados en el Servicio de Ecografía del Policlinico 20 de octubre de la Caja Petrolera de Salud Departamental de La Paz, en 2016”, Universidad Mayor de San Andrés, 2023, <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/15335>

⁶⁹ De acuerdo con el estudio de UNIR (2023:116), los conflictos relacionados con la institucionalidad del sector fueron los más recurrentes en el período 2018-2020, alcanzando el porcentaje de 28% sobre el total de conflictos por salud. Tales conflictos se originaron en problemas relacionados con el incumplimiento de normas, nombramiento de autoridades y de responsables de los establecimientos de salud, denuncias de injerencia política en la designación de cargos, demandas de ítems y otros.

⁷⁰ El estudio de UNIR subraya la insuficiente coordinación entre el Ministerio de Salud, las gobernaciones y las alcaldías, como uno de los problemas centrales del sistema de salud, siendo ello un obstáculo para la fluidez que se requiere para asegurar el buen funcionamiento de las instituciones y la prestación adecuada de

La segmentación y la fragmentación que caracterizan al sistema de salud, reflejados en decisiones caóticas y procedimientos burocráticos, dan lugar a inequidad e ineficiencia que comprometen el acceso universal, la calidad y el financiamiento. La debilidad en la rectoría y capacidad regulatoria del Ministerio de Salud, la verticalidad excesiva de algunos programas de salud pública, la falta de integración en la prestación de servicios y la falta de voluntad política para enfrentar los cambios que se necesitan, son otras cuestiones que profundizan ese problema.

Como consecuencia de ello, existen poblaciones de las áreas urbanas y rurales muy desatendidas y sin posibilidades de acceder a los servicios de salud. Estos sectores excluidos tienen como única alternativa las prestaciones que pueden ofrecerles las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la salud comunitaria y la atención de poblaciones jóvenes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad y otros grupos sociales generalmente desatendidos por el sector público. Lo curioso es que la importante –e irremplazable– labor de las ONG que trabajan con programas de salud, debe lidiar y sobreponerse a una serie de restricciones y obstáculos, muchas veces impuestas por las mismas instancias de gobierno, lo que, por cierto, resulta no solo incomprensible, sino que tiene el efecto concreto de perjudicar a sectores de la sociedad que están fuera del foco de la política oficial, y sobre todo porque el sector público carece de la capacidad efectiva de atención de estas poblaciones marginales u otras con mayor poder adquisitivo que procuran los servicios de la medicina privada de costos accesibles, como los que brindan ciertos centros de salud sin fines de lucro.⁷¹

OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud en el país cuenta con 3.870 establecimientos de salud,⁷² más de la mitad (53 por ciento) están en el eje troncal conformado por La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. El 69 por ciento de los centros de salud se encuentra en el área rural.

los servicios. Añade, que la mayor debilidad del sistema es su fragmentación, puesto que las competencias y responsabilidades están repartidas entre los tres niveles de gobierno, lo cual dificulta una toma de decisiones coherente. Habría que añadir que el quid de la cuestión no es tanto el reparto de responsabilidades como la falta de claridad y consistencia en las competencias y los problemas de interacción y coordinación institucional, agravados, según UNIR, por “la politización de las instituciones haciendo que frecuentemente las decisiones sean de carácter político y no técnico y que no respondan a una política de Estado”. *Ibid.*, p. 35-36.

⁷¹ Aquí tomamos en cuenta las opiniones de personeros de ONG entrevistadas para este estudio.

⁷² Sistema Único de Información en Salud (SUIS), abril 2017.

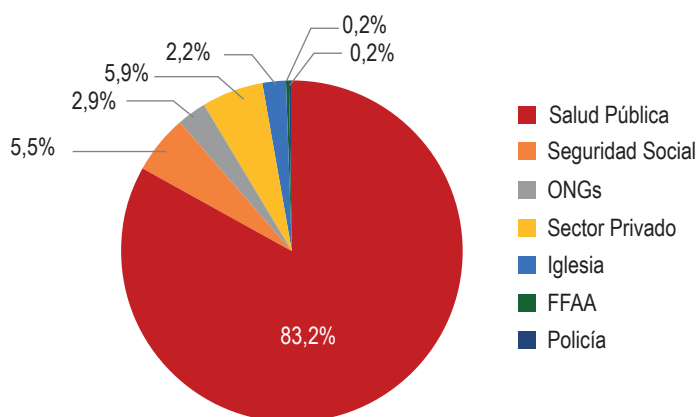
Tabla 5. Establecimientos del Sistema de Salud en áreas urbano-rural

Departamento	Rural	Urbana	Total	Porcentaje
Beni	149	99	248	6,4%
Chuquisaca	305	118	423	10,9%
Cochabamba	431	166	597	15,4%
La Paz	534	239	773	20,0%
Oruro	168	61	229	5,9%
Pando	61	19	80	2,1%
Potosí	507	63	570	14,7%
Santa Cruz	361	321	682	17,6%
Tarija	168	100	268	6,9%
Total	2.684	1.186	3.870	100%
Porcentaje	69,35%	30,65%	100%	

Fuente: Elaboración propia en base al SUIS⁷³

Ocho de cada diez establecimientos de salud pertenecen a la salud pública en los ámbitos nacional, departamental y local. El sector privado tiene un número de centros de salud similar al registrado en el Régimen de Corto Plazo de la Seguridad Social conformado por las Cajas de Salud. Las ONG y la Iglesia contribuyen con el 5 por ciento del total. Las FF.AA. y la Policía Nacional poseen sus propios establecimientos de salud para la atención de sus miembros.

Gráfico 2. Composición del Sistema de Salud por Subsectores



Fuente: Elaboración propia con datos del SUIS.

La Seguridad Social de Corto Plazo dispone de servicios de salud concentrados en las capitales de departamento, y en algunos casos en ciudades intermedias. Los pobladores

⁷³ Ibid.

de localidades más pequeñas y de zonas rurales (maestros rurales, policías, trabajadores municipales y otros), incluso siendo asegurados de alguna Caja de Salud, deben recurrir a las unidades del sector público. La atención de las Cajas de Salud está dirigida a la curación de enfermedades antes que a la prevención y promoción de la salud.

Tabla 6. Establecimientos del Sistema Nacional de Salud

Departamento	Salud Pública	Seguridad Social	ONGs	Sector Privado	Iglesia	FFAA	Policía	Total	Porcentaje
Beni	211	23	6	4	3	0	1	248	6,4%
Chuquisaca	388	16	9	2	7	1	0	423	10,9%
Cochabamba	467	23	17	65	25	0	0	597	15,4%
La Paz	670	35	26	21	18	2	1	773	20,0%
Oruro	189	16	5	11	8	0	0	229	5,9%
Pando	71	6	0	1	0	1	1	80	2,1%
Potosí	516	43	5	2	2	1	1	570	14,7%
Santa Cruz	486	30	37	106	20	2	1	682	17,6%
Tarija	220	20	9	15	3	0	1	268	6,9%
Total	3218	212	114	227	86	7	6	3870	100%
Porcentaje	83,2%	5,5%	2,9%	5,9%	2,2%	0,2%	0,2%	100%	

Fuente: Elaboración propia con datos del SUIS.

