Fondo de Población
de las Naciones Unidas

fundación ARU

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN: EFECTOS DE LA PANDEMIA COVID-19

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN: EFECTOS DE LA PANDEMIA COVID-19

Descargo de responsabilidad

Este documento fue elaborado en el marco del Acuerdo de Asociación entre la Fundación ARU, y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para el fortalecimiento de su Programa País del periodo 2023-2027. El estudio, fue concluido en noviembre de 2022, con una última revisión en agosto de 2023.

El documento, fue elaborado por: Miguel Vera, Gilmar Belzu, Juan de Dios Fernández y Fabián Calderón, investigadores de la Fundación ARU.

El equipo de la Fundación ARU, agradece los comentarios y sugerencias de Santiago Farjat (UNFPA), Carla Camacho (UNFPA) y Enrique Peláez. Las opiniones expresadas en el documento son de exclusiva responsabilidad de los autores y no comprometen a la Fundación ARU.

Noviembre, 2023

La Paz – Bolivia

CONTENIDO

PRESENTACIÓN . . . 1
RESUMEN . . . 2
I. INTRODUCCIÓN . . . 9
II. ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN Y CONTEXTO PREVIO A LA CRISIS . . . 10
2.1. Tamaño y composición de la población . . . 10
2.2. Contexto económico . . . 14
2.3. Oferta de servicios sociales . . . 16
2.4. Marco institucional . . . 18
2.5. Logros . . . 19
2.6. Desafíos . . . 26
2.7. Crisis política . . . 30

III. CRISIS COVID-19 Y SUS EFECTOS . . . 31
3.1. Inicio de la crisis y evolución de la pandemia . . . 31
3.2. Medidas para enfrentar la pandemia . . . 35
a. Disposiciones inmediatas . . . 35
b. Salida gradual de la cuarentena . . . 37
c. Medidas post cuarentena . . . 38
d. Acceso a pruebas diagnósticas . . . 39
Diferencias por edad . . . 39
Diferencias por grupo poblacional . . . 40
Diferencias por nivel de ingreso . . . 41
Diferencias por oferta a servicios de salud . . . 41
e. Acceso a medicamentos . . . 43
Diferencias por edad . . . 43
Diferencias por área . . . 43
Diferencias por nivel de ingresos . . . 44
Diferencias según características de la oferta . . . 45
f. Acceso a vacunas . . . 45
Diferencias por edad . . . 47
Diferencias por grupo poblacional . . . 47
Diferencias por nivel de ingresos . . . 48
Razones para no vacunarse . . . 49
3.3. Efectos de la pandemia . . . 49
a. Efectos sobre variables demográficas . . . 50
Discusión de posibles efectos . . . 50
Mortalidad . . . 50
Fecundidad . . . 52
Migración . . . 53

Efectos observados 53
Mortalidad 53
Diferencias por edad 54
Diferencias por grupo poblacional 55
Diferencias por nivel de ingresos 57
Capacidad de registro de los decesos 58
Natalidad y Fecundidad 59
Diferencias por edad 60
Diferencias por grupo poblacional 60
Diferencias por ingreso 61
Migración 63
b. Efectos sobre la economía de los hogares 64
Discusión de posibles efectos 64
Actividad económica 64
Ingresos de los hogares 65
Desigualdad de ingresos 65
Efectos observados 66
Actividad económica 68
Empleo 72
Ingresos de los hogares 76
Pobreza monetaria 77
Desigualdad 79
c. Desigualdad de largo plazo y acceso a servicios 79
Discusión de posibles efectos 80
Efectos observados 80
Acceso a servicios de salud 83
Acceso a servicios educativos 88
Seguridad y servicios de protección 91

IV. CONCLUSIONES Y DESAFÍOS DE POLÍTICA PÚBLICA 93
a. Conclusiones 93
b. Desafíos de política pública 95

V. REFERENCIAS 96
ANEXOS 99

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Gráfico 1	Volumen poblacional y tasa media anual de crecimiento intercensal por año	10
Gráfico 2	Ratio de sexo por año según área geográfica	12
Gráfico 3	Estructura de la población por sexo y grupos de edad en Bolivia, según año	12
Gráfico 4	Relación de dependencia por componentes y bono demográfico	13
Gráfico 5	Tasa de crecimiento promedio del PIB real por periodos de 4 años: Bolivia y América Latina y El Caribe	14
Gráfico 6	ndicadores de desigualdad para el periodo 2000-2019	15
Gráfico 7	Variaciones porcentuales promedio de la pobreza total y la pobreza extrema	15
Gráfico 8	Cobertura de servicios básicos. 2010 y 2020	16
Gráfico 9	Número de establecimientos por millón de habitantes	17
Gráfico 10	Porcentaje de docentes pertinentes	18
Gráfico 11	Proporción de adolescentes de 15 a 19 años que ya son madres o están embarazadas por primera vez	27
Gráfico 12	Casos acumulados diarios de COVID-19 a nivel nacional	28
Gráfico 13	Casos acumulados diarios de COVID-19 a nivel nacional	31
Gráfico 14	Casos mensuales acumulados por COVID-19 a nivel departamental, por millón de habitantes	32
Gráfico 15	Casos diarios de COVID-19	32
Gráfico 16	Personas que declararon tener síntomas y casos registrados de COVID-19	33
Gráfico 17	Porcentaje de personas que declararon tener síntomas de COVID 19, según grupos de edad. 2020 y 2021	34
Gráfico 18	Porcentaje de personas que declararon tener síntomas de COVID-19, según sexo, área y adscripción a grupo indígena. 2020 y 2021	34
Gráfico 19	Porcentajes de personas con síntomas según quintil de ingresos. 2020 y 2021	35
Gráfico 20	Porcentaje de personas que realizaron pruebas diagnósticas por grupo de edad	40
Gráfico 21	Porcentaje de personas que declararon haber realizado una prueba ante el COVID-19	40
Gráfico 22	Porcentaje de personas que realizaron pruebas diagnósticas, por quintil de ingreso	41
Gráfico 23	Porcentaje de personas que realizaron pruebas diagnósticas, según afiliación a seguro médico	42
Gráfico 24	Distribución de pruebas para la detección de COVID-19, según lugar de aplicación	42

Gráfico 25	Porcentaje de personas sintomáticas que tomaron medicamentos por grupos de edad	43
Gráfico 26	Porcentaje de personas con síntomas que recibieron medicamentos, según lugar de residencia	44
Gráfico 27	Porcentaje de personas con síntomas que recibieron medicamentos contra el virus, según quintil de ingreso	44
Gráfico 28	Porcentaje de personas con síntomas que recibieron medicamentos contra el COVID-19, según afiliación a un seguro médico	45
Gráfico 29	Aplicación acumulada de vacunas contra el COVID-19	46
Gráfico 30	Porcentaje de personas que recibieron vacunas contra el COVID-19 durante 2021, según número de dosis aplicadas	47
Gráfico 31	Porcentaje de personas que recibieron al menos una vacuna contra el COVID-19 en 2021, según grupos de edad	47
Gráfico 32	Porcentaje de personas que recibieron vacunas contra la COVID-19 durante 2021, según características sociodemográficas	48
Gráfico 33	Porcentaje de personas que recibieron al menos una vacuna contra el COVID-19, según quintil de ingreso	48
Gráfico 34	Porcentaje de personas que recibieron al menos una dosis de la vacuna contra el COVID-19, según afiliación a un seguro médico en 2021	49
Gráfico 35	Porcentaje de personas no vacunadas mayores a 18 años según razón por la que no recibió ninguna dosis, por área de residencia	50
Gráfico 36	Número y variación de muertes por año de registro	54
Gráfico 37	Variación anual 2019 a 2020 en el número de defunciones por departamento	54
Gráfico 38	Distribución del número de fallecimientos por COVID según rango de edad, de 2020 a 2022	55
Gráfico 39	Tasa de variación en el número de defunciones por sexo	56
Gráfico 40	Porcentaje de muertes por COVID según sexo. 2020 a 2022	56
Gráfico 41	Distribución de decesos por COVID-19 por lugares de fallecimiento, y lugar de residencia	59
Gráfico 42	Cantidad y variación de los nacimientos en Bolivia, hasta 2021	59
Gráfico 43	Proporción de la población que migró en los pasados cinco años	63
Gráfico 44	Composición de la población inmigrante. 2017 a 2021	64
Gráfico 45	Distribución por genero de la población inmigrante, hasta 2021	64
Gráfico 46	Tasa anual de crecimiento del PIB a precios constantes, 2000 a 2022	67
Gráfico 47	Tasa de variación mensual del índice global de la actividad económica (IGAE), 2019 a 2022	67
Gráfico 48	Promedio de miembros ocupados por hogar	68

Gráfico 49	Tasa global de participación por edad	69
Gráfico 50	Tasa de ocupación y tasa de desocupación	69
Gráfico 51	Tasa de ocupación y tasa de desocupación por sexo	70
Gráfico 52	Tasa de ocupación por grupo de edad. 2019, 2020 y 2021	71
Gráfico 53	Tasa de desocupación por grupo de edad. 2019, 2020 y 2021	71
Gráfico 54	Distribución por categoría ocupacional en la ocupación principal en el área urbana. 2019 a 2021	72
Gráfico 55	Ingresos promedio de la actividad principal y variación anual respecto a trimestre correspondiente, según sexo. 2018 a 2021	73
Gráfico 56	Ingresos promedio de la actividad principal por grupo de edad. 2019, 2020 y 2021	74
Gráfico 57	Ingreso promedio por hora (Bs) y variación porcentual respecto al mismo periodo de referencia (%)	74
Gráfico 58	Tasa de subocupación por sexo	75
Gráfico 59	Tabla de subocupación por grupo etario	75
Gráfico 60	Incidencia de pobreza monetaria por sexo y área de residencia. 2016 a 2021	76
Gráfico 61	Incidencia de pobreza monetaria extrema por sexo y área de residencia. 2016 a 2021	77
Gráfico 62	Bolivia: índice de Gini para el ingreso per cápita mensual, según área, 2016 - 2021	78
Gráfico 63	Razón entre P90/P10	78
Gráfico 64	Número de consultas prenatales (en miles)	80
Gráfico 65	Número de vacunas (en miles) aplicadas a menores de un año	81
Gráfico 66	Atención a problemas de salud en los últimos 12 meses	82
Gráfico 67	Modalidades de atención de síntomas de la COVID-19 durante 2020	82
Gráfico 68	Niveles absolutos y cambios porcentuales en el número de matriculados	84
Gráfico 69	Tasa de asistencia y tasa de participación educativa (2020) – nivel inicial	86
Gráfico 70	Tasa de asistencia y tasa de participación educativa (2020) – nivel primario	87
Gráfico 71	Tasa de asistencia y tasa de participación educativa (2020) – nivel secundario	87
Gráfico 72	Acceso a internet en los hogares por área, 2017 – 2021	89
Gráfico 73	Acceso a internet en los hogares por quintil, 2018 – 2021	89
Gráfico 74	Uso de internet por área, 2017 – 2021	90
Gráfico 75	Uso de internet por quintil, 2018 – 2021	90
Gráfico 76	Percepción de disponibilidad de servicios durante la pandemia	92

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Población total e indicadores demográficos para el periodo 2012-2022	11
Tabla 2	Resumen del avance de los indicadores ODM en Bolivia al 2015	20
Tabla 3	Resumen del avance de los indicadores ODS en Bolivia al 2022	27
Tabla 4	Decesos (miles), población contagiada (miles) y porcentaje de muertes por COVID-19	57
Tabla 5	Porcentaje de mujeres que tuvo un hijo/a hasta un año anterior a la encuesta, según grupos de edad fértil	60
Tabla 6	Número de mujeres (en miles) que tuvo un hijo/a hasta un año anterior a la encuesta, según grupo de edad	61
Tabla 7	Número de mujeres (en miles) que tuvo un hijo/a hasta un año anterior a la encuesta, según quintil de ingresos	62
Tabla 8	Población matriculada y cambios porcentuales anuales por grupo poblacional	84
Tabla 9	Tasa de matriculación y variación anual, por nivel educativo	85
Tabla 10	Tasas de asistencia escolar por grupo población y nivel educativo. 2018 a 2021	88

SIGLAS

ASP	Análisis de la situación de la población
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAF	Corporación Andina de Fomento
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
COMARPRE	Coordinación de Monitoreo del Abastecimiento, Regulación de Precios de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Prestación de Servicios de Salud
CPE	Constitución Política del Estado
EH	Encuesta de Hogares
EDSA	Encuesta de Demografía y Salud
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Bolivia
FINPRO	Fondo para la Revolución Industrial Productiva
IICC	Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento
INE	Instituto Nacional de Estadística
INRA	Instituto Nacional de Reforma Agraria
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OXFAM	Comité de Oxford de Ayuda contra el Hambre (Oxford Committee for Famine Relief)
RUDE	Registro único de estudiantes
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SERECI	El Servicio de Registro Cívico
SIE	Sistema de Información Estratégica
SLIM	Servicios Legales Integrales Municipales
SNIS-VE	Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica.
SSSR	Servicios de salud sexual y reproductiva
SUS	Sistema Único de Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNA REVISIÓN DE LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA DE COVID-19 SOBRE LA POBLACIÓN EN BOLIVIA

PRESENTACIÓN

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Fundación ARU tienen el gusto de presentar el estudio "Análisis de situación de la población: efectos de la pandemia COVID-19" como un aporte a la mejor comprensión de la crisis que esta significó, de las formas cómo reaccionó la población y de las posibilidades que existen para mejorar sus condiciones de bienestar.

Este documento complementa esfuerzos previos de ambas instituciones por mantener actualizado un conjunto de información sobre las tendencias demográficas a través de revisiones exhaustivas como los Análisis de la Situación de la Población (ASP) que se realizan periódicamente. Incluso reconociendo el desafío que esto implica en condiciones de reducida información, el estudio pretende aportar al debate de los problemas más evidentes en el contexto actual y, al mismo tiempo, llamar la atención sobre la necesidad de aunar esfuerzos para contar con mejores fuentes de datos, análisis y evaluación de políticas públicas.

El estudio se basa en un análisis exploratorio que incluyó una revisión de literatura internacional y entrevistas con personas clave al interior de UNFPA, actualización de evidencia disponible hasta 2022 referida, principalmente, a encuestas de hogares y sistematización de la información cualitativa y cuantitativa. El estudio considera dos grandes momentos en el análisis: una revisión previa a la crisis que se apoya insistentemente en el ASP 2020 y un recuento de los hechos posteriores que incluye nuevas hipótesis de trabajo y nuevos datos.

Esperamos que la discusión que acá se presenta contribuya efectivamente al diseño, seguimiento, evaluación e implementación de políticas de población basadas en evidencia.