Considerando la complejidad sanitaria, el 92.5 por ciento de los establecimientos de salud corresponden al Primer Nivel, mientras que solamente 6 por ciento al Segundo Nivel y 2 por ciento al Tercer Nivel; estos últimos concentrados en las capitales de departamentos.

No obstante que el número de establecimientos de salud ha crecido con el tiempo, el déficit de infraestructura y equipamiento sigue siendo considerable. Para resolver este déficit, el año 2017 el gobierno nacional puso en marcha un ambicioso plan de construcción hospitalaria con una inversión de 1.624 millones de dólares, financiados con créditos del Banco Mundial y del BID. El plan contempla la ejecución 56 proyectos de construcción y equipamiento de hospitales: 34 de segundo nivel, 18 de tercer nivel y 4 de cuarto nivel; varios de ellos en ciudades intermedias). Lo que se conoce, sin embargo, es que muchos de los proyectos están muy atrasados, algunos recién han arrancado, otros no han comenzado, y unos pocos cuya edificación ha concluido no cuentan con equipamiento médico, como los hospitales de tercer nivel de las ciudades de El Alto, Montero y Potosí, lo que impide su funcionamiento.⁷⁴

⁷⁴ Así lo ha reconocido el director ejecutivo de la Agencia de Infraestructura de Salud y Equipamiento Médico (AISEM) Juan Carlos Meneses, en declaraciones al periódico Página Siete. El funcionario ha anunciado que, de los 56 proyectos, 18 podrían estar concluidos en 2024. También dice desconocer las causas por las cuales no se ejecutaron los proyectos. “Me atrevería a decir que el 90% tiene problemas legales y de financiamiento... Imagino que es por los procesos burocráticos del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo”.

Tabla 7. Establecimientos del Sistema Nacional de Salud por Nivel de Complejidad

Departamento	1er Nivel	2do Nivel	3er Nivel	Total
Beni	235	10	3	248
Chuquisaca	402	12	9	423
Cochabamba	534	44	19	597
La Paz	731	23	19	773
Oruro	216	10	3	229
Pando	78	2	0	80
Potosí	557	11	2	570
Santa Cruz	583	89	10	682
Tarija	245	20	3	268
Total	3581	221	68	3870
Porcentaje	93%	6%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia con datos del SUIS.

FINANCIAMIENTO PRECARIO

La insuficiencia y precariedad del financiamiento de la salud es crónica en Bolivia, a lo que se añade la asignación y el uso ineficiente de los recursos, que no solo no permite atender las necesidades sanitarias de la población, sino que es una barrera para el acceso universal a los servicios de salud.

La cobertura universal de salud se alcanza cuando: i) todas las personas tienen acceso a los servicios de salud que necesitan; ii) los servicios tienen un grado efectivo de calidad y; iii) los usuarios no son vulnerables a las dificultades financieras por hacer uso de dichos servicios. La cobertura universal de salud con equidad incluye tres dimensiones relacionadas entre sí:

- Acceso a los servicios: todas las personas que necesitan servicios de salud deben poder recibir atención independientemente de las características socioeconómicas, la ubicación, la riqueza o cualquier otra vulnerabilidad.
- Protección financiera: todas las personas deben estar a salvo del riesgo financiero al incurrir en gastos de atención médica, por lo que se debe priorizar la asequibilidad del servicio y los mecanismos que faciliten el acceso a la atención.

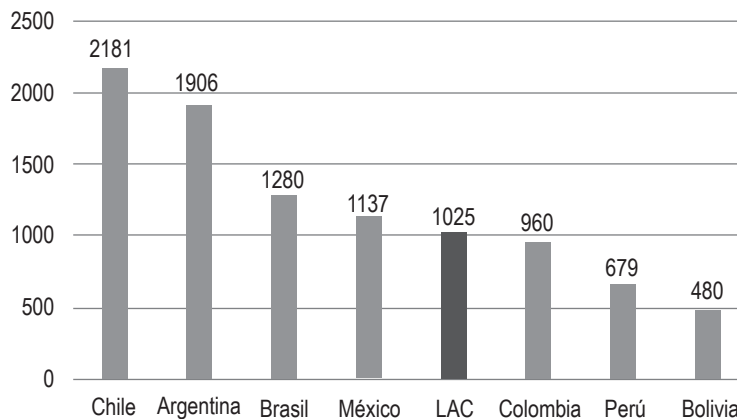
Añadió que “hay empresas que a la fecha no tienen relación contractual, que han fenecido o que el equipamiento que debía recibirse entre octubre y diciembre de 2022 a la fecha no fue recepcionado”. Véase, *Página Siete*: “Después de 6 años, 38 de 56 hospitales prometidos aún no inician su construcción”, 18 de abril de 2023.

- Calidad de los servicios: debe estar en un nivel en el que sea eficaz para proporcionar atención y que su costo sea sostenible.⁷⁵

La Cobertura Universal de Salud está contenida en la constitución de la Organización Mundial de la Salud –OMS– (1948), que declara que la salud es un derecho humano fundamental y figura en la agenda de Salud para Todos establecida por la declaración de Alma Ata (1978). Trasciende todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015) relacionados con la salud y señala el camino hacia una mejor salud en todo el mundo. También la Constitución boliviana (Art. 36.I.) establece: “El Estado garantizará el acceso al seguro universal de Salud”.

Dicho esto, es evidente que la cobertura universal de salud solo se puede alcanzar si se cuenta con los recursos necesarios que cubran con suficiencia el financiamiento del gasto en salud que incluye la sumatoria de los gastos incurridos en todas las funciones básicas de la atención de salud, es decir, la totalidad de los servicios de atención de salud, los bienes médicos dispensados a los pacientes ambulatorios, los servicios de prevención y de salud pública, la administración de la salud y los seguros médicos. Uno de los indicadores generalmente utilizados para valorar el financiamiento de la salud es el gasto por cápita de salud. Veamos:

Gráfico 3. Gasto total en salud per cápita 2017 (En dólares)



Fuente: Elaborado con información de la Base de Datos del Banco Mundial, 2017.

Como se aprecia en este gráfico, Bolivia mantiene un gasto por habitante inferior al gasto promedio latinoamericano; es también uno de los más bajos en Sudamérica, y con bastante diferencia respecto de otros países de la región. Si bien no se dispone de

⁷⁵ Grupo de trabajo OCDE/OMS/ Banco Mundial, 2018.

datos más actualizados sobre este indicador, es posible que la situación no haya variado mucho en los últimos cinco años. De hecho, la asignación de recursos del Estado al sector de salud no muestra cambios sustanciales, y su participación en el presupuesto nacional se mantiene estable en alrededor de 10 por ciento (aunque probablemente el presupuesto ejecutado sea menor que el proyectado).

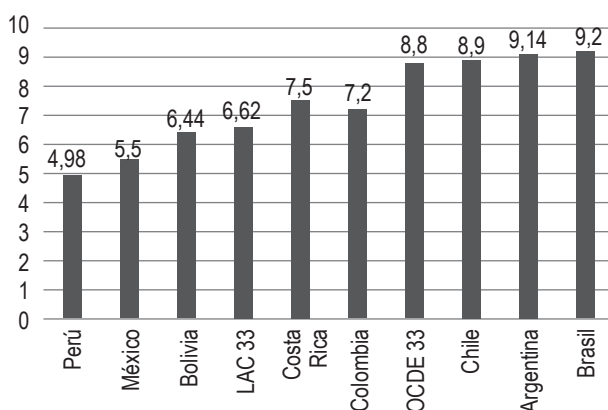
Tabla 8. Presupuesto de salud. Participación en el PGN

Gestión	Presupuesto General del Estado (PGE), en millones de bolivianos	Presupuesto del Sector Salud	Participación del Presupuesto de Salud en el PGE consolidado (en %)
2019	214.724,00	20.222	9,4
2020	210.910,82	21,462	10,1
2021	228.357,10	22,830	9,9
2022	235,090,00	23.590	10,0
2023	243.950,26	24.639	10,1

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas y PGE 2023.

En cuanto a la participación del Gasto Total de Salud en el PIB, con datos de 2016,⁷⁶ en el gráfico siguiente se puede ver que este indicador es también muy inferior al de otros países sudamericanos que destacan por un mayor desarrollo de sus sistemas de la salud, como son Colombia, Chile, Argentina o Brasil. El Gasto Total en Salud es la suma del gasto del sector público y del gasto privado.

Gráfico 4. Gasto Total de Salud como porcentaje del PIB, 2016



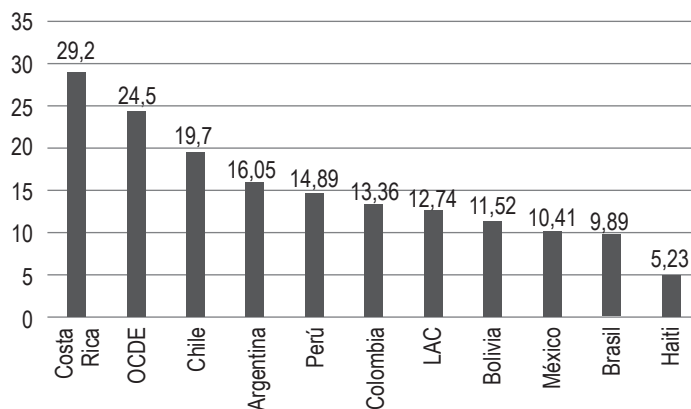
Fuente: Elaborado con información de la Base de Datos del Banco Mundial.

El apoyo presupuestario general a la salud se estima aplicando la proporción de los gastos gubernamentales en materia de salud respecto del total de los gastos generales del gobierno.

⁷⁶ No hay datos más actualizados disponibles.

En nuestro país, el gobierno nacional no asigna la debida prioridad al sector salud a pesar de ser la primera prioridad financiera del Estado, según prescribe la Constitución Política del Estado. Notablemente, la pequeña Costa Rica es el único país que supera a los países de la OCDE y ha logrado con la Caja Costarricense de Seguro Social amparar a casi la totalidad de sus habitantes, contando con un financiamiento adecuado y brindando atención de calidad, gracias a que el aporte de su gobierno a la salud es casi el triple de lo que destina Bolivia como porcentaje del gasto del gobierno.

Gráfico 5. Gasto en salud del como parte del gasto total del gobierno (2017)

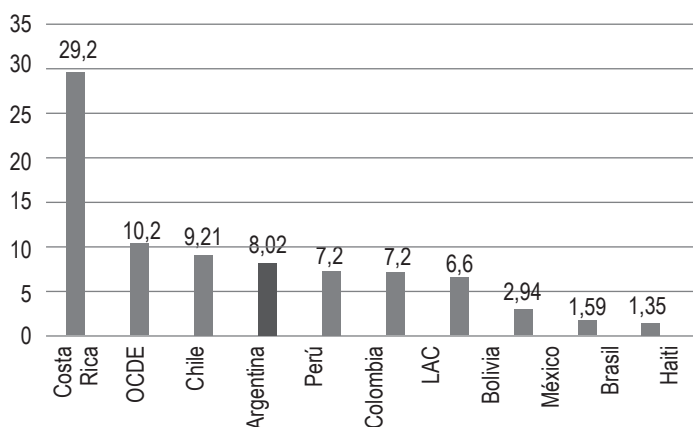


Fuente: Elaborado con información de la Base de Datos del Banco Mundial

También se debe tomar en cuenta los seguros voluntarios ofrecidos por las Cajas de Salud que integran el sistema de seguridad social, así como por las entidades aseguradoras establecidas en el ámbito privado. Esta modalidad de seguros voluntarios constituyen una alternativa para las personas sin relación de dependencia patronal, como profesionales independientes y trabajadores de negocios unipersonales, que quieran afiliarse voluntariamente a ellos, pagando un importe mensual, para recibir servicios de salud. Por ahora, sin embargo, su número es limitado y, por lo mismo, su contribución al Gasto Total de Salud es muy poco significativo (2,9 por ciento) comparando con el promedio latinoamericano de 8,02 por ciento, y muy lejos de países como Brasil y en menor medida Colombia y Argentina, en los cuales los seguros voluntarios tienen un mayor desarrollo.⁷⁷

⁷⁷ La modalidad de seguros voluntarios en Bolivia podría ganar impulso a partir de la aplicación del Reglamento de Entidades de Prepago de Servicios de Salud que se analiza más adelante.