Rinko Kinoshita Ph D.
Representante UNFPA Bolivia

MSc. Alvaro L. Chirino Gutierrez
Director Ejecutivo de Fundación ARU

RESUMEN

El documento resume los cambios más notorios en las variables demográficas, en el contexto económico de los hogares y en las condiciones de desigualdad que enfrenta la población luego de la aparición de la pandemia del coronavirus. Si bien no representa un Análisis de Situación de la Población (ASP) tradicional, se basa en criterios generales de este tipo de revisiones para plantear posibles efectos de la pandemia en la población sobre aquellos aspectos en los cuales se tiene evidencia empírica reciente. En particular, se utilizan encuestas de hogares, encuestas de empleo y registros administrativos que generan información adicional a aquella que se encuentra reflejada en el ASP realizado en 2020 (UNFPA, 2020).

Análisis de situación de la población: efectos de la pandemia COVID-19

El análisis poblacional sugiere las siguientes tendencias: 1. El crecimiento constante pero decreciente de la población; 2. El aumento sostenido de la población urbana que, sin embargo, no impide que la población rural mantenga un peso relativamente importante respecto al total; y 3. El aumento en la cantidad de personas en edad de trabajar por encima de las personas inactivas lo que constituye una oportunidad para aprovechar el "bono demográfico".

Esta dinámica se acompaña de mejoras en indicadores económicos y sociales que, en general, permitieron mejorar las condiciones de vida de la población. Incluso reconociendo cierta ralentización de la actividad económica de los últimos años (previa a la crisis de la COVID-19), resultan evidentes las subidas significativas en los ingresos económicos y las consecuentes reducciones en la pobreza monetaria, en particular, en la pobreza extrema. Las reducciones en la desigualdad se justifican, en parte, por estas tendencias.

Junto con las mejoras económicas, la oferta y la calidad de los servicios sociales se incrementó. La evolución de indicadores como la titulación de docentes de educación regular, el número de camas hospitalarias y el acceso a servicios básicos (energía eléctrica y agua potable, principalmente) constituyen una base para mejorar las capacidades y oportunidades de las personas y sus hogares. Esto no niega la persistencia de rezagos y brechas en el acceso a tecnologías de información, soluciones de saneamiento básico y uso/disponibilidad de servicios de salud sexual reproductiva. El análisis diferenciado por área y pertenencia a poblaciones indígenas demuestra la necesidad de analizar situaciones particulares de acceso en grupos que podrían resultar excluidos de estos servicios.

Los cambios en el diseño institucional acompañaron el desarrollo del país en los últimos años. Si bien no resulta fácil establecer una relación causal, el hecho de contar con un marco de normas y políticas que hacen explícita la necesidad de reducir las desigualdades, la pobreza y la exclusión social habilita la definición de prácticas dirigidas específicamente a las poblaciones más vulnerables o dejadas más atrás. Al mismo tiempo, plantea nuevos desafíos en términos de financiamiento, gestión y coordinación reconociendo los roles diferenciados de los ámbitos nacional, departamental, municipal e indígena-originario.

El buen desempeño económico, una mayor oferta de servicios y un marco institucional favorable para el desarrollo inclusivo explican, en parte, las mejores condiciones de vida de la población de las dos últimas décadas. La revisión de las metas de desarrollo de las últimas décadas (reflejadas en la agenda ODM) sugiere avances importantes sobre todo en la reducción de la pobreza monetaria, el acceso a servicios de educación, la reducción de brechas de género en educación y la caída en la desnutrición global. Los desafíos, en cambio, permanecen en términos de salud infantil, salud materna, desnutrición crónica y protección frente a enfermedades endémicas. La evolución de los indicadores de la agenda de los Objetivos de Desarrollo Social (ODS) permite verificar avances, pero, al no contar con metas cuantificables, no permiten una valoración de cumplimiento como tal.

El análisis de grandes tendencias corre el riesgo de omitir situaciones particulares de vulnerabilidad, carencia o exclusión que enfrentan determinados grupos de población. Es el caso de la violencia contra la mujer, la elevada exposición a riesgos de salud de mujeres adolescentes, las condiciones de exclusión de la población con discapacidad o la pobreza que enfrentan las personas en situación de calle. El no contar con información sistemática sobre estos temas, refuerza la idea de invisibilidad y plantea un desafío adicional relacionado con la necesidad de contar con mejores datos, mayor análisis y políticas más incluyentes.

En el contexto de cambio demográfico, existieron mejoras en los indicadores de bienestar y, sin embargo, persisten rezagos y brechas que caracterizaron al país antes de la crisis de la COVID-19. A este escenario, se sumaría en 2019 una serie de conflictos políticos que determinaron cambios bruscos en la institucionalidad del país, incluido el cambio de gobierno nacional. Estos hechos sugieren que la construcción democrática del país aún se encuentra en proceso, lo que aumenta los desafíos en términos de gobernabilidad y, a su vez, dificulta la definición e implementación de políticas públicas sostenibles para el desarrollo inclusivo.

Crisis COVID-19 y sus efectos

La irrupción de la pandemia encontró a Bolivia en uno de sus peores momentos en términos de restricciones fiscales, debilidad institucional y crisis política. Quizás por esta razón, es que se tiende a minimizar las deficiencias estructurales del país en cuanto a su capacidad para ofrecer servicios de calidad con amplio alcance. El caso del sistema de salud con capacidades reducidas para dar respuesta a los problemas sanitarios, el sistema educativo con una débil respuesta frente a la necesidad de mantener medidas de bioseguridad (incluido el distanciamiento físico), la ausencia de un sistema de protección social articulado para dar respuesta a crisis económicas y las inevitables interrupciones en las cadenas de prevención, atención y seguimiento a hechos de violencia ilustran este tipo de déficit.

Las medidas asumidas para enfrentar la crisis, además de resultar insuficientes, fueron ampliamente superadas por el contexto citado. Precisamente por esto, resulta muy difícil establecer la posible efectividad de algunas de las medidas asumidas. Por ejemplo, las cuarentenas rígida y flexible, las transferencias monetarias a modo de protección frente a la crisis económica subyacente a la crisis sanitaria, la flexibilización de las restricciones a la movilidad, las campañas de vacunación o los intentos por reactivar la economía y el empleo constituyen ejemplos de iniciativas susceptibles de evaluación.

El análisis de los efectos se realizó desde tres ámbitos. En lo referido a **aspectos demográficos**, las subidas en la mortalidad global constituyen el aspecto más lamentable de la pandemia. Durante 2020 el número de muertes totales se incrementó en más de 25 mil personas lo que equivale a un aumento del 49.6% respecto a los registros del

año anterior (INE, 2021). Según la misma fuente, en 2020, el incremento del número de muertes de hombres (65%) prácticamente duplica al incremento de muertes en mujeres (33%). Si bien, no se cuenta con una estimación del porcentaje directamente atribuido a muertes por COVID-19, sí fue posible estimar que dos tercios de estos fallecimientos se encuentran entre la población de 60 o más años, a través de los reportes dinámicos de defunción por COVID-19 (SNIS, 2022).

Se indagó por posibles cambios en la fecundidad al observar registros de nacimientos y datos sobre embarazos provenientes de información de las mujeres que formaron parte de las encuestas de hogares. No fue posible establecer un patrón que permita identificar algún quiebre en la tendencia de nacimientos que ya era decreciente desde hace varios años. Sin embargo, las estimaciones provenientes de las encuestas de hogares del INE para los últimos cinco años incluyendo 2021, sugieren que el número de nacimientos se habría elevado en grupos específicos a pesar de que la tendencia era a la baja. Este fenómeno se observa entre las mujeres indígenas, aquellas del área rural y aquellas de los quintiles de ingreso más pobres. De confirmarse este fenómeno, sería una señal de alerta respecto a posibles incrementos en la fecundidad no deseada al interior de estos grupos.

La escasa información sobre migración sugiere que, luego de la pandemia, se estaría reactivando la circulación entre países lo que justifica, por ejemplo, una mayor demanda por pasaportes. Los datos de encuestas de hogares, si bien no muestran un cambio claro en las tendencias decrecientes sugieren que la pandemia habría reforzado la "inmovilidad" de las personas lo que se evidencia en porcentajes de migración interna e internacional relativamente bajos. Los datos muestran, además, una reducción en la proporción de inmigrantes provenientes del exterior (respecto al total de migrantes) que habría pasado del 16% antes de la pandemia hasta el 13% después de la misma.

Los efectos en **variables económicas** demuestran el deterioro general en las condiciones de vida luego de la pandemia con mayores pérdidas para la población más pobre. El efecto más claro es el decrecimiento del PIB (a precios constantes) en 2020 de 8,74% (INE, 2023), exhibiendo las drásticas caídas en la actividad económica que estuvieron acompañadas de menores niveles de participación laboral, mayores niveles de desocupación, peores condiciones de inserción laboral, caídas en los ingresos laborales y aumentos en la subocupación. Los aumentos en las tasas de pobreza y en la desigualdad por ingresos guardan relación con estos cambios.

A partir de 2021 algunas condiciones económicas básicas mejoraron. Por ejemplo, se retomó el crecimiento económico, se redujeron las tasas de desocupación, cayeron las tasas de pobreza monetaria y la desigualdad promedio se redujo. En contraposición, las condiciones de empleo precario en las áreas urbanas aún no mejoran lo suficiente como para retornar, al menos, a los niveles previos a la crisis. Las tasas de subocupación a fines de 2021 casi duplican aquellas observadas a fines de 2019, el porcentaje de empleo no remunerado se encuentra cuatro puntos porcentuales por encima del valor previo a la pandemia y los ingresos laborales a fines de 2021 continúan por debajo de aquellos registrados a fines de 2019. Estas condiciones, siguen manifestándose con mayor intensidad entre las mujeres y en la población joven. En el área rural, las reducciones en la pobreza extrema luego de la pandemia constituyen una oportunidad de integración económica a futuro que, sin embargo, no guarda relación con los persistentes niveles de desigualdad.

Se revisaron variaciones en tres grupos de variables relacionadas al **acceso a servicios** las cuales podrían señalar cambios respecto a la igualdad de oportunidades. En el caso de salud, los datos disponibles sugieren que existen tendencias a la baja en atención y coberturas que se habrían reforzado posterior a la pandemia. La atención a mujeres embarazadas se

redujo aún más en 2021, llegando incluso a niveles observados hace 10 años. La cantidad absoluta de vacunas, en particular aquellas que corresponden a la primera dosis, se redujo con la pandemia sin llegar a incrementarse sustancialmente en 2021.

La conducta de las personas al momento de enfrentar problemas de salud respalda aún más esta noción de desprotección, de acuerdo con la Encuesta de Hogares (EH) (2021) apenas un 20% de la población recurre a un centro especializado o bien se atiende con un/una especialista en caso de enfrentar este tipo de eventos, casi la mitad se atiende en sus domicilios o se automedica y un 33% no realiza ninguna acción al respecto. Con mayores o menores variaciones, así fue como la población reaccionó frente a los síntomas de COVID-19 durante 2020.

En el caso de educación escolar, no existe una forma estándar de aproximarse a un posible quiebre de tendencia por la suspensión de clases en 2020. Los datos disponibles muestran que la matriculación posterior a la crisis no habría sido afectada. El hecho que la recuperación venga aparejada de menores brechas de acceso a educación inicial, primaria y secundaria ofrece una oportunidad para enfrentar futuros desafíos relacionados con la calidad y con la necesaria relación del sector educativo con otros sectores, en particular, el sector salud. En todo caso, los efectos de la crisis se manifestaron en un acceso diferenciado a actividades educativas que dejan en evidencia la escasez de recursos educativos y la baja conectividad al internet sobre todo en áreas rurales. Dos aspectos que pueden resultar en una señal de alerta tienen que ver con: la potencial caída en la participación de la educación privada y la reducción en el acceso a educación inicial, principalmente, entre las poblaciones indígenas.

A pesar de la falta de evidencia estadística, se dispone de evidencia cualitativa y datos parciales que dan cuenta de la interrupción en varios servicios de prevención, protección y seguimiento a casos de violencia. De hecho, la menor cantidad registrada de sucesos de violencia contra la mujer estaría reflejando no solo la incapacidad de los sistemas para contar con información confiable sobre este tema sino también limitaciones persistentes de las personas para acceder a los servicios y ejercer sus derechos. El acceso al sistema judicial se señala como el que sufrió mayores interrupciones.

A modo de conclusión

Además de dejar en evidencia las múltiples deficiencias de los sistemas de atención sanitaria, protección económica y protección social, la pandemia dejó en evidencia problemas estructurales del país. A las crisis política e institucional que precedieron a la pandemia, se suman los persistentes niveles de desigualdad en varios ámbitos (económicos, educativos o de acceso a salud) los cuales condicionan la capacidad de la sociedad para actuar de manera articulada y del Estado para responder de manera oportuna frente a futuros eventos catastróficos.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN:
EFECTOS DE LA PANDEMIA COVID-19

I. INTRODUCCIÓN

El Análisis de Situación de la Población 2020 (UNFPA, 2020) ofrece una gran cantidad de información útil para definir programas prioritarios a cargo del Estado y de actores estratégicos para el desarrollo. Entre otros temas, incluye una revisión de las tendencias demográficas, de la evolución de la economía, del marco institucional para el desarrollo y del comportamiento de sectores clave como son la salud, la educación y la protección contra la violencia.

A pesar de la riqueza de la información contenida en dicho documento, este no captura posibles cambios de tendencia en los indicadores económicos y sociales más relevantes ni tampoco refleja de manera central las manifestaciones más importantes asociadas a la crisis de la COVID-19. Eventuales aumentos en las brechas de acceso a servicios sociales, resultados económicos o situaciones de riesgo generadas como parte de este fenómeno y de las medidas implementadas a partir de dicha emergencia tampoco fueron capturados.

El presente estudio complementa dicho análisis con información de Encuestas de Hogares, Encuestas Continuas de Empleo y Registros Administrativos que permiten actualizar la descripción de los sectores económicos y sociales de los años 2020 y 2021. Los indicadores acá expuestos mantienen un carácter preliminar hasta verificar la consistencia de los mismos con fuentes oficiales y validar su consistencia con datos históricos reportados en el ASP 2020.

Luego de esta introducción, el estudio cuenta con dos capítulos analíticos y una conclusión que incluye desafíos de política pública. La sección dos, resume las tendencias demográficas más importantes a partir del ASP 2020 y las actualiza con información previa a la crisis COVID-19. La sección tres describe los principales efectos de la misma incluyendo un marco de análisis para comprender los cambios en las tendencias demográficas, económicas y el acceso a servicios sociales. El capítulo final plantea retos de política orientados a mejorar las condiciones del país para enfrentar futuras crisis sanitarias o económicas.