Gráfico 6. Gasto en Salud por esquemas voluntarios de pago de atención médica como porcentaje del gasto sanitario, (2017)



Fuente: Elaborado con información de la Base de Datos del Banco Mundial, 2017

LA SEGURIDAD SOCIAL DE CORTO PLAZO

Tampoco la Seguridad Social de Corto Plazo goza de buena salud. Por el contrario, este sector, compuesto por varias Cajas de Salud que atienden a los trabajadores asalariados y otorgan prestaciones por enfermedad, maternidad y niñez y riesgo profesional durante el primer año de incapacidad laboral, atraviesa una crisis de larga data. Esta crisis podría haberse agravado, en el plano financiero, a raíz de la emergencia sanitaria sobreviniente de la pandemia del COVID-19, dadas las acciones de contingencia que las Cajas se vieron obligadas a adoptar con costos extraordinarios

Entre los problemas crónicos de las entidades gestoras están cuestiones tales como la ausencia de planificación estratégica, ineficiente asignación de recursos humanos, financieros y físicos, sobredimensionamiento de la infraestructura, baja productividad laboral, obsolescencia de procedimientos administrativos y burocracia agobiante, falta de sistemas de información confiables y oportunos para la toma de decisiones, escasa incorporación de tecnología moderna y medios digitales, prevalencia de un modelo de atención poco ajustado a las necesidades de los usuarios, deficiencias gerenciales y de gobernanza institucional, intromisión y presiones políticas y corporativas, denuncias de casos de corrupción y ausencia de mecanismos de fiscalización que velen por la calidad de los servicios y prestaciones.⁷⁸

⁷⁸ Para una descripción más amplia del estado de la Seguridad Social, véase el artículo de Guillermo Aponte: “Seguro Universal de Salud”, en Henry Oporto (editor): *Bolivia. Encrucijadas en el siglo XXI. Visiones e ideas para una agenda de país*, pp. 547-574, Plural editores, 2014. Véase también: “Médicos y asegurados de la CPS protestan por falta de equipos, insumos y personal”, *El Deber*, 14 de abril de 2023.

Una dimensión mayor de la crisis de la Seguridad Social de Corto Plazo tiene que ver con su reducido número de afiliados y de beneficiarios respecto de toda la población boliviana. En efecto, en 2020, la población beneficiaria en las nueve cajas de salud que componen en sistema de seguridad social era de 4.234.445;⁷⁹ esto es, el 36.3 por ciento del total de la población estimada para ese año en 11.667.406. De acuerdo con esa cifra, prácticamente dos de cada tres bolivianos se hallan excluidos de este sistema de protección social.⁸⁰ Naturalmente, la cobertura limitada de la seguridad social es un reflejo del tamaño reducido del sector formal de la economía, y, por contrapartida, del peso creciente del empleo informal y precarizado. Ello comporta, qué duda cabe, una complicación crítica para la construcción de un sistema universal de salud, ya que incrementa notablemente la responsabilidad del Estado, incluso más allá de sus capacidades reales y efectivas y quizá, por lo mismo, lo hace más dificultoso sino imposible de lograr.

LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La transición epidemiología de Bolivia no es una excepción a la que se presenta en el resto de América Latina. De hecho, en la región el perfil de salud muestra gran heterogeneidad en los distintos países, según sea la etapa de transición epidemiológica en que se encuentren. Estas experiencias su pueden sintetizar en las siguientes manifestaciones:

- Alta incidencia simultánea de enfermedades pre y post transicional.
- Resurgimiento de algunas enfermedades infecciosas que ya habían sido controladas.
- Irresolución del proceso de transición, de manera que los países parecen estancados en un estado de morbilidad mixta.
- Polarización epidemiológica peculiar dentro de los mismos países, entre distintas zonas geográficas y entre grupos poblaciones. Esta experiencia se conoce como “modelo polarizado prolongado”.⁸¹

⁷⁹ Este dato proviene del *Plan Sectorial Institucional 2021-2025*. Ministerio de Salud y Deportes.

⁸⁰ Es insólito que ni la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUS), ni el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) hubiesen actualizado la información relativa al número de afiliados y de beneficiarios de la seguridad social.

⁸¹ Julio Frenk, Tomás Freika, Javier Sepúlveda y otros: “La transición epidemiológica en América Latina”, Universidad de Washington - Universidad de Miami, octubre 2015.

El desarrollo de un sistema de salud es un proceso dinámico que debe corresponder al perfil epidemiológico y demográfico del país, el cual, a su vez, cambia y evoluciona. En la actualidad, nuestra sociedad se halla en una fase de transición en las características de su perfil epidemiológica, que resultan, a su vez, de los cambios profundos en la composición demográfica.

En ese orden, el Censo del año 2012 ha arrojado datos muy relevantes. Así, el grupo etario de 0 a 14 años que, en 1992 era el 41,5 por ciento del total de la población, 20 años después se redujo a un 31 por ciento; entretanto, el grupo etario de 15 a 64 años ha pasado del 54,3 por ciento en 1992 al 62,8 en 2012; también los mayores de 65 años han tenido un crecimiento, pasando del 4,21 por ciento en 1992 a un 6,12% en 2012. Y es altamente probable que la tendencia de crecimiento de los grupos etarios mayores a los 15 años se vea confirmado por los resultados de próximo Censo de 2024, que, además, es la tendencia prevaleciente en América Latina. A ello se añade que la proyección, para el 2035, es que la tasa de fecundidad de Bolivia haya disminuido del 1.9 por ciento al 1.2 por ciento, lo que implica que el crecimiento poblacional propenderá a ralentizarse.

Ahora bien, junto con los cambios demográficos, que apuntan al envejecimiento potencial de la población, aumenta la Esperanza de Vida y, con ello, la demanda de servicios de salud diferenciados, en correspondencia con los tipos de riesgos a que están más expuestos los distintos grupos etarios, lo cual, además, conlleva grados diferentes de intensidad en la demanda de servicios médicos. Así, se observa que la demanda tiende a concentrarse en un 54 por ciento en los menores de cinco años; este porcentaje disminuye hasta el 10 por ciento en el estrato de 11 a 20 años. A partir de los 50 años, la demanda de atención se incrementa notoriamente, observándose que, entre los mayores de 70 años, el 52 por ciento demanda mayor atención médica. Por cierto, el envejecimiento de las personas trae consigo el incremento de enfermedades cardiovasculares, metabólicas, cáncer y otras que requieren de cuidados médicos de alta complejidad.

No hay duda de que las enfermedades crónicas (también conocidas como catastróficas, por su potencial de mortalidad y porque generan discapacidad en las personas) se irán posicionando como las principales causas de morbimortalidad. Este fenómeno ya se viene reflejando en el aumento de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y otras.⁸² Estos y otros indicadores muestran que el perfil epidemiológico está

⁸² Según la fundación UNIR, en Bolivia cada año se diagnostican 19.000 personas con cáncer, siendo los más frecuentes, en mujeres, los casos de cáncer de seno y de cuello uterino, y en hombres los de próstata y estómago. También sostiene, citando datos del Ministerio de Salud, que las enfermedades renales han crecido notablemente: “entre 2010 y 2021 aumentaron 68%”. Ibid., p. 14-15.

cambiando, lo que conlleva una serie de nuevas exigencias y desafíos para el servicio nacional de salud.