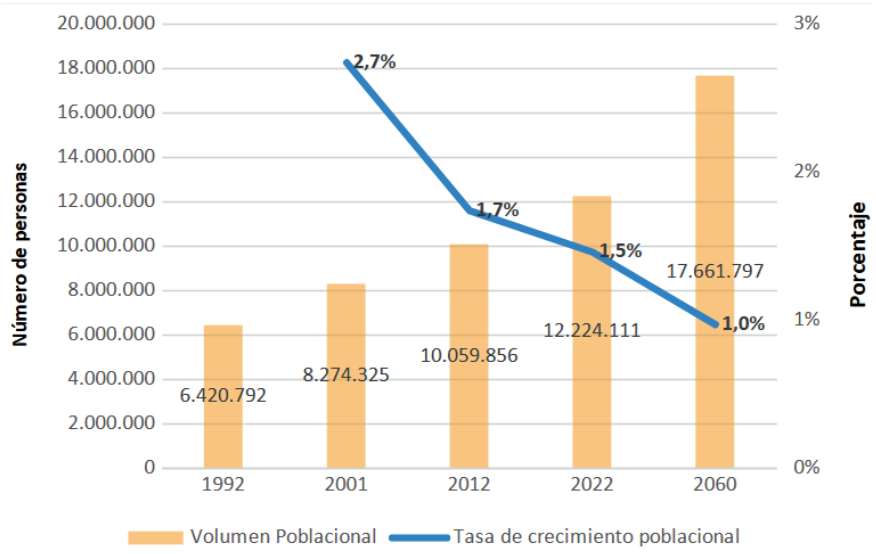
II. ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN Y CONTEXTO PREVIO A LA CRISIS

A continuación, se presentan las características de la población, la situación económica previa a la crisis, el marco institucional, los desafíos estructurales que enfrenta la economía y la sociedad boliviana que condicionan los efectos de la pandemia. A este contexto, se deben añadir los efectos de la crisis política de 2019 que también explica cómo se gestionó la misma.

2.1. Tamaño y composición de la población

Incluso a una tasa media anual de crecimiento intercensal que se reduce de un año a otro, la población boliviana crece de manera sostenida. Se estima que entre 1992 y 2022, el número de personas aumentó desde 6.4 millones hasta alcanzar 12,2 millones (INE, 2022), lo que implicó casi duplicar la población en este período de tiempo. El crecimiento intercensal más reciente (2001 a 2012) llegó hasta 1,7% anual promedio, por debajo del 2,7% registrado en el período inter censal previo (1992 a 2001).

Gráfico 1. Volumen poblacional y tasa media anual de crecimiento intercensal por año, 1992 a 2060



Fuente: CELADE - División de Población de la CEPAL (2022).

Los cambios en la dinámica poblacional pueden explicarse por el comportamiento de los principales indicadores demográficos: (1) tasa bruta de natalidad, (2) tasa bruta de mortalidad y (3) tasa de migración neta. La desaceleración de las tasas de crecimiento se explicaría principalmente por el descenso en el número de nacimientos, lo cual explicaría además el cambio en la estructura por edades de la población. Sin embargo, esta desaceleración podría ser mayor cuando avance el envejecimiento de la población y/o aumente la mortalidad. La siguiente tabla muestra proyecciones recientes de indicadores demográficos que consideran los efectos de la pandemia.

Tabla 1. Población total e indicadores demográficos, 2012 a 2022

Año	Población a mitad de año	Tasa de crecimiento total (por 1000)	Tasa bruta de natalidad (por 1000)	Tasa bruta de mortalidad (por 1000)	Tasa de migración neta (por 1000)	Tasa global de fecundidad
2012	10.569.702	16,4	24,9	7,4	-1,1	3,08
2013	10.743.351	16,2	24,5	7,3	-1,1	3,01
2014	10.916.986	15,9	24,1	7,3	-1,0	2,95
2015	11.090.084	15,6	23,7	7,2	-0,9	2,89
2016	11.263.010	15,4	23,4	7,1	-0,9	2,83
2017	11.435.534	15,0	23,0	7,1	-0,8	2,78
2018	11.606.906	14,7	22,6	7,1	-0,8	2,73
2019	11.777.312	14,4	22,3	7,1	-0,8	2,69
2020	11.936.158	12,4	22,1	9,3	-0,4	2,65
2021	12.079.467	11,5	21,8	9,9	-0,4	2,62
2022	12.224.111	12,3	21,6	9,1	-0,2	2,58

Fuente: CELADE - División de Población de la CEPAL (2022).

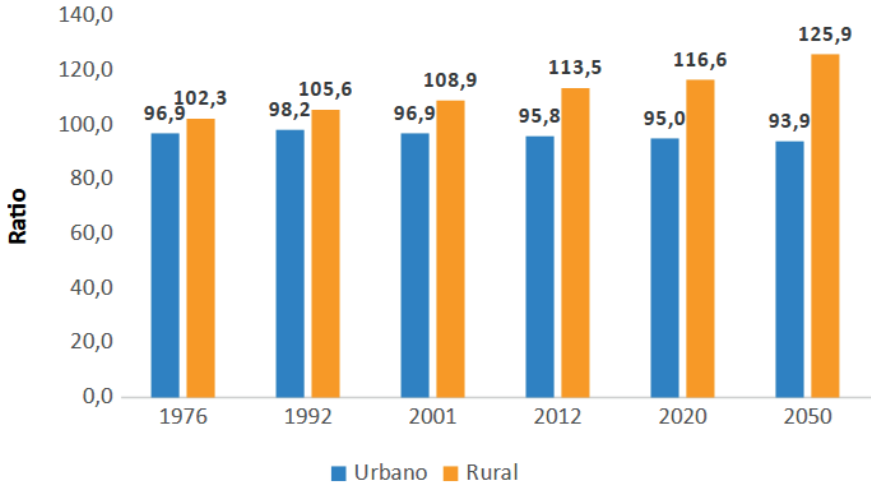
Los datos del último censo (2012) muestran una reducción en las tasas de crecimiento urbano. En los últimos 40 años, la proporción de población que vive en el área urbana pasó de representar menos del 40% (datos del censo de 1976) a ubicarse en un porcentaje cercano al 70% (datos del censo de 2012). Este crecimiento se desaceleró en los últimos años. La tasa de urbanización, definida como la diferencia entre la tasa de crecimiento de la población urbana respecto a la tasa de crecimiento de la población total, se redujo pasando de 0,9 a 0,7 puntos (UDAPE, 2022). El peso de la población rural se mantiene relativamente elevado: 30% respecto a un 11% en América Latina (Banco Mundial, 2022).

La **distribución por sexo** muestra históricamente un equilibro entre hombres y mujeres, con diferencias poco significativas en el tiempo. Si se considera la ratio de sexo[1] de los últimos censos realizados y las proyecciones para los años 2020 y 2050, se muestra un leve cambio proyectado para el año 2050. De acuerdo con los datos actuales, la población masculina es ligeramente mayor a la femenina, aproximadamente 0.7% para 2022. Se proyecta que el año 2050 la población femenina será superior en un porcentaje similar.

La **desagregación por área geográfica** muestra una diferencia clara en la relación de hombres y mujeres. En el caso del área urbana, la población femenina supera en 4% a la población masculina. En el área rural, la población masculina supera a la femenina en 16% (datos de 2020). Las características del área rural, relacionadas con los modos de vida y actividades laborales podrían explicar las diferencias. Las proyecciones para el año 2050, muestran que la población masculina en el área rural sería 25% mayor a la femenina, con una tendencia creciente en el índice de masculinidad rural.

[1] La ratio de sexo se calcula como la proporción entre la población masculina y la población femenina multiplicada por 100.

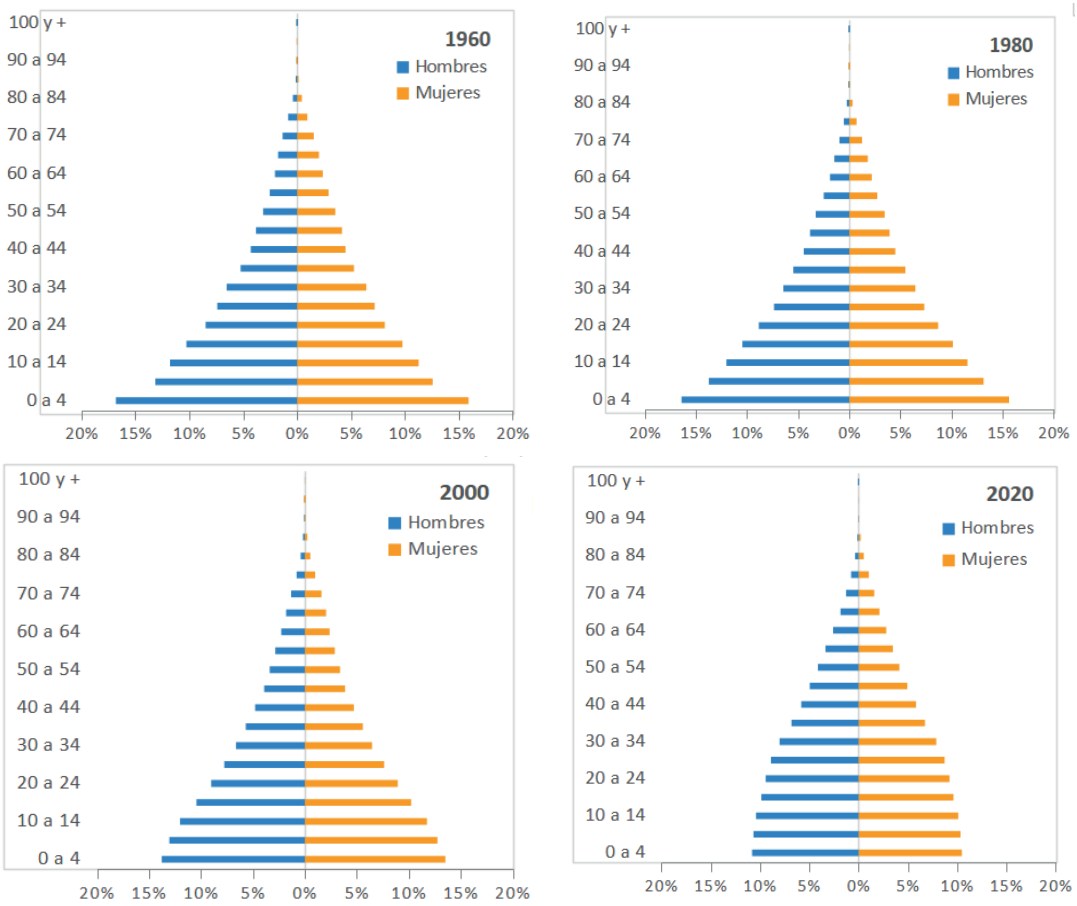
Gráfico 2. Ratio de sexo por año según área geográfica, 1976 a 2050

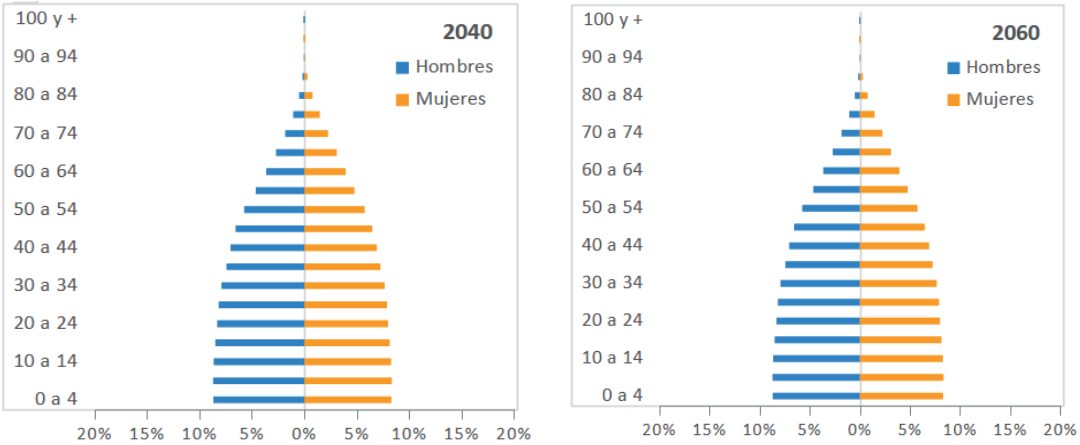


Fuente: CEPAL (2020).

La disminución de la tasa de crecimiento poblacional, las proyecciones de población y la tasa global de fecundidad, sugieren que la estructura poblacional por **grupos de edad** continuará su transformación. El Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) de 2012 mostraba un cambio significativo de la composición poblacional, con una disminución de la participación de la población infantil y un crecimiento de las poblaciones jóvenes y adultas. Esto explica las tendencias previstas en los próximos años.

Gráfico 3. Estructura de la población por sexo y grupos de edad en Bolivia, 1960 a 2060



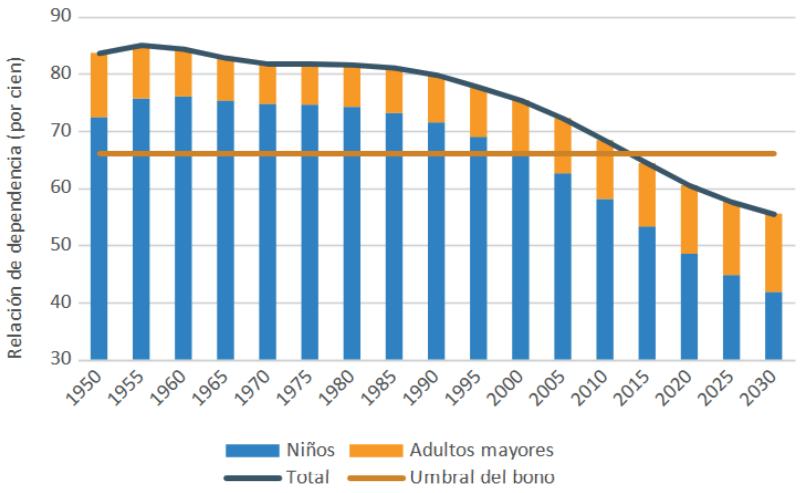


Fuente: Elaboración propia en base a CEPAL (2022).

Las estimaciones para el año 2020 muestran esta tendencia de manera más acentuada. El crecimiento resulta mayor en los grupos de mayor edad, estrechándose aún más la base de la pirámide. Las proyecciones para el año 2060, muestran un cambio total en la estructura, con una base más estrecha en relación a la población joven y adulta.

El bono demográfico se refiere a una transición demográfica en la cual la proporción de personas en edad de trabajar crece de manera más acelerada respecto a la población que, por su edad, resultan económicamente dependientes (niñas, niños y personas adultas mayores). El incremento de la población en edad de trabajar puede, eventualmente, tener impactos favorables sobre el crecimiento económico, aumentando así los niveles de bienestar de la población en su conjunto. Se pueden distinguir tres fases de esta transición (Saad, Miller, & Martínez, 2009). La primera se caracteriza por presentar una tendencia decreciente de la relación de dependencia que se ubica, sin embargo, por encima de dos dependientes por cada tres personas en edad de trabajar. La segunda fase de bono es un período donde se mantiene la tendencia decreciente del índice, pero la ratio de dependencia es menor a dos dependientes. En su tercera fase, la relación de dependencia presenta una tendencia creciente de la relación de dependencia, aunque la razón se mantiene por debajo de dos dependientes por cada tres personas en edad de trabajar. El siguiente gráfico, muestra los datos observados y proyectados de la relación de dependencia.