El nuevo perfil epidemiológico de Bolivia puede ser definido como acumulativo y polarizado y de múltiple carga, que resulta de la prevalencia simultánea de enfermedades inmunoprevenibles y endémicas transmisibles (de alta incidencia en los grupos etarios menores) con las enfermedades crónicas y emergentes, que son propias de grupos etarios mayores. Justamente, una de las peculiaridades del periodo de transición epidemiológica es que no sigue una dirección única, sino que se da la coexistencia de esas dos tipologías de enfermedades; una coexistencia que incluso puede extenderse por mucho tiempo, poniendo mucha más presión al frágil sistema de salud boliviano, que ya tiene dificultades perceptibles para responder a demandas de atención médica no solo más intensas sino diferenciadas.⁸³

En ese marco, la cuestión más compleja para el sistema de salud es brindar servicios hospitalarios, de laboratorios y otras unidades especializadas para prestaciones y terapias a pacientes con enfermedades crónicas y que para lo cual se precisa de equipos modernos, tecnología avanzada, profesionales muy calificados,⁸⁴ medicamentos generalmente caros. Y todo esto, sin menoscabo de las prestaciones que el sistema debe brindar en el Primer Nivel de Atención, para resolver patologías más frecuentes y comunes, como son las enfermedades infecciosas y parasitarias u otras que afectan a la salud de la población y que tienen una mayor incidencia en los indicadores de mortalidad infantil y mortalidad materna. Sin embargo, lo que hoy día se observa es que el sistema de salud no está preparado para atender simultánea y satisfactoriamente estas dos clases de exigencias; antes bien, exhibe muchas falencias y debilidades.⁸⁵

⁸³ Entre las nuevas demandas con propensión creciente, se pueden citar: atenciones de quimioterapia y radioterapia, hemodiálisis, prestaciones cardioquirúrgicas y neuroquirúrgicas, escoliosis, trasplante de órganos (riñón, hígado, médula ósea y otros), malformaciones arteriovenosas cerebrales, aneurisma torácico-abdominal, traumas complejos, etc.

⁸⁴ Esto plantea también nuevos retos a las universidades y facultades de medicinas y otras carreras afines, que deben reformar sus planes de estudio y métodos de enseñanza.

⁸⁵ “Tener una enfermedad crónica en Bolivia es difícil. Esta dura realidad la conocen de sobra los pacientes con enfermedad renal crónica y con cáncer, quienes durante varios años han sorteado todo tipo de obstáculos para acceder a los tratamientos en los hospitales públicos del país”, así comienza el reportaje *¡Dolor y desesperación! El calvario de ser un paciente renal y oncológico en Bolivia*, de la periodista Mariela Laura para la Agencia de Noticias Fides (24 de abril de 2023), que recoge los testimonios de enfermos renales y con cáncer que reciben tratamiento en los hospitales públicos de varias ciudades del país. Los relatos de los pacientes muestran graves carencias de infraestructura, equipos y personal médico “Solo cuando hay decesos se liberan los espacios para que otro pueda dializarse”, es el desgarrador testimonio de un paciente del Hospital Bush de Trinidad. “Hay máquinas que tienen 15 años de funcionamiento, la planta de agua tiene 10 años y constantemente falla. La infraestructura es antigua, los sillones donde hacemos las hemodiálisis se están cayendo de lo viejo que son”, apunta el representante de los enfermos del Hospital General de Oruro; añade que “solo hay un nefrólogo para

Es verdad que algunas acciones se han dado, como, por ejemplo, la instalación de tres centros de medicina nuclear y radioterapia y equipamientos de última generación para la detección y el tratamiento de patologías oncológicas. Se trata, sin duda, de un paso positivo, pero que no alcanza para cambiar el panorama general del sistema de salud, caracterizado por sus muchas precariedades y cuyos recursos terapéuticos son limitados, tal como se vio anteriormente.⁸⁶

Así pues, el cambio en el perfil epidemiológico, combinado con la permanencia de enfermedades inmunoprevenibles y endémicas transmisibles, pone sobre el tapete la necesidad de fortalecer y modernizar el sistema de salud, y de modo tal que pueda estar a la altura de las necesidades y retos actuales. Ello no será posible, empero, si no se avanza en reformas institucionales, tecnológicas y de política pública, para superar los cuellos de botella que han llevado a la situación de colapso en los servicios de salud.

LAS REFORMAS NECESARIAS

Huelga decir que las soluciones a los problemas de salud identificados en este acápite no son sencillas ni rápidas. La mayoría de los problemas requieren medidas de fondo, estructurales, de largo plazo, nuevas políticas de salud bien pensadas, apoyadas en datos, estudios técnicos, diálogos y concertación con actores institucionales, sociales y políticos claves. Todo esto es muy complicado de acometerse y puede desanimar a muchos, pero es imperioso y urgente hacerlo. Las reformas deben enfocarse en tres cuestiones centrales:

60 pacientes que son atendidos en tres turnos”. “Antes del SUS (se) pagaba por sesión de hemodiálisis 1.000 bolivianos, después me aseguré y todo estaba bien hasta el año pasado. A veces nos hacen faltar medicamentos, tenemos que comprar. En el Hospital no hay especialistas, no tenemos nutricionista ni psicóloga que, si antes había, nos han quitado un montón de beneficios”, dice un representante de los pacientes del Hospital Santa Bárbara de Sucre. Un drama similar se advierte en los enfermos con cáncer: según el testimonio de una mujer de la provincia Inquisivi de La Paz, tuvo que esperar varios meses para que le diagnosticaran su enfermedad. “Tras realizar la quimioterapia tuvo que esperar siete meses para continuar con la radioterapia porque los trabajadores de salud perdieron su historial clínico y porque no había espacio para someterse a la tomografía, por ese estudio esperó dos meses”.

El reportaje de Mariela Laura concluye: “Los enfermos renales y oncológicos representan una población vulnerable no solo por su condición de salud y fragilidad emocional, sino también por el impacto social y económico. Además, sufren irrespeto por parte de los funcionarios de salud en el momento de la atención, ya que la relación médico-paciente es pobre, por la corta duración de las consultas y por el trato de los trabajadores que es percibido como duro e inhumano. A ese hecho se suma la falta de especialistas; nefrólogos, cirujanos cardiovasculares, oncólogos en los centros de salud y hospitales de La Paz, Santa Cruz, Sucre, Trinidad, Tarija y Oruro. Además, la escasez de medicamentos, falta de equipamientos o equipos obsoletos que se dañan y dejan de funcionar también limita el tratamiento de los enfermos que muchas veces han tenido que salir a las calles a protestar contra las autoridades de Gobierno”, subraya.

⁸⁶ Pacientes consultados para el reportaje ¡Dolor y desesperación! El calvario de ser un paciente renal y oncológico en Bolivia (Ibid.), han señalado que “pese a la construcción de nuevas infraestructuras hospitalarias como el Centro Nuclear y el Hospital del Sur, destinados para pacientes con cáncer, la atención sigue siendo obsoleta porque no hay equipos ni especialistas y los enfermos deben peregrinar por meses para recibir tratamientos”.