Gráfico 4. Relación de dependencia por componentes y bono demográfico, 1950 a 2030



Fue

Entre 1950 y 2010 la relación decrece, pero se mantiene por encima de los 66 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar. Alrededor de año 2010 se ingresó en la segunda fase del bono la cual podría durar hasta 2030. En la medida en que se generen las condiciones de salud, educación y empleo adecuadas, el país aún podría aprovechar la ventaja de contar con una población activa que contribuya a solventar los gastos de la población dependiente.

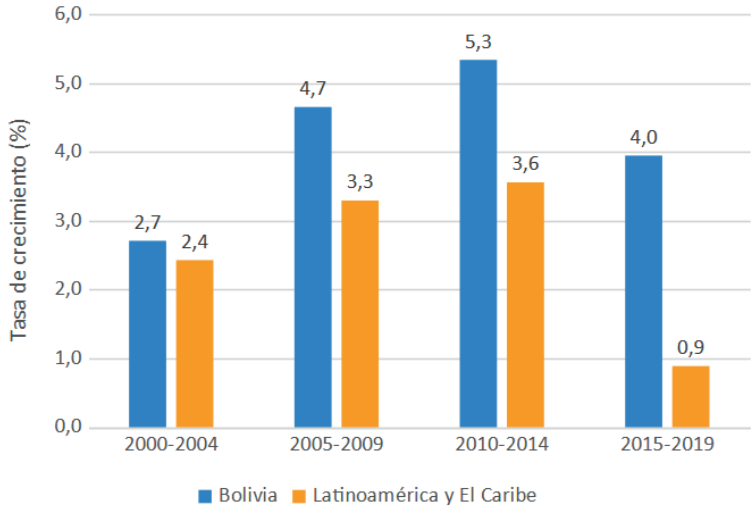
2.2. Contexto económico

Incluso reconociendo los efectos de la pandemia, las medidas de confinamiento y la crisis global de los años recientes, varias condiciones económicas y sociales de la población mejoraron en los últimos veinte años (UNFPA, 2020). En esta sección, se resumen los principales cambios previos a la pandemia.

Mayores ingresos, menor pobreza y desigualdad

Los inusuales incrementos en el crecimiento económico registrados desde la segunda mitad de los años 2000, junto con mayores niveles de igualdad, contribuyeron a reducir la pobreza monetaria. El siguiente gráfico muestra la tasa de crecimiento promedio del PIB para cuatro períodos de cinco años desde 2000 hasta 2019. Los cambios posteriores a la pandemia se ilustran en el capítulo correspondiente a la crisis COVID-19. La tasa promedio de variación quinquenal del crecimiento osciló entre 2,7% en el período 2000 a 2004 y 5,3% en el período 2010 a 2014, situando al país muy por encima del promedio de la región.

Gráfico 5. Tasa de crecimiento promedio del PIB real por períodos de 5 años: Bolivia y América Latina y El Caribe, 2000 a 2019

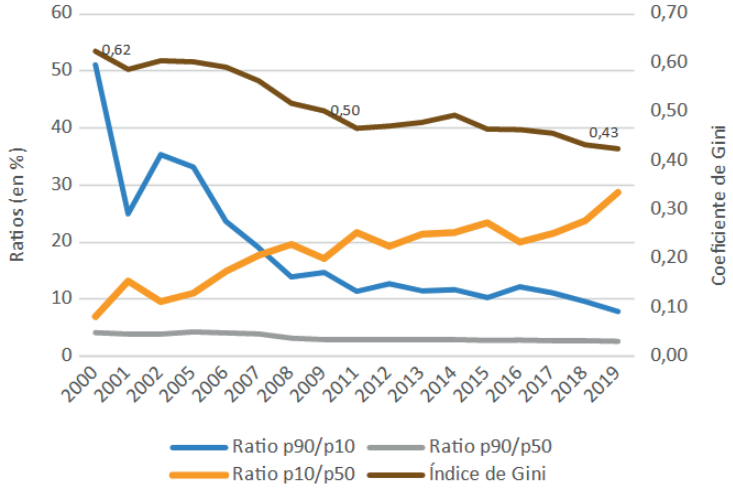


Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en Banco Mundial (2023).

Antes de la pandemia, el crecimiento económico estuvo acompañado de menores niveles de desigualdad de ingresos. La concentración del ingreso, que se mantuvo prácticamente constante antes de 2005, se redujo significativamente hasta 2015. El coeficiente de Gini pasó de 0,62 en 2000 hasta 0,42 en 2019. Desde ese momento, se observa una tendencia al estancamiento en la reducción de la desigualdad.

El siguiente gráfico presenta la evolución de este indicador (eje derecho) e incluye la comparación de los ingresos de distintos grupos de población (eje izquierdo). Se incluye la relación entre los ingresos del percentil 90 (más ricos) respecto a aquellos del percentil 10 (más pobres) y respecto a aquellos que se encuentran en el percentil 50 (que corresponden a la mediana de la distribución). Además, se considera el ingreso de la población de menos ingresos (P10) respecto al ingreso de la población ubicada en la mitad de la distribución (P50).

Gráfico 6. Indicadores de desigualdad, 2000 a 2019



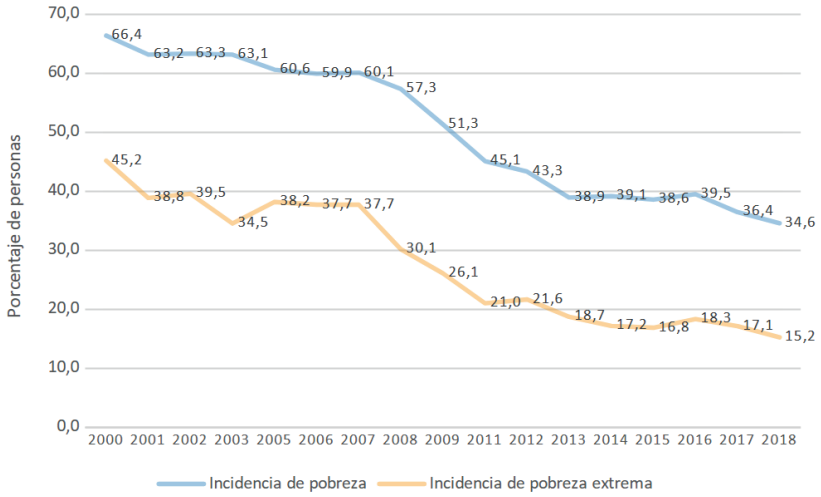
Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en UNFPA (2020).

La proporción del ingreso promedio del quintil más alto (P90) respecto al ingreso del quintil más bajo (P10) que sobrepasaba el 50% a inicios de la década se redujo hasta llegar a un nivel que oscila alrededor del 10% desde 2008. Por un lado, esto sugiere incrementos en los ingresos de la población más pobre, situación que se verifica al compararse con aquellos que recibe el grupo de ingresos medios (P50).

En este caso, se observa un aumento relativo de los ingresos de esta población (P10) que va desde un 8% en 2000 hasta un 34% en 2019. Por otro lado, los ingresos de la población de mayores recursos se redujeron lo que se verifica al observar que pasaron desde un 4,1% en 2000 hasta un 2,6% en 2019.

Como resultado de esta dinámica – mayores ingresos y mejor distribución – los indicadores de pobreza se redujeron drásticamente durante las últimas dos décadas, previas a la crisis COVID-19. En el siguiente gráfico, se presentan las incidencias de pobreza y pobreza extrema para el período 2000 a 2018. Los cálculos oficiales reportan esta serie a partir de la antigua canasta básica. A partir de 2016, el INE calcula los porcentajes con una nueva canasta que, sin embargo, no permite la comparación con la de inicios de 2000.

Gráfico 7. Incidencia de pobreza total e incidencia de pobreza extrema, 2000 a 2018



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: UDAPE (2020).

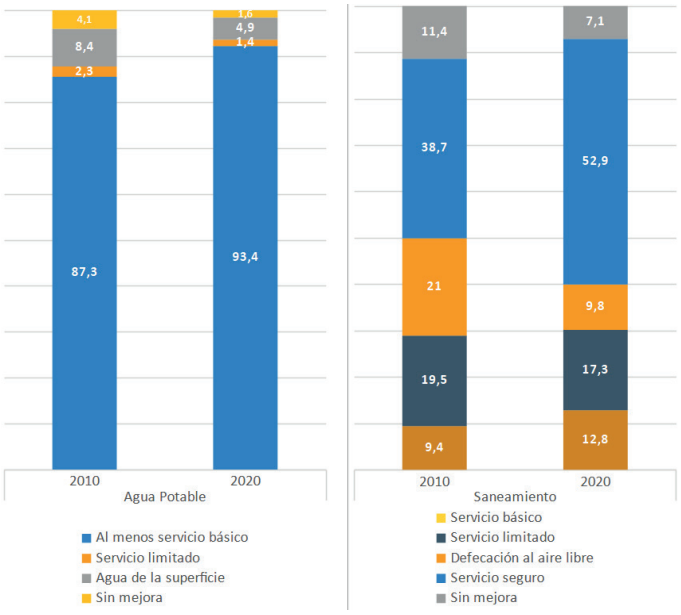
Las caídas en la pobreza están concentradas entre los años 2006 y 2011. A partir de entonces, las reducciones son cada vez menores. Las variaciones en la pobreza extrema resultan más notorias lo que justifica las caídas drásticas en este indicador que pasó desde 45% en 2000 hasta 15% en 2018 (UNFPA, 2020). En el capítulo tres, se analizan las tendencias de ambas variables con mayor detalle considerando el efecto de la crisis de la pandemia y sus posibles repercusiones en 2020 y 2021.

En un contexto laboral caracterizado por elevados porcentajes de trabajadores/as por cuenta propia, microempresarios/as, productores rurales y personas que trabajan sin contratos de largo plazo, la dinámica de la economía se reflejó, sobre todo, en cambios en los ingresos personales y no necesariamente en mejores condiciones de empleo. En el período de auge, los ingresos se elevaron y en el período de ralentización de la economía se contrajeron empeorando los indicadores laborales (Banco Mundial, 2022). Esta situación, sumada a programas específicos de inversión pública y transferencias monetarias, favorecieron las reducciones de la pobreza.

2.3. Oferta de servicios sociales

El acceso a servicios básicos (tales como el agua y el saneamiento) incrementó de manera sostenida mejorando las condiciones de vida de la población. Ya en 2010, la cobertura de servicio básico de agua sobrepasaba el 85%. En cambio, el porcentaje de población con acceso a soluciones de saneamiento básico no pasaba del 60%, probablemente, por los elevados costos de instalación en las áreas rurales donde las coberturas son más bajas.

Gráfico 8. Cobertura de servicios básicos, 2010 y 2020



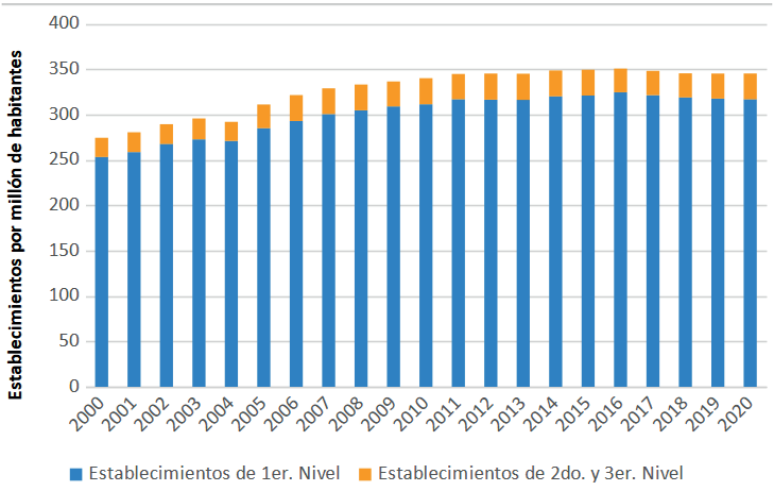
Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: UNICEF (2021).

Se observa un aumento en la provisión de servicio seguro de saneamiento, que se refiere a la utilización de instalaciones mejoradas que no se comparten con otros hogares y en las que los desechos se eliminan de forma segura *in situ* o se retiran y tratan fuera del lugar. En un decenio, esta provisión se ha incrementado desde 38,7% (2010) hasta 52,9% (2020) lo que equivale a algo más de 14 puntos porcentuales. La provisión de servicios básicos (no compartidos con otros hogares) pasó desde 9,4% (2010) hasta 12,8% (2020) lo que representa un aumento de 3,5 puntos porcentuales.

La extensión de las **redes camineras**, incluyendo la fundamental, las departamentales y los caminos vecinales, permitió generar mayor dinamismo económico en todo el territorio del país. La longitud de caminos carreteros de la red fundamental, departamental y municipal se triplicó en menos de veinte años pasando de más de 56 mil kilómetros hasta más de 191 mil kilómetros de extensión. Más del 42% de la red fundamental se encontraba pavimentada en 2018 (UNFPA, 2020).

Una mayor **oferta de salud** genera oportunidades para mejorar las condiciones de bienestar de la población de manera sostenible. Incluso permaneciendo por debajo de los promedios regionales en algunos casos, los incrementos en el número de establecimientos de salud, en el número de camas en hospitales y en la cantidad de personal médico y paramédico sugieren una mejora en la capacidad de respuesta del sistema de salud. El siguiente gráfico muestra el número de establecimientos de salud por millón de habitantes.

Gráfico 9. Número de establecimientos por millón de habitantes, 2000 a 2020



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: UDAPE (2022).

En este período, el número total de establecimientos (que incluye a los de primer, segundo y tercer nivel) creció aproximadamente en 25%. Esto supone haber pasado desde 274 establecimientos por millón de habitantes en 2000 hasta el valor de 346 establecimientos para 2020. La comparación con datos de 2021 muestra que Perú[2] cuenta con 245 establecimientos por millón de habitantes y Argentina[3] con 382.

Además de otros recursos, el número de camas hospitalarias y la cantidad de personal condicionan el funcionamiento de los establecimientos en salud. El número de camas hospitalarias por mil habitantes se incrementó desde un valor cercano a 1,1 en 2006 hasta un valor de 1,3 en 2019 (INE, 2022). A pesar del aumento, este valor se mantiene por debajo del promedio de América Latina de 2,3 (Banco Mundial, 2022).