ADECUAR EL SISTEMA DE SALUD A LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Es evidente la necesidad de ajustar y adecuar el sistema de salud en función al nuevo perfil epidemiológico del país, que, como se dijo, es un perfil básicamente de múltiple carga, acumulativo y polarizado y que comporta nuevos riesgos de salud y nuevas causas de morbi-mortalidad, a la vez que continúan prevaleciendo riesgos inmunoprevenibles y endémicas transmisibles y por los cuales todavía mucha gente se enferma y muere. Dar respuesta a la transición epidemiológica debería ser uno de los ejes de los cambios en el sistema de salud.

FORTALECER EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

En segundo lugar, hay la necesidad de fortalecer el Primer Nivel de Atención, con un nuevo modelo preventivo y atencional centrado en las necesidades de las personas, familias y comunidades y para lo cual es indispensable reforzar las capacidades institucionales, técnicas y profesionales, de manera que sea en esa instancia donde se resuelvan los problemas básicos de salud, involucrando activamente a las comunidades locales. De lo que se trata es de el Primer Nivel pueda operar como un filtro eficaz de dichos problemas y que, siendo así, se haga posible descongestionar las presiones sobre el Segundo y Tercer Nivel. Para que este esquema funcione se requiere, qué duda cabe, de una renovada y eficiente articulación, referencia y contra referencia e integración de los tres niveles de atención; y lo mismo con los programas de protección social (los bonos Juana Azurduy y Juancito Pinto y otros), que deben contribuir al logro de objetivos y metas de salud. Como se ha visto antes, tales condiciones no se dan hoy en día en Bolivia –o son muy deficitarias–, con el resultado de la saturación y colapso de los servicios médicos urbanos, en contraste con la subutilización o el abandono de la infraestructura sanitaria –y mayormente precaria– en muchas zonas provinciales y rurales; lo cual deja a un parte de la población sin acceso a servicios médicos oportunos y eficientes.

UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN

En tercer lugar, y como corolario lógico de las dos anteriores, se plantea establecer un nuevo modelo de gestión basado en lo que se conoce como concertación de financiamiento y articulación de las prestaciones con múltiples prestadores de servicios de manera que se pueda utilizar toda la capacidad instalada en el país, incluyendo al sector privado, lo mismo que a las organizaciones sin fines de lucro (el llamado “tercer sector”); unos y otros debidamente acreditados y regulados por el Ministerio de Salud con adecuada rectoría. La instalación e intervención de clínicas, laboratorios privados, así como de ONG (algunas vinculadas a iglesias y otras a programas, proyectos y redes

y a veces en convenios con entidades públicas) que prestan servicios de salud de diverso alcance, especialización y cobertura, no solamente son una realidad importante, sino que poseen la capacidad de incrementar su participación en el sistema de salud.

La cuestión en este punto es mejorar los niveles de coordinación y cooperación público-privada, para ofrecer a la población nuevas oportunidades de servicios médicos, más competitivos y con costos accesibles, y sujetos a controles de calidad. Una de las ventajas de este sistema es que permitiría reducir la presión sobre los hospitales y centros médicos del sector público y de la seguridad social, además de proveer atención a sectores de la población a los que el sector público no llega o para los cuales tiene menos ventajas comparativas frente a los servicios privados o de organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la salud.

De este modo las opciones para la población podrán ampliarse, para su propio beneficio, entre ellas la modalidad de un seguro médico delegado, que aplican varias empresas privadas mineras y petroleras, con resultados bastante satisfactorios, y que bien podrían replicar otras organizaciones de la sociedad civil. Desde ya, las normas que regulan el Sistema Boliviano de Seguridad Social a Corto Plazo (enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo) permiten que los entes gestores de salud puedan autorizar a sus empresas aseguradas la delegación de la administración de las prestaciones de corto plazo.

Por otro lado, están los seguros voluntarios gestionados por entidades de prepago de servicios de salud,⁸⁷ para aquellos grupos que se hallan al margen de la Seguridad Social de Corto Plazo o bien no acceden al sistema público de salud por múltiples razones. La creación de Entidades de Prepago de Servicios de Salud está respaldada por la Ley de Seguros de 1998 y son reguladas por la Autoridad de Supervisión de Pensiones y Seguros. Esta última ha emitido la Resolución Administrativa 1363/2018, reglamentando los términos y condiciones para la organización y funcionamiento de las entidades que quieran brindar atención de salud a todas aquellas personas que lo requieran y puedan sufragar una tarifa, bajo distintas modalidades. Los Servicios de Prepago de Servicios de Salud incluyen la atención y/o tratamiento de salud de personas naturales, obligándose a otorgar prestaciones directa o indirectamente a sus contratantes y/o usuarios, contra el pago (periódico o al contado) de una tarifa anticipada como contraprestación por eventuales servicios a ser prestados.⁸⁸

⁸⁷ Este es el caso de la Fundación Solydez con IFD Promujer, la Clínica Foianini, la Clínica INCOR y la asociación de la Clínica Las Américas), que, asociadas con la Aseguradora Nacional de Seguros de Personas S.A., se han constituido en entidades de prepago de servicios de salud para ofrecer la alternativa de un seguro voluntario de salud.

⁸⁸ Las Entidades de Prepago de Salud pueden ser: a) Sociedades Anónimas para prestar Servicios Prepago de Salud similares a un Seguro de Salud; b) Empresas Unipersonales y Sociedades Comerciales que, con anterioridad a

MODELO METROPOLITANO DE ATENCIÓN MÉDICA

Una de las políticas para lograr los objetivos antes mencionados, es estructurar un modelo de atención médica de alcance metropolitano en las ciudades capitales, integrando los servicios y infraestructura médica de los centros urbanos y periurbanos, bajo la autoridad de una instancia metropolitana de salud, dotada de competencias definidas y poder de decisión. Esta forma de gobernanza sería la respuesta a los problemas de dispersión de roles, duplicidad de recursos, fragmentación y segmentación de los servicios y, en definitiva, atención sanitaria deficiente.⁸⁹ Esta propuesta podría ser inicialmente implementada en las áreas metropolitanas de los departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba, que concentran alrededor del 72 por ciento de la población, y que tienen la ventaja de contar con mayores capacidades instaladas y de recursos humanos.

REINGENIERÍA INSTITUCIONAL DE LA SALUD PÚBLICA

Una reingeniería del sistema de salud pública es absolutamente necesaria para contar con entidades gestoras especializadas en rubros específicos, con buena gobernanza, sistemas administrativos eficientes y capacidad de proveer prestaciones adecuadas, de calidad y equitativas. Las entidades del sistema de salud deben ser supervisadas y fiscalizadas sobre la base de objetivos y resultados de gestión. La costumbre de concentrar funciones y responsabilidades en una misma entidad, como ocurre actualmente, es ineficiente y provoca efectos perversos. Por ello, la idea de separar las funciones normativas de la prestación sanitaria, la prevención de riesgos, la afiliación y cobro de aportes, la gestión financiera, la supervisión y regulación de los servicios, contribuiría sin duda a un mejor desempeño institucional, además de dar transparencia y eficiencia al manejo de los recursos.