No se cuenta con información sistematizada sobre la cantidad de personal médico y paramédico. El ASP de 2020 (UNFPA, 2020) menciona que, en 2019, se contaba con algo más de 17.700 médicos/as y algo más de 18.800 enfermeros/as lo que equivale a contar con 15 médicos/as por 10.000 habitantes y 16 enfermeros/as por 10.000 habitantes. Ambos valores se encuentran por debajo de la norma de la OPS que indica que se debería contar, en cada categoría, con 23 profesionales en salud como valor mínimo.

El hecho de que la población infantil y adolescente alcance elevados niveles de asistencia escolar desde inicios de la década plantea nuevos desafíos a la **oferta educativa**. Datos

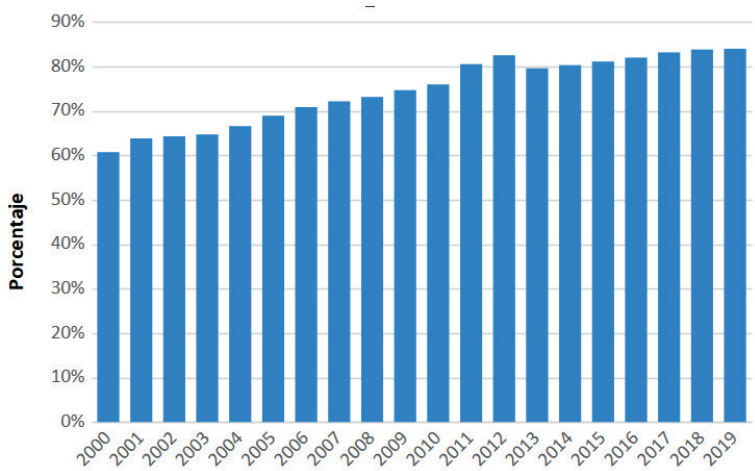
[2] Estimaciones a partir de (Naciones Unidas, 2021) y (Plataforma Nacional de Datos Abiertos, 2021).
[3] Estimaciones a partir de (Naciones Unidas, 2021) y (Ministerio de Salud, 2021).

del INE muestran que las tasas de asistencia escolar calculadas con Encuestas de Hogares superan el 90% desde 2000. No existen variaciones significativas entre poblaciones de áreas urbanas y rurales ni tampoco entre hombres y mujeres.

En este contexto, el ASP 2020 sugiere que existe una mayor diversidad en la oferta escolar expresada en una mayor oferta sobre todo de educación inicial y secundaria. Por ejemplo, el número de establecimientos educativos que ofrece educación secundaria pasó de representar un 10% en 2000 a representar un 13% en 2018. Al mismo tiempo, es mayor el número de establecimientos que ofrecen, a la vez, educación primaria y educación inicial.

A una mayor diversidad de la oferta, se añade una mejor composición de los/las docentes de acuerdo con su nivel de formación. El porcentaje de profesores/as con formación completa se incrementó desde algo más del 60% en 2000 hasta más del 80% en 2019. En la medida en que estos incrementos reflejen la capacidad de abarcar los contenidos curriculares de manera efectiva, podrían derivar en mayores niveles de aprendizaje para los niños/as y adolescentes.

Gráfico 10. Porcentaje de docentes pertinentes, 2000 a 2019



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: UNFPA (2020).

Entre los aspectos menos explorados se encuentra la disponibilidad de ofertas educativas para adolescentes y jóvenes y para poblaciones con discapacidades. En el primer caso, se observan aumentos regulares en la población universitaria pero también incrementos en la población que accede a centros de formación técnica (centros de educación alternativa en el área rural e institutos, sobre todo en el área urbana). En el caso de las personas con discapacidades, se cuenta con una oferta expresada en los centros de educación especial cuyo número aumentó en los últimos años.

2.4. Marco institucional

El conjunto de mejoras fue acompañado de **reformas políticas e institucionales** que generaron espacios de mayor participación política entre grupos tradicionalmente excluidos o más dejados atrás (tales como organizaciones indígenas o grupos sindicales) y derivaron en un rol prometedor de los gobiernos subnacionales (incluidas las entidades autónomas originarias). La habilitación de estos espacios políticos abre posibilidades para una gestión más armónica del desarrollo (UNFPA, 2020). Entre las normas de mayor trascendencia de los últimos años se puede citar:

- La Constitución Política del Estado (CPE) que, además de definir una serie de derechos para mejorar la vida de las personas, remarca la importancia de la sociedad civil organizada en el diseño de políticas públicas.
- La Ley Marco de Autonomías y Descentralización (2010) con la cual el país completa los planteamientos de las leyes de descentralización y autonomías de los años noventa al definir cuatro espacios (nacional, departamental, municipal y territorios indígenas) para la definición de políticas.
- La definición del modelo de Salud Familiar Comunitaria Integral (SAFCI) que reconoce la importancia de la gestión participativa y el rol de las diferencias culturales.
- La Ley N.º 070 de la Educación "Avelino Siñani - Elizardo Pérez" que rescata el derecho de las poblaciones más excluidas en términos de educación y, al mismo tiempo, plantea la conexión entre los conocimientos ancestrales y la ciencia.
- Como normas que aprueban transferencias de recursos a través de bonos a poblaciones vulnerables destacan el Decreto Supremo N.º 28899, que instituye el "Bono Juancito Pinto" como un subsidio de incentivo a la permanencia escolar, la Ley N.º 3791 que establece la renta universal de vejez (Renta Dignidad) dentro del régimen de seguridad social no contributivo y el D.S N.º 66 que instituye el Bono Madre Niño - Niña "Juana Azurduy" como incentivo para la maternidad segura y el desarrollo integral de la población infantil.
- Los cambios en normas laborales para proteger a los trabajadores y a los sistemas cooperativos, reflejados en leyes como la N.º 1468 que ratifica la protección a la estabilidad laboral y los derechos de las trabajadoras y los trabajadores o el D.S N.º 107 que garantiza el cumplimiento de la legislación laboral y el goce pleno de los derechos laborales.
- Las modificaciones a normas existentes (por ejemplo, la Ley del Instituto Nacional de Reforma Agraria, INRA) y la promulgación de una variedad de normas para promover la equidad de género y reducir la violencia contra la mujer y contra poblaciones vulnerables (por ejemplo, la ley N.º 045 contra el racismo y toda forma de discriminación, la ley contra el acoso y violencia política hacia las mujeres, la ley N.º 348 para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia o la Ley de Identidad de Género).
- La Ley N.º 1152 que 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.

A pesar de contar con este marco normativo, los desafíos en términos de implementación permanecen constantes. Por un lado, aún existe un margen importante para la definición de programas y proyectos que hagan operativos los lineamientos planteados en las leyes, políticas y planes.

Por otro lado, la participación efectiva de los principales actores en el seguimiento, evaluación y eventual reformulación de los planes no siempre es posible por la reducida participación de grupos específicos en estos procesos (por ejemplo, migrantes vulnerables, personas con discapacidad o población adulta mayor), por la diversidad de organizaciones que se atribuyen su representatividad o por conflictos políticos que impiden distinguir si los ajustes propuestos se deben a la voluntad real por mejorar la vida de las personas o a intereses coyunturales.

2.5. Logros

El contexto favorable, la mejora en las condiciones de acceso a diferentes servicios, el reconocimiento de la participación y la implementación de programas específicos permitieron alcanzar resultados importantes en diversos ámbitos de bienestar. El caso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que definen los acuerdos globales y

los compromisos del país en el contexto internacional entre los 2000 y 2015 resume algunos de los logros más importantes en términos de mejorar las condiciones de vida de la población en un período relativamente largo.

Tabla 2. Resumen del avance de los indicadores ODM en Bolivia al 2015

Objetivo/indicador	Línea de base	Dato 2015	Meta 2015	Cambio observado	Cambio previsto	Cumplimiento
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre						
Porcentaje de la población en pobreza extrema	41,2	17,3	24,1	-58%	-42%	140%
Porcentaje de niños menores de 3 años con desnutrición crónica	41,7	18,5	21,0	-56%	-50%	112%
Porcentaje de niños menores de 3 años con desnutrición global	8,3	3,6	4,1	-57%	-51%	112%
Objetivo 2: Lograr la educación primaria universal						
Tasa de término a 6° de primaria	69,1	90,7	100,0	31%	45%	70%
Tasa de alfabetismo de la población de 15 a 24 años	97,4	99,4	100,0	2%	3%	77%
Objetivo 3: Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer						
Brecha de género en la tasa de término a 6° de primaria	9,7	0,9	0,0	-91%	-100%	91%
Brecha de género en la tasa de término a 6° de secundaria	3,2	-6,4	0,0	-300%	-100%	300%
Ratio de mujeres a hombres alfabetos en la población de 15 a 24 años	1,0	1,0	1,0	2%	2%	75%
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años						
Tasa de mortalidad de la niñez (por mil nacidos vivos)	129,4	56,0	43,1	-57%	-67%	85%
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	81,9	44,0	27,3	-46%	-67%	69%
Cobertura de vacunación con tercera dosis de Pentavalente en menores de un año (%)	68,0	86,0	95,0	26%	40%	67%
Objetivo 5: Mejorar la salud materna						
Razón de mortalidad materna (por cien mil nacidos vivos)	416,0	229,0	104,0	-45%	-75%	60%
Cobertura de parto institucional (%)	33,0	76,2	70,0	131%	112%	117%
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades						
Prevalencia del SIDA (por millón de habitantes)	2,3	116,0	85,0	4943%	3596%	137%
Índice de parasitosis anual (IPA) de la malaria (por mil habitantes)	7,5	1,6	20,0	-79%	167%	-47%

Objetivo/indicador	Línea de base	Dato 2015	Meta 2015	Cambio observado	Cambio previsto	Cumplimiento
Porcentaje de municipios con tasa de infestación de Chagas mayor a 3%	56,0	29,8	0,0	-47%	-100%	47%
Porcentaje de pacientes con tuberculosis curados del total de pacientes notificados	71,2	84,4	95,0	19%	33%	55%
Objetivo 7: garantizar la sostenibilidad del medio ambiente						
Superficie nacional ocupada por áreas protegidas (millones de hectáreas)	16,8	17,1	17,2	2%	2%	75%
Consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (t. PAO)	80,3	0,0	0,0	-100%	-100%	100%
Porcentaje de la población con acceso sostenible a agua potable	57,5	83,9	78,5	46%	37%	126%
Porcentaje de la población con acceso a servicios de saneamiento básico	28,0	56,1	64,0	100%	129%	78%

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: UDAPE (2015).

Las metas referidas a reducción de la pobreza extrema, equidad de género, superficie de áreas protegidas y cobertura de agua potable fueron cumplidas. En cambio, restan desafíos en términos de reducir la mortalidad infantil, reducir la mortalidad materna, elevar las coberturas de vacunación y disminuir el peso de enfermedades endémicas (como el VIH-SIDA, la tuberculosis o Chagas)[4].

Probablemente uno de los mayores aportes de la agenda ODM tenga que ver con la posibilidad de alinear los esfuerzos de diferentes actores institucionales (globales, nacionales y locales) hacia objetivos comunes. La actual agenda de los ODS (https://bolivia.un.org/es/sdgs) rescata este principio y amplía los desafíos en varios aspectos. Por un lado, plantea metas más ambiciosas en lo referido, por ejemplo, a la erradicación de la pobreza extrema. Por otro, introduce nuevos temas en la agenda para los cuales se requiere la participación de un mayor número de actores, de un incremento del financiamiento para el desarrollo y mejores capacidades de gestión. Algunos de estos tienen que ver con: la reducción de la desigualdad, la calidad de la educación, la renovación industrial, el empleo decente y la construcción de instituciones para la paz global (Peláez, 2021).

El avance hacia el cumplimiento de los ODS se resume en la siguiente tabla donde se encuentran los indicadores disponibles para el país ordenados por cada uno de los 17 objetivos. Se incluye la línea de base (alrededor de 2015) y el dato más reciente a partir del informe voluntario elaborado por el país en 2022. Hay que notar que una parte importante de los indicadores referidos a salud provienen de la Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) que se realizó en 2016 por última vez. En temas específicos como la violencia contra la mujer, la información proviene de la Encuesta de Prevalencia y Características de la Violencia contra la Mujer realizada también en 2016 y para la cual no existe punto de comparación en el tiempo. La ausencia de datos impide verificar cambios recientes en varios indicadores referidos a esta temática.

[4] Una revisión del cumplimiento de las metas se encuentra en el último reporte de los ODM elaborado por el Comité Interministerial de Seguimiento a las Metas del Milenio (CIMDM; UDAPE, 2015)

Tabla 3. Resumen del avance de los indicadores ODS en Bolivia al 2022

Indicador	Línea base	Dato actual	Cambio
Objetivo 1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo			
Proporción de la población que vive por debajo del umbral nacional de pobreza extrema	19,0 (2016)	13,7 (2020)	-27,9%
Proporción de la población que vive por debajo del umbral nacional de pobreza moderada	43,0 (2016)	39,0 (2020)	-9,3%
Objetivo 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible			
Porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición crónica	16,0 (2016)	16,0 (2016)	nd
Porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición aguda	1,9 (2016)	1,9 (2016)	nd
Rendimiento de los principales cultivos (kilogramos por hectárea):	(2015)	(2020)	
- Papa	5.986	7.224	20,7%
- Maíz	2.393	2.258	-5,6%
- Quinua	623	605	-2,9%
- Trigo	1.721	1.522	-11.6%
- Haba	1.406	1.498	6,5%
- Cebolla	10.958	12.149	10,87%
- Tomate	13.803	15.537	12,6%
- Banano	14.856	15.051	1,3%
Superficie cultivada (millones de hectáreas)	3,6 (2015)	3,9 (2020)	8,3%
Producción agrícola (millones de toneladas métricas)	17.1 (2015)	20,2 (2020)	18,1%
Cantidad total de accesiones caracterizadas fenotípicamente (miles de accesiones)	11,2 (2015)	19,8 (2020)	76,8%
Objetivo 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades			
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	87,5 (2015)	80,6 (2019)	-7,9%
Tasa de Mortalidad de la Niñez (Por 1.000 nacidos vivos)	29,0 (2016)	29,0 (2016)	nd
Tasa de Mortalidad Infantil (Por 1.000 nacidos vivos)	24,0 (2016)	22,4 (2020)	-6,7%
Tasa de Mortalidad Neonatal (Por 1.000 nacidos vivos)	15,0 (2016)	15,0 (2016)	nd
Incidencia de VIH/SIDA (Por mil habitantes)	0,124 (2015)	0,112 (2020)	-9,7%
Tasa de Incidencia de Tuberculosis (Por 100.000 habitantes)	72,3 (2015)	65,1 (2019)	-10,0%
Índice Parasitario Anual (IPA) (Por 1.000 habitantes)	1,52 (2015)	2,68 (2020)	76,3%
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que usan algún método anticonceptivo moderno	32,4 (2016)	32,4 (2016)	nd
Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres)	71,0 (2016)	71,0 (2016)	nd

Indicador	Línea base	Dato actual	Cambio
Tasa de embarazo en adolescentes[5] (En Porcentaje)	14,8 (2016)	14,8 (2016)	nd
Densidad de recursos humanos en salud por cada 10.000 habitantes	20,9 (2015)	25,0 (2019)	19,6%
Objetivo 4: Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos			
Tasa de asistencia de educación regular de 4 a 17 años	86,0 (2015)	90,8 (2019)	5,6%
Tasa de abandono escolar de 4 a 17 años	3,1 (2015)	2,6 (2019)	-16,1%
Tasa de abandono del nivel inicial	4,4 (2015)	3,2 (2019)	-27,3%
Tasa de participación en la enseñanza organizada (un año antes de la edad oficial de ingreso en la enseñanza primaria)	85,0 (2015)	93,3 (2020)	9,8%
Tasa de matriculación en la educación superior, población de 19 a 23 años	35,4 (2015)	43,6 (2020)	23,2%
Proporción de la población de 19 a 23 años con más de 12 años de estudio	34,5 (2015)	41,8 (2020)	21,2%
Personas matriculadas con 15 o más años de edad en educación alternativa técnica	71.147 (2015)	98.100 (2020)	37,9%
Porcentaje de la población joven y adulta que utiliza teléfono celular	83,1 (2015)	86,6 (2020)	4,2%
Porcentaje de la población joven y adulta que utiliza computadora	36,8 (2015)	29,9 (2020)	-18,8%
Porcentaje de la población joven y adulta que utiliza internet	38,9 (2015)	62,6 (2020)	60,9%
Objetivo 5: Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas			
Porcentaje de mujeres casadas o en unión libre que han vivido o viven en situaciones de violencia en su relación de pareja	44,4 (2016)	44,4 (2016)	nd
Porcentaje de mujeres de 15 años o más de edad que ha vivido algún tipo de violencia en el ámbito social	42,9 (2016)	42,9 (2016)	nd
Porcentaje de mujeres de 15 años o más de edad que ha vivido algún tipo de violencia en el ámbito educativo	64,7 (2016)	64,7 (2016)	nd
Porcentaje de mujeres de 15 años o más de edad que ha vivido algún tipo de violencia en el ámbito laboral	61,3 (2016)	61,3 (2016)	nd
Porcentaje de mujeres electas a la Asamblea Legislativa Plurinacional (ALP)	47,0 (2014)	48,8 (2020)	3,8%
Porcentaje de autoridades del Órgano Judicial que son mujeres	50,0 (2011)	46,0 (2017)	-8,0%
Porcentaje de mujeres electas a la Asambleas Legislativas Departamentales	45,0 (2015)	45,0 (2017)	0,0%
Porcentaje de mujeres electas en concejos Municipales.	51,1 (2015)	51,1 (2017)	0,0%
Proporción de mujeres en cargos directivos	34,5 (2015)	30,9 (2020)	-10,4%
Proporción de mujeres propietarias de la tierra (En porcentaje)	46,7 (2015)	47,3 (2020)	1,3%

[5] Dato calculado en base a la ENDSA. Según la fuente oficial, el numerador corresponde al número de adolescentes de 15 a 19 años alguna vez embarazadas, sobre el total de adolescentes de 15 a 19 años (INE, 2018).

Indicador	Línea base	Dato actual	Cambio
Objetivo 6: Garantizar la disponibilidad y la gestión del agua y el saneamiento para todos			
Porcentaje de población con acceso a fuentes mejoradas de agua	84,7 (2015)	86,8 (2020)	2,5%
Porcentaje de población con acceso a saneamiento básico	57,1 (2015)	62,5 (2020)	9,5%
Porcentaje de puntos de monitoreo con calidad hídrica buena	54,0 (2015)	55,0 (2020)	1,9%
Objetivo 7: Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna			
Cobertura del servicio básico de electricidad	88,0 (2015)	93,7 (2020)	6,5%
Porcentaje de potencia instalada con hidroeléctricas	25,0 (2015)	24,0 (2020)	-4,0%
Porcentaje de potencia instalada con energías alternativas	2,0 (2015)	6,0 (2020)	200,0%
Potencia instalada en el Sistema Interconectado Nacional (SIN)	1.924 MW (2015)	3.117 (2020)	62,0%
Líneas de transmisión extendidas	4.089 Km (2015)	5.859 (2018)	43,3%
Objetivo 8: Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos			
Tasa de crecimiento del PIB Real per cápita (En porcentaje)	3,3 (2015)	0,8 (2019)	-75,8%
Tasa de desocupación (En porcentaje)	4,4 (2015)	10,8 (2020)	145,5%
Porcentaje de municipios con atención de servicios financieros	46,0 (2015)	75,5 (2020)	64,1%
Objetivo 9: Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación			
Kilómetros de carreteras y puentes construidos vinculados a la Red Vial Fundamental	3.125 km (2015)	6.120,3 km (2020)	95,8%
Producto Interno Bruto – PIB del sector agropecuario y agroindustrial (En millones de dólares)	5.191 (2015)	7.375 (2020)	42,1%
Porcentaje de participación de la industria manufacturera en el PIB	10,2 (2015)	10,5 (2020)	2,9%
Valor Bruto de Producción de las MyPES de la Industria Manufacturera (En millones de dólares)	2.473 (2015)	3.111 (2018)	25,8%
Número de Pequeñas y Medianas Empresas (PyMEs) que acceden a financiamiento	6.677 (2015)	4.693 (2019)	-29,7%
Número de Micro y Pequeñas Empresas (MyPEs) que acceden a financiamiento	304.479 (2015)	516.254 (2019)	69,6%
Cumplimiento al nivel mínimo de Cartera Banco PYME (En porcentaje)	39,6 (2015)	56,9 (2020)	43,7%
Porcentaje de localidades con población mayor a 50 habitantes, con servicio de comunicación telefónica	46,1 (2015)	81,5 (2020)	76,8%
Porcentaje de localidades con población mayor a 50 habitantes, con servicio de Internet	33,2 (2015	53,5 (2020)	61,1%
Objetivo 10: Reducir la desigualdad en los países y entre ellos			
Coeficiente de Gini	0,46 (2016)	0,45 (2020)	-2,2%

Indicador	Línea base	Dato actual	Cambio
Porcentaje de población en estrato de ingresos medios	53,5 (2016)	56,9 (2020)	6,4%
Coeficiente de Adecuación Patrimonial (CAP) (En porcentaje)	13,0 (2015)	13,1 (2020)	0,8%
Índice de Mora del Sistema de Intermediación Financiera (En porcentaje)	1,5 (2015)	1,5 (2020)	0,0%
Objetivo 11: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles			
Déficit habitacional	48,9 (2015)	45,2 (2019)	-7,6%
Porcentaje de hogares con vivienda propia	67,3 (2015)	63,4 (2019)	-5,8%
Porcentaje de hogares con viviendas inadecuadas	17,2 (2015)	17,5 (2019)	1,7%
Porcentaje de municipios de la Red MoniCA que no superan el Índice de Contaminación Atmosférica (ICA) = 300 Riesgo Muy Alto	22,0 (2015)	30,0 (2017)	36,4%
Objetivo 15. Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar sosteniblemente los bosques, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y detener la pérdida de biodiversidad			
Ratio de deforestación ilegal respecto a la deforestación total (En porcentaje)	64,6 (2015)	53,9 (2020)	-16,6%
Superficie forestada y reforestada (Ha)	63.330 (2015)	96.343 (2020)	52,1%
Objetivo 16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas			
Tasa de prevalencia delictiva (En porcentaje)	9,5 (2016)	7,8 (2019)	-17,9%
Percepción de inseguridad (En porcentaje)	50,7 (2016)	30,2 (2019)	-40,4%
Tasa de denuncias por delitos de violencia familiar y doméstica (Por cada 100.000 habitantes)	309,7 (2015)	256,1 (2020)	-17,3%
Tasa de denuncias de trata de personas (Por cada 100.000 personas)	3,4 (2015)	2,6 (2020)	-23,5%
Tasa de denuncia de tráfico de personas y delitos conexos (Por cada 100.000 personas)	0,49 (2015)	1,26 (2020)	157,1%
Porcentaje de causas resueltas	53,6 (2015)	48,5 (2019)	-9,5%
Porcentaje de privados de libertad con sentencia ejecutoriada	32,5 (2019)	35,9 (2021)	10,5%
Cantidad de entidades públicas que rinden cuentas	492 (2015)	460 (2018)	-6,5%
Ingresos totales del Gobierno General como proporción del PIB	36,1 (2015)	22,1 (2020)	-38,8%
Proporción del presupuesto nacional financiado por impuestos internos	22,0 (2015)	26,1 (2020)	18,6%
Inversión extranjera directa en proporción al PIB	3,5 (2015)	0,6 (2020)	-82,9%
Volumen de remesas en proporción al PIB	3,5 (2016)	2,9 (2020)	-17,1%

Indicador	Línea base	Dato actual	Cambio
Servicio de la deuda externa pública en proporción a las exportaciones de bienes y servicios	5,4 (2015)	10,8 (2020)	100,0%
Número de instrumentos internacionales[4], bilaterales, suscritos en materia de ciencia y tecnología.	14 (2016)	13 (2019)	7,7%
Número de programas de asistencia técnica ejecutados en el marco de la cooperación Sur – Sur.	5 (2016)	9 (2020)	80,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de Estado Plurinacional de Bolivia (2021).

2.6. Desafíos

Como lo señala el ASP (UNFPA, 2020), los avances observados resultan insuficientes para sobreponer una serie de **condicionantes estructurales** que impiden consolidar el desarrollo del país. En el ámbito económico, la dependencia de la economía al precio de recursos no renovables sugiere una débil estructura productiva que impide la generación de empleo e ingresos sostenibles para la población. Las caídas de ingresos monetarios, la paralización de la pobreza y el estancamiento de la desigualdad de los últimos años sugieren, por un lado, la necesidad de mejorar la productividad de la economía en su conjunto y, por otro, la importancia de conectar el crecimiento a una mayor diversidad de actores y sectores económicos.

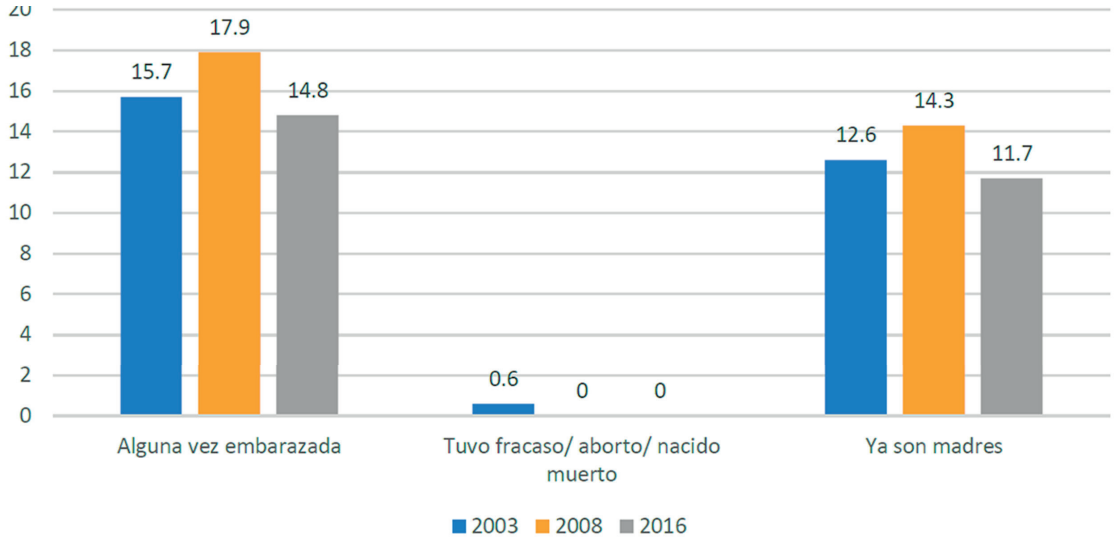
En el ámbito social, la persistencia de brechas entre grandes colectivos de población, la violencia en diferentes manifestaciones o la transgresión recurrente de derechos de grupos particularmente vulnerables o más dejados atrás condicionan el desarrollo pleno de la sociedad. Dentro de este plano, se inscriben los problemas que se describen a continuación.

La **desigualdad de género** en el ámbito económico, que se refleja en reducidas oportunidades laborales y en peores condiciones de empleo, pospone el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres. Como lo demuestra el Análisis de Situación de la Población realizado en 2020 (UNFPA, 2020), si bien se observan aumentos en la tasa de participación femenina durante los últimos 20 años, esta sigue por detrás de la tasa masculina con una diferencia de más de 15 puntos porcentuales. El mismo documento muestra que el empleo precario (o sin remuneración) entre las mujeres resulta mayor en 10 puntos al de los varones y la tasa de subocupación femenina supera la masculina en más de 10 puntos. Por tanto, no sorprende que los ingresos promedio de las mujeres lleguen a penas al 50% del que reciben los hombres. El hecho que la brecha de ingresos resulte mayor en el grupo de población con mayores niveles de instrucción (llegando a representar el 75%) sugiere discriminación en el mercado de trabajo. Los incrementos en el acceso de las mujeres rurales a tierras constituyen una oportunidad para superar su desventaja económica. Sin embargo, no aseguran el uso productivo de este recurso para lo cual se requiere, además, de asistencia técnica, disponibilidad de tecnología y una suerte de "reconocimiento social" del rol de la mujer en la economía.

La vulneración de los derechos de las mujeres se hace aún más evidente en las **prácticas nocivas** contra mujeres y niñas. Estas se reflejan en elevados niveles de violencia y en una mayor probabilidad de que niñas y adolescentes estén expuestas a "uniones tempranas" o cursen embarazos tempranos. En el primer caso, Bolivia se encuentra entre los países más violentos de la región. Alrededor del 70% de mujeres de 15 años o más envueltas en alguna relación declaró haber sido víctima de algún tipo de violencia (física, psicológica o sexual). En el ámbito público (social, educativo o laboral), un porcentaje que varía entre 65% y 78% de las mujeres fueron víctimas de violencia (UNFPA, 2020). En el segundo

caso, el porcentaje de mujeres en situación de uniones forzadas podría llegar hasta el 21,7%, porcentaje que resulta de considerar el 4,2% de las mujeres mayores a 15 años que vive bajo una situación conyugal obligada y el 17,5% que se encuentra en unión por embarazo (UNFPA, 2020) (p.88). Entre las niñas y adolescentes el embarazo precoz bordea el 16% (EDSA, 2016), un nivel relativamente alto si se considera que más del 90% dice conocer algún método anticonceptivo.