Por supuesto que ninguna reestructuración ha de funcionar si no se superan los problemas de favoritismo político, clientelismo, nepotismo, corporativismo, en la designación de cargos en el Estado y en la seguridad social de corto plazo. El centralismo, la improvisación y la politización del sistema de salud le hacen mucho daño y repercuten sobre la capacidad y la calidad de la atención a la población que

la puesta en vigencia del Reglamento, ofrecen y prestan a la población Servicios Prepago de Salud similares al Seguro; c) Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas legalmente constituidas y autorizadas para operar en el mercado de seguros de Bolivia, que deseen prestar Servicios Prepago de Salud similares al Seguro; d) Corredoras de Seguros y Agentes de Seguros, que deseen participar en la comercialización de Servicios Prepago de Salud similares al Seguro.

⁸⁹ Esta forma de organización de los servicios evitaría cosas insólitas e irracionales como, por ejemplo, que el Centro de Salud de Haujara en el municipio de Oruro cuente con un Tomógrafo de 68 cortes, pero no tenga los medicamentos para el tratamiento de las patologías a las que el equipo debe servir.

demanda servicios médicos adecuados y oportunos.⁹⁰ La vulnerabilidad del país frente a brotes pandémicos y epidemias como el dengue tiene mucho que ver con las fallas de la política y la gobernanza de las instituciones del sistema de salud.

MÁS RECURSOS PARA SALUD

El gasto de salud del país, y en particular del Estado, medido bajo cualquier indicador, es claramente insuficiente. Bolivia gasta mucho menos que la mayoría de los países de América Latina, y también la brecha se amplía en contra del país. Esto es consecuencia de muchos años de postergación, incluso abandono, de la salud pública, condicionado, claro está, por el bajo crecimiento estructural del país y la escasa generación de riqueza y recursos fiscales. Pero ni siquiera cuando el país experimentó una súbita bonanza económica, el sector de salud se favoreció de un incremento sustantivo y sostenido de financiamiento, de modo que se recortaran las diferencias con los otros países de la región. Esto tiene que cambiar.

El Estado, tanto en el sector público como en la seguridad social de corto plazo, tiene que hacer un grandioso esfuerzo por mejorar la calidad del gasto de salud. Los cambios en los modelos de gestión y de atención, así como también la reingeniería institucional del sistema de salud, que aquí proponemos, pueden y deben ganar en eficiencia y transparencia. No obstante, ello no será suficiente para solventar los gastos cada vez más demandantes de la atención sanitaria.

Así pues, y en el marco de un sistema de salud reestructurado y renovado, el país deberá poner en marcha una estrategia de financiamiento para aproximarse al nivel de gasto de salud de los otros países de América Latina como porcentaje del PIB (cerca al 10 por ciento), incluyendo la iniciativa privada, lo que implica avanzar con incrementos sucesivos en el nivel de gasto de aquí al año 2030. Si ello no ocurre, el horizonte de la salud en Bolivia se ve sombrío, arrastrando y acumulando carencias y déficits de recursos humanos y materiales y prácticamente sin posibilidades reales de modernizar y ampliar los servicios de salud y, por lo tanto, de brindar acceso universal a la salud.

⁹⁰ El Plan Estratégico Institucional (2016-2020) del Ministerio de Salud, identificó como problemas institucionales relevantes: un sistema nacional de salud segmentado, con débil rectoría, gestión ineficaz e ineficiente; existencia de varios subsectores con planes y presupuestos no coordinados entre sí y accionar independiente; marco jurídico disperso y contradictorio; procesos institucionales burocráticos, insatisfacción de los usuarios del sistema; entre otros que no permiten una adecuada prestación de servicios. Véase, Ministerio de Salud: *Plan Estratégico Institucional*. 2017.

En el final de este capítulo, vale la pena subrayar que si algo bueno nos dejó la pandemia es haber influido en la toma de conciencia sobre la importancia de la inversión en salud para tener economías más sanas, con crecimiento sostenido, con más empleo protegido, mayor productividad y entornos laborales productivos. Lo que queda por delante es aplicar las lecciones aprendidas y afrontar el desafío de lograr el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible hacia el año 2030.

Bibliografía

- Abufhele, A.; D. Bravo; F. López y P. Soto-Ramírez. 2021. Developmental Losses in Young Children from Pre-Primary Program Closures During the COVID-19 Pandemic. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Agencia de Noticias Fides. 2023: “¡Dolor y desesperación! El calvario de ser un paciente renal y oncológico en Bolivia”.
- AGETIC. 2019. Estado TIC. <https://www.agic.gob.bo/pdf/estadotic/AGETIC-Estado-TIC.pdf>
- Ali, I. y H. Son. 2007. Measuring Inclusive Growth. *Asian Development Review* 24(1):11– 31.
- Aponte, G. 2014: “Seguro Universal de Salud”, en Henry Oporto (editor): *Bolivia. Encrucijadas en el siglo XXI. Visiones e ideas para una agenda de país*, pp. 547-574, Plural editores.
- Azevedo, J. 2020. Learning Poverty: Measures and Simulations. Documentos de trabajo de investigación de políticas. DOI del Banco Mundial: 10.1596/1813-9450-9446
- Azevedo, J.; Akmal, M.; Cloutier, M. H.; Wong, Y. N. 2022. Covid-19 Learning Loss Simulations: Global Update. Washington, D.C.: Grupo Banco Mundial.
- Azevedo, J.,; A. Hasan; D. Goldemberg; S. Iqbal y K. Geven. 2020. Simulating the Potential Impacts of COVID-19 School Closures on Schooling and Learning Outcomes: A Set of Global Estimates. Documento de trabajo de investigación de políticas 9284. Banco Mundial: Práctica Educativa Global
- Banco Mundial. 2022. Dos años después. Salvando a una Generación. Banco Mundial, Washington.
- Base de Datos, 2017, <https://datos.bancomundial.org/region/america-latina-y-el-caribe>