Gráfico 11. Proporción de adolescentes de 15 a 19 años que ya son madres o están embarazadas por primera vez, 2003, 2008 y 2016

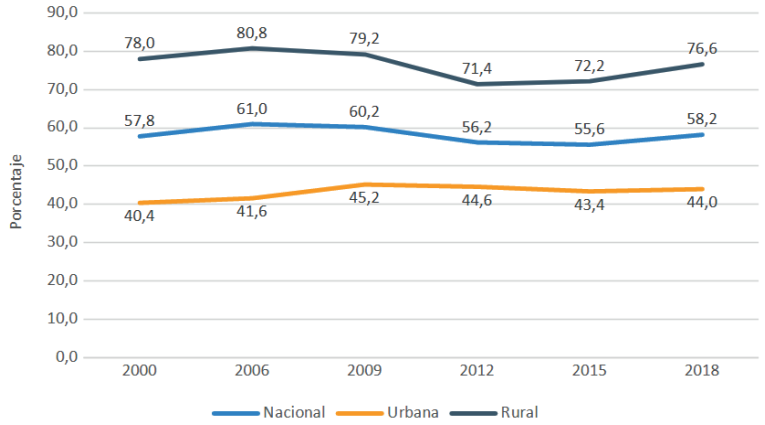


Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: UNFPA (2020). Datos calculados en base a Encuestas de Demografía y Salud. El indicador corresponde al número de adolescentes de 15 a 19 años alguna vez embarazadas respecto al total de adolescentes de 15 a 19 años (INE, 2018).

Los **derechos de niños, niñas y adolescentes** siguen siendo vulnerados incluso con un marco legal más estricto. Si bien los niveles de pobreza monetaria bajaron y la asistencia escolar bordea el 90%, esta población aún se encuentra expuesta a riesgos físicos, psicológicos y de exclusión social. Por ejemplo, más de un cuarto de la población comprendida entre los 5 y 17 años trabaja. Aunque esto podría corresponder a una práctica cotidiana en el área rural, el trabajo infantil sigue siendo frecuente en el área urbana. Los perjuicios asociados al trabajo infantil resultan mayores entre niños/as y adolescentes que se encuentren en el sector "cuenta propia/ no asalariado" y entre aquellos que realizan trabajos peligrosos. Otro riesgo latente tiene que ver con el fenómeno de la trata y tráfico de personas. Los datos disponibles sugieren que las mujeres jóvenes podrían ser las principales víctimas de este delito para fines de trabajo y explotación sexual. Sin embargo, este delito no excluye del riesgo a la población masculina que también es utilizada con fines de explotación laboral.

Respecto a las **personas mayores**, aproximadamente un 93% de la población adulta mayor recibe la Renta Dignidad como parte del esquema de transferencias monetarias no condicionadas vigentes desde mediados de los años noventa. Además, el acceso a establecimientos de salud se incrementó hasta un 70% casi sin diferencias entre poblaciones urbanas y rurales. A pesar de estos logros, el hecho de que el 58% de las personas mayores a 65 años continúe trabajando y lo hagan principalmente en el sector "cuenta propia" o no asalariado (aquél de peores condiciones laborales) constituye una muestra de las necesidades económicas de esta población y de sus familias.

Gráfico 12. Tasa global de participación de los adultos mayores, 2000 a 2018



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: UNFPA (2020).

La **exclusión de las personas con discapacidad** se manifiesta de diferentes maneras y tiene múltiples factores causales[6]. Una reducida participación en las actividades laborales (20 puntos por debajo de aquella que registran las personas sin discapacidad) y una tasa de asistencia escolar muy por debajo del promedio nacional (20 puntos por debajo de la tasa registrada entre la población sin discapacidad) resumen de manera clara esta realidad. El hecho de que las personas adultas mayores representen la mitad de este grupo poblacional sugiere que estas enfrentan una doble desventaja y, por tanto, requerirían una atención prioritaria en términos de protección social. A estas restricciones, que pueden ser aproximadas con datos de encuestas de hogares, se le suma una adicional que tiene que ver con la ausencia de una fuente de información confiable que permita establecer a ciencia cierta cuántas personas pueden ser clasificadas realmente como "personas con discapacidad". El no contar con un registro sistemático actualizado impide, entre otros aspectos, contar con programas integrales que aborden la realidad de esta población.

Las **brechas persistentes entre poblaciones indígenas y no indígenas** reflejan la incapacidad de los sistemas formales de empleo y de provisión de servicios sociales para adecuarse a la diversidad cultural del país. A pesar de los avances sostenidos en términos de reducción de la pobreza monetaria, mediciones de pobreza multidimensional que incorporan, entre otros, aspectos referidos al acceso a educación y salud muestran desventajas sistemáticas en contra de la población que se auto identifica como indígena. El hecho de que las brechas de ingresos entre uno y otro grupo se reduzcan a mayores niveles de educación sugiere el potencial de este activo para facilitar la integración social.

Un aspecto que debe destacarse tiene que ver con la diversidad al interior del colectivo indígena, que está conformado mayoritariamente por tres grupos étnicos (quechua, aimara y guaraní) que se integran de manera relativamente armónica en las regiones donde se residen, en contraposición a la diversidad de pueblos indígenas que se encuentran, principalmente, en el oriente del país. Estas poblaciones tienden a ser invisibilizadas en los promedios nacionales y regionales (UNFPA, 2020).

Las **condiciones de salud**, en particular, aquellas relacionadas con la salud sexual y reproductiva guardan estrecha relación con el perfil demográfico de la población al incidir de manera directa en la natalidad y la mortalidad de las personas. El ASP (2020) resalta los siguientes aspectos:

[6] UNFPA menciona que algunos grupos se enfrentan a factores de exclusión activos y poderosos que los "empuja" o "mantiene" en situación de desventaja respecto al resto de la población (UNFPA, 2022).

- El incremento sostenido en la esperanza de vida y en otros **indicadores de salud** guarda relación con una mejora general en otros indicadores de desarrollo como es el caso de los ingresos y la educación. Estos elementos de contexto junto con esfuerzos por mejorar la oferta (insuficientes pero sostenidos) habrían derivado en una mejora en las condiciones de vida. Esta situación genera un nuevo perfil epidemiológico que combina enfermedades transmisibles – y que, por tanto, tendrían mayor espacio para la acción pública a través de la promoción de la prevención – y enfermedades no transmisibles. El mayor peso de estas habilita un espacio para la discusión sobre los estilos de vida y cómo éstos condicionan la salud de la población en general. Acciones de promoción de hábitos saludables junto con acciones combinadas con los sectores de educación y salud podrían contribuir a contener este tipo de enfermedades.

- Las mujeres de Bolivia no logran sus **metas reproductivas** y tienen más hijos de los que desean o pueden mantener (UNFPA, 2020, p.162). Esta sobrecarga es de uno a tres hijos más de lo que desean, dependiendo si ellas viven en áreas urbanas o rurales y de su nivel educativo. La alta necesidad insatisfecha y la baja prevalencia de métodos anticonceptivos modernos resulta todavía una debilidad del sistema de salud, cuyo resultado no solo sobrecarga a las mujeres y sus familias e impide el ejercicio de sus derechos reproductivos, sino que tiene efectos en sus proyectos de vida y el ejercicio de otros derechos, oportunidades educativas y productivas, tanto para ellas como para su descendencia, constituyéndose en un factor que inhibe su desarrollo.

- La **pandemia** dejó en evidencia la reducida capacidad de respuesta del sistema de salud y de los servicios de proyección en general, poniendo a la población en situación de vulnerabilidad. Como se describe más adelante, durante el mes de mayo de 2020 comenzaron a incrementarse los contagios. Los decesos diarios guardan relación con la congestión de los servicios de salud para atender otras enfermedades.

La **movilidad de las personas** responde a los cambios en las condiciones económicas, sociales y ambientales. Los patrones de movilidad de las personas varían en cada región e implican roles diferentes para cada ámbito de gestión (nacional, departamental o municipal). La migración entre departamentos sugiere que la "decisión" de migrar (cuando no ocurre por situaciones forzosas) requiere de activos tales como niveles de educación por encima del promedio. La migración al interior de los departamentos (como la del departamento de La Paz) sugiere la existencia de redes familiares o comunales. La migración obedece a múltiples factores y, por lo mismo, requiere acciones diferenciadas.

En el caso de migraciones por eventos extremos (por ejemplo, factores climáticos que deriven en crisis hídricas en la región occidental del país) se requiere la atención a la población migrante pero también se requiere fortalecer la capacidad de resiliencia física (en cada territorio) y social (en las personas). Un elemento por considerar para migraciones planificadas tiene que ver con la presión de inmigrantes sobre los servicios públicos de los lugares de destino o tránsito. Estos aspectos tienen que ver, de manera general, con los procesos de urbanización.

Los factores de exclusión se manifiestan de manera prevalente en las personas **en situación de calle** y los/las migrantes en condición de extrema vulnerabilidad (por ejemplo, víctimas de tráfico ilícito de personas). Estas poblaciones enfrentan de manera simultánea problemas de acceso a servicios, falta de información, y vulnerabilidad frente a hechos de violencia.

El caso de la **violencia contra la mujer** debe destacarse no sólo por las implicaciones directas sobre la vulneración de los derechos humanos sino porque ejemplifica de manera clara la reducida capacidad del Estado para proteger a la población. Las instituciones encargadas en la cadena de atención de hechos de violencia contra las mujeres presentan una limitada cobertura, escasos recursos y limitada infraestructura para enfrentar la cantidad de denuncias recibidas en instituciones de salud pública, policía o administración de justicia.

2.7. Crisis política

La pandemia encontró al país en un momento particular de crisis de gobernabilidad. Tres elementos caracterizaron el período que va desde fines de 2019 hasta septiembre de 2020. En primer lugar, se interrumpió de manera irregular la gestión de gobierno luego de las elecciones. En segundo lugar, el gobierno a cargo de la transición vio reducida su legitimidad por su ingreso temprano en la competencia política para las elecciones de 2020. En tercer lugar, las medidas de política se descentralizaron hasta los niveles locales sobre todo luego de los períodos de confinamiento más extremos lo que diluyó la responsabilidad en el manejo de la crisis sanitaria con consecuencias aún no evaluadas sobre la magnitud de los contagios y las muertes por COVID-19.

III. CRISIS COVID-19 Y SUS EFECTOS

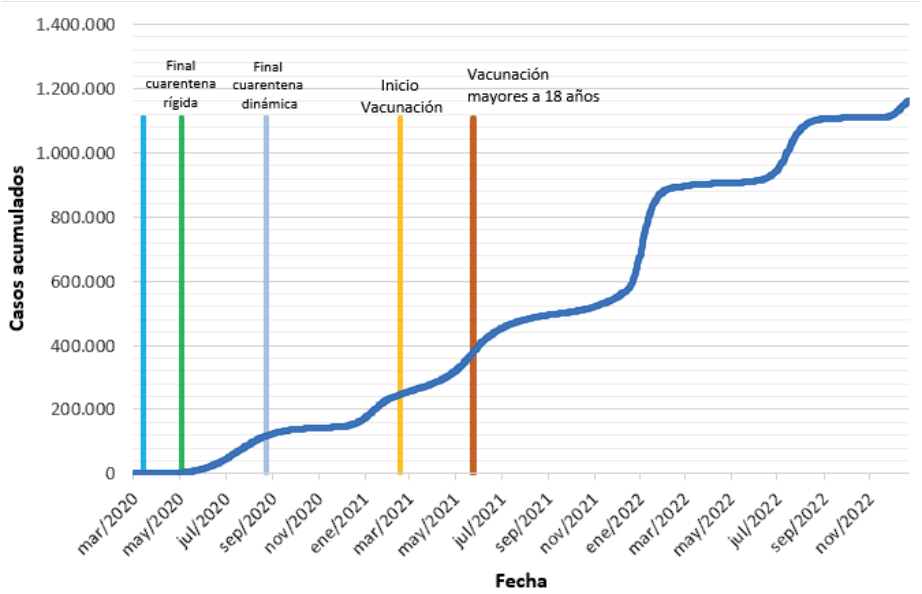
3.1. Inicio de la crisis y evolución de la pandemia

La pandemia del COVID-19 llegó al país a principios de marzo de 2020. La evolución de contagios y decesos estuvo condicionada por las diferentes fases que acompañaron el desarrollo de la enfermedad y las medidas adoptadas para enfrentarla. Como se describe más adelante, las principales medidas incluyeron el confinamiento al inicio de la pandemia, la posterior flexibilización de la cuarentena y la definición de una serie de medidas para la reactivación.

Evolución de los contagios registrados

El siguiente gráfico muestra el número de casos diarios acumulados a partir del primer caso en marzo de 2020, hasta diciembre de 2021 donde se alcanzó la cifra de 600.000 casos acumulados. A modo de referencia, se incluyen algunas de las principales medidas de confinamiento y vacunación dictadas en este período.

Gráfico 13. Casos acumulados diarios de COVID-19 a nivel nacional, 2020 a 2022



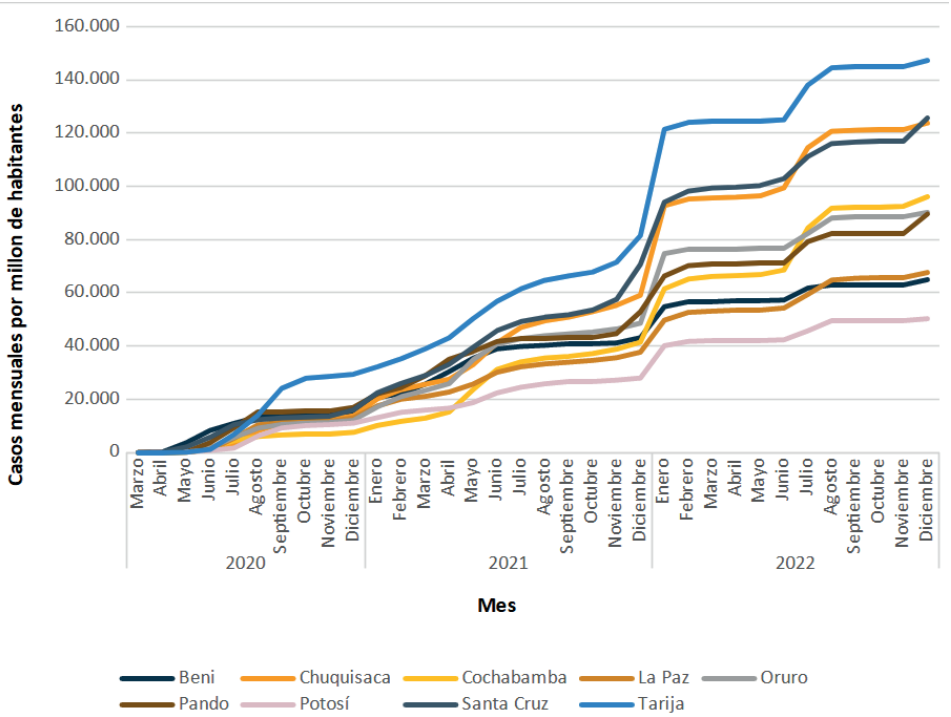
Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: UDAPE (2022).