- Burgess, S. y H. Sievertsen. 2020. *Schools, skills, and learning: the impact of COVID-19 on education*.
- CEPAL, 2022: *Panorama Social de América Latina y el Caribe 2022: la transformación de la educación como base para el desarrollo sostenible*, 24 de noviembre de 2022.
2022. *Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes*, junio 2022.
2022. *Observatorio Demográfico América Latina y el Caribe. 2022. Tendencias de la población de América Latina y el Caribe. Efectos demográficos de la pandemia del COVID-19*.
- Contreras, M. 2020. Cómo les va a los hijos de la Ley A. Siñani -E. Pérez. *El Deber*, 5 de octubre de 2020
- Cossi, J., C. Dória, O. Leal Neto, G. Lichand. 2021. The Impacts of Remote Learning in Secondary Education: Evidence from Brazil during the Pandemic. División de Educación. Nota Técnica no. IDB-TN-02214. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Carlsson, M., G. Dahl, B. Ockert y D. Rooth. 2015. The effect of schooling on cognitive skills. *Review of economics and statistics*, 97(3), 533–547.
- Doepke, M. y F. Zilibotti. 2020. *COVID-19 and children's education*.
- Filgueira F. 1999. “Tipos de welfare y reformas sociales en América Latina. Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada”, en *Reforma del Estado e Mudanca Institucional no Brasil. Recife*. Editora Mssangana, pp. 123-158.
- FMI. 2022. Consulta del Artículo IV con Bolivia correspondiente a 2022, 16 de septiembre, <https://www.imf.org/es/News/Articles/2022/09/14/pr22305-imf-executive-board-concludes-2022-article-iv-consultation-with>
- Fukuyama. F. 2022. *El liberalismo y sus desencantados. Cómo defender y salvaguardar nuestras democracias liberales*, DEUSTO.
- Fundación ARU - UNICEF. 2020. Protección de la niñas y adolescencia frente a la crisis COVID19. Elemento para el debate.

-
- Fundación Milenio. 2019. “El sistema único de salud: ¿un salto al vacío?”, en *Análisis de Coyuntura Nacional*, 15 de febrero de 2019, www.fundacion-milenio.org
2021. “Covid19: el peso de la pandemia”, *Análisis de Coyuntura Nacional Coy* N° 478.
2021. *Informe de Milenio sobre la economía de Bolivia 2021. N° 43*, Fundación Milenio
- Fundación UNIR Bolivia-Suecia Sverige (2023): *Los conflictos por salud, la salud de los conflictos*.
- García, S., D. Maldonado, L. Llanes Y M. Rodríguez. 2021. Desigualdad en la Educación en Colombia durante el COVID-19. Universidad de los Andes y Fundación Barco.
- Gasparini, L., J. Bracco, M. Ciachi, M. Marchionni y G. Neidhofer. 2022 The Impact of COVID-19 on Education in Latin America: Long-Run Implications for Poverty and Inequality. Policy Research Working Paper 10259. Banco Mundial.
- GBM. 2021a. Acting Now to Protect the Human Capital of Our Children: The Costs of and Response to COVID-19 Pandemic’s Impact on the Education Sector in Latin America and the Caribbean. Banco Mundial, Washington, D. C.
- GBM. 2021b. COVID-19 in ALC: High Frequency Phone Surveys - Technical Note. Banco Mundial, Washington, D. C.
- Hanushek, E. 1995. Interpreting Recent Research on Schooling in Developing Countries. *World Bank Research Observer* 10:2
- Hevia, F., S. Vergara-Lope, A. Velásquez-Durán y D. Calderón. 2022. Estimation of the Fundamental Learning Loss and Learning Poverty Related to COVID-19 Pandemic in Mexico. *International Journal of Educational Development*.
- Kakwani, N. 1980. *Income Inequality and Poverty: Methods of Estimation and Policy Applications*. New York: Oxford University Press.
- Kuhfeld, M., J. Soland, B. Tarasawa, A. Johnson, E. Ruzek, y J. Liu. (2020). *Projecting the potential impacts of COVID-19 school closures on academic achievement*.
- Lavy, V. (2015). Do differences in schools’ instruction time explain international achievement gaps? Evidence from developed and developing countries. *Economic Journal*, 125.

Ministerio de Salud Pública y Deportes (2017). *Plan Estratégico Institucional*.

Oporto, H. (editor). 2021: *El reto de la educación ¿Qué hacer frente al rezago, las brechas y la baja calidad educativa?*, Serie Análisis N° 29, Fundación Milenio, www.fundacion-milenio.org

2021. El reto de la educación. Currículum y formación docente, N° 31, Fundación Milenio, www.fundacion-milenio.org

2021. “Apuntes sobre el plan de reactivación económica en el período de transición. Contexto, lineamientos y resultados”, en Cuaderno N° 10, IDEAS&DEBATE, Fundación Nueva Democracia.

PNUD. 2005. La economía más allá del gas. Informe temático sobre Desarrollo Humano.

Rieble-Aubourg, S., y a. Viteri. 2020. Nota CIMA # 20 COVID-19: ¿Estamos preparados para el aprendizaje en línea? <https://doi.org/10.18235/0002303>

Son, H. 2011. On the Concept of Equity in Opportunity. ADB Economics Working Paper Series No. 266

UNESCO. 2020a. COVID-19 Education Response: How Many Students Are at Risk of Not Returning to School? Advocacy Paper

UNESCO. 2020b. Aplicación del Tercer Estudio Regional Comparativo y Explicativo (TERCE) Diagnóstico nacional de Bolivia.

UNESCO. 2022. Sistemas de Alerta Temprana (SAT) basados en los Sistemas de Información para la Gestión Educativa (SIGED).

Velez, E., E. Shiefelbein y J. Valenzuela. 1994. Factors Affecting Achievement in Primary Education: A Review of the Literature for Latin America and the Caribbean. *Revista Latinoamericana de Innovaciones Educativas* No. 17.

Vilar. J.R: “Dengue en Bolivia”, Reporte N°6, en Público.bo, 6/03/2023.

Wanderley. F. 2018. *Los avances sociales y laborales en el periodo del boom económico*, N° 20, Fundación Milenio, www.fundacion-milenio.org

Woessmann, L. (2003). Schooling resources, educational institutions and student performance: the international evidence. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 65, 117-70.

Yañez, E. 2017. “(In)equidades Educativas”. Documento de trabajo OXFAM.

2020. Equidad y oportunidades educativas: Evidencia para el periodo 2000-2019. En Evaluación de la calidad del crecimiento en Bolivia. Ed. Muriel.

2023. “Explicando los cambios en la pobreza en Bolivia durante el período 2026-2021”, manuscrito, 2023

La crisis sanitaria, social y económica provocada por la pandemia del Covid-19, y prolongada por la fragilidad actual de la economía, ha deteriorado las condiciones de vida de la población. Las señales de retroceso de los indicadores sociales son evidentes, particularmente en el mercado laboral, en los ingresos de las familias, las brechas de género y la reducción de la pobreza.

Un impacto de más largo plazo es la pérdida de capital humano, derivado de las consecuencias sanitarias, la precarización del empleo, la crisis de aprendizaje en la educación y las múltiples carencias del sistema de salud.

Este informe ofrece una visión de las dimensiones y determinantes de la crisis social y postula un conjunto de lecciones relevantes de las cuales tenemos mucho que aprender para fortalecer las políticas y programas sociales.