Se observa el crecimiento acelerado de los contagios en dos ritmos distintos. Durante los primeros 18 meses se alcanzó el medio millón de casos lo que sugiere una tasa de crecimiento menor a la que se observa después de noviembre de 2021.

Se debe considerar que tanto el nivel como la tendencia del número real de contagios podrían estar afectados por el subregistro de los datos oficiales que no captura necesariamente todos los casos. Esto sucede ya sea por una reducida cantidad de pruebas o bien por el limitado uso que realiza la población de este recurso. El hecho de que los síntomas se manifiestan de manera distinta entre las personas (o bien la "ausencia" de los mismos) podría haber reducido su demanda por más pruebas, mermando de esta manera la posibilidad de capturar casos "positivos".

El número de casos registrados por departamento sugiere una elevada dispersión en la prevalencia del virus. Al comparar este valor con la cantidad de habitantes se obtiene una suerte de "incidencia" por millón de habitantes. Este valor permite observar diferencias regionales. Se observa que Tarija registró, hasta diciembre de 2021, un total de 80.000 casos por millón de habitantes, un valor que casi triplica al coeficiente obtenido en Potosí.

Gráfico 14. Casos mensuales acumulados por COVID-19 a nivel departamental, por millón de habitantes, 2020 a 2022

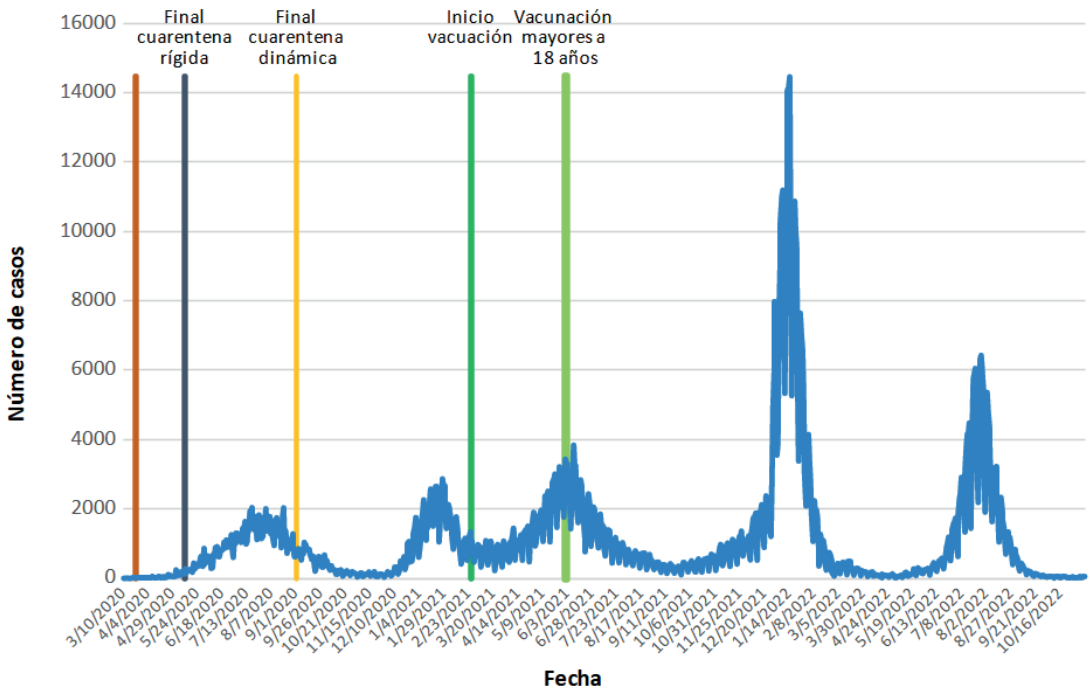


Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: UDAPE (2022) y proyecciones de población elaboradas por INE (2022).

Le siguen en importancia a Tarija los departamentos de Chuquisaca y Santa Cruz, los cuales se encuentran en los primeros puestos en la evolución de contagios y también respecto al número de decesos como se verá más adelante. Estos departamentos superan los 50.000 casos por millón de habitantes hasta el final del período de análisis.

El seguimiento diario brinda una mejor idea de los períodos de mayor intensidad ("olas") de la crisis. Como se puede observar en el Gráfico 15, la evolución de los casos presenta elevaciones cíclicas a inicios de año (enero) y a inicios de semestre (julio). Se incluyen las principales medidas de política a modo de explorar una posible relación de estas con el comportamiento de la serie.

Gráfico 15. Casos diarios de COVID-19, 2020 a 2022



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: UDAPE (2022).
Nota: Si bien se muestra como punto de referencia el día 10 de cada mes, el gráfico contiene toda la información de casos diarios hasta fin de 2022.

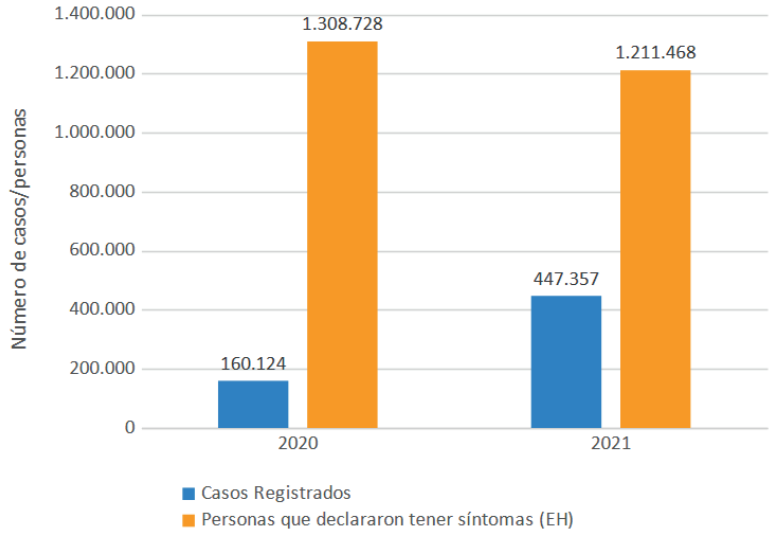
A partir de octubre de 2021, se observan los mayores incrementos en el número de contagios, registrándose para finales de año, valores cercanos a los 8.000 casos diarios. El nivel máximo observado se registra en enero de 2022 cuando se sobre pasa el valor de 14.000 contagios.

Personas con síntomas de COVID-19

La información reportada por los hogares sugiere niveles de contagio muy por encima de aquellos observados en los registros de salud. Al considerar la cantidad de personas que presentaron síntomas de COVID-19 con datos de Encuestas de Hogares, se supera el millón de casos en ambos años. Si bien la presentación de síntomas no implica necesariamente un caso confirmado, este indicador brinda un indicio del subregistro de contagios[7].

[7] La encuesta de hogares pregunta por la presencia de síntomas de COVID-19 en el último año entre todos los miembros del hogar. La tasa de no respuesta es cercana a cero.

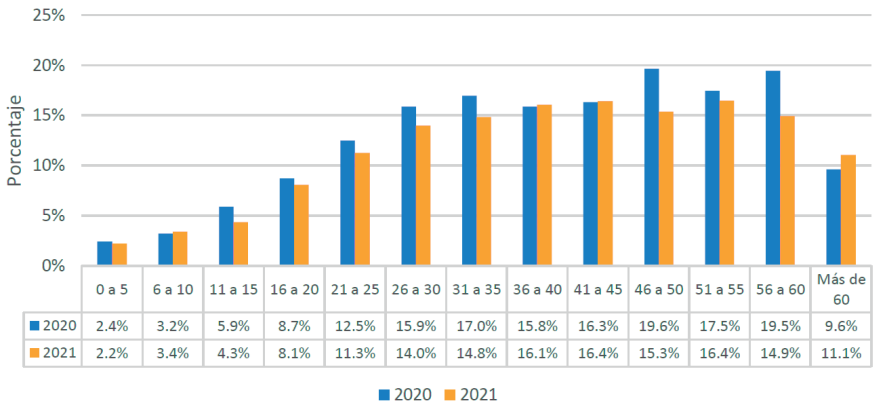
Gráfico 16. Casos registrados de COVID-19 y personas que declararon tener síntomas, 2020 y 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: UDAPE (2020) y Encuestas de Hogares 2020 y 2021 del INE.

De acuerdo con la Encuesta de Hogares, la población con síntomas habría pasado de 1,3 millones en 2020 a 1,2 millones en 2021. En el primer caso, el valor representa más de ocho veces el valor oficial (160 mil personas de acuerdo con UDAPE, 2022) mientras que el número estimado para 2021 representa menos de tres veces el valor oficial (447 mil personas). Estas estimaciones no corresponden exactamente con el número de personas contagiadas pues no se tiene, en la encuesta, una pregunta que indague por la confirmación de los contagios. En todo caso, constituye una aproximación que permite indagar por la posible presencia del virus entre diferentes grupos de población. A continuación, se presentan las estimaciones desagregadas por edad, sexo, área de residencia y adscripción indígena.

Gráfico 17. Porcentaje de personas que declararon tener síntomas de COVID 19, según grupos de edad, 2020 y 2021



	0 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 25	26 a 30	31 a 35	36 a 40	41 a 45	46 a 50	51 a 55	56 a 60	Más de 60
2020	2.4%	3.2%	5.9%	8.7%	12.5%	15.9%	17.0%	15.8%	16.3%	19.6%	17.5%	19.5%	9.6%
2021	2.2%	3.4%	4.3%	8.1%	11.3%	14.0%	14.8%	16.1%	16.4%	15.3%	16.4%	14.9%	11.1%

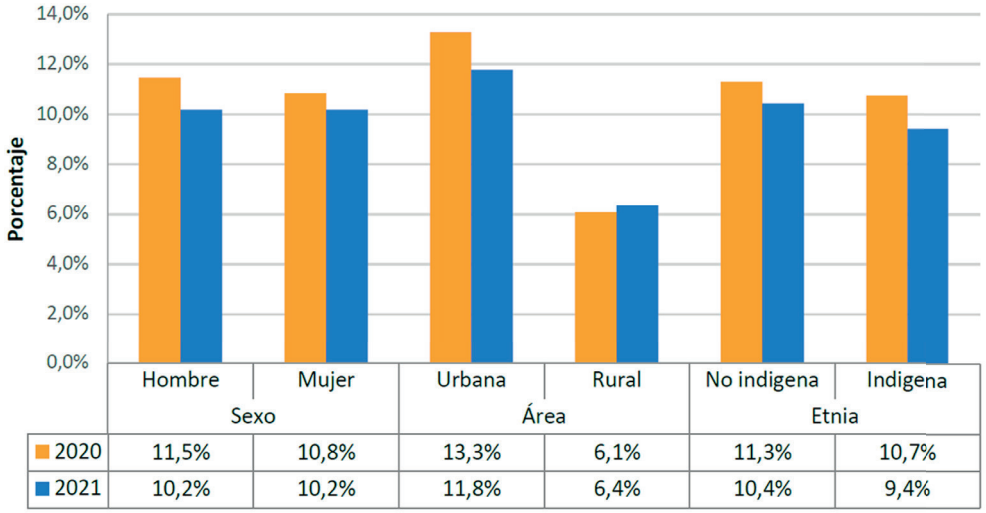
Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2020 y 2021 del INE.

El gráfico muestra que la autodeclaración de síntomas de COVID-19 es mayor entre personas de más edad, aunque esta relación no es lineal. El grupo entre 31 y 60 años constituye el que más síntomas presentó, con porcentajes superiores al 15% en todos los segmentos quinquenales de edad. Llama la atención que el porcentaje de "sintomáticos"

se reduzca entre quienes tienen más de 60 años lo que puede deberse, en parte, a la autodeclaración.

No hay diferencias significativas entre los contagios percibidos por hombres y mujeres. Como se observa en el siguiente gráfico, en ambos casos, se tienen porcentajes que varían entre el 10% y el 11%. En cambio, sí existen diferencias entre los reportes de poblaciones urbanas (las tasas de síntomas llegan al 13%) con las poblaciones rurales (llegan al 6%). Las diferencias también se observan entre poblaciones indígenas (definidas por auto adscripción) y no indígenas que obtienen tasas de contagio percibido que llegan a valores entre el 9% y el 11% en cada caso.

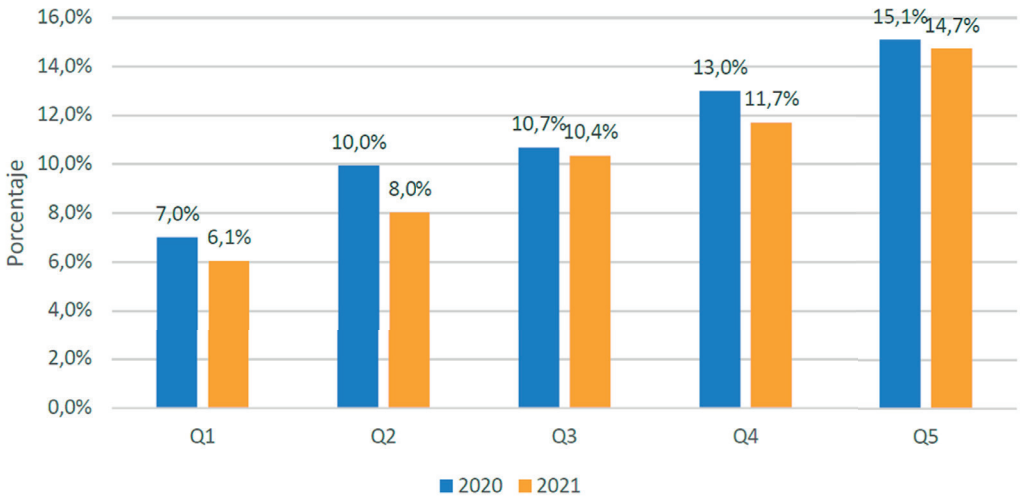
Gráfico 18. Porcentaje de personas que declararon tener síntomas de COVID-19, según sexo, área y adscripción a grupo indígena, 2020 y 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2020 y 2021 del INE.

Un aspecto sobre el que no se tiene mucha referencia tiene que ver con la variabilidad de los contagios según nivel socioeconómico. Para abordar este punto, el siguiente gráfico muestra el porcentaje de personas con síntomas COVID-19 según cada quintil de ingresos.

Gráfico 19. Porcentajes de personas con síntomas según quintil de ingresos, 2020 y 2021.



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2020 y 2021 del INE.

Las personas de los quintiles de ingreso más altos declaran presentar síntomas en mayor proporción que aquellas de los quintiles más bajos. Este fenómeno, que se observa para los dos años, sugiere mayor exposición al virus entre las personas de mayores ingresos, pero también podría explicarse por una subdeclaración de síntomas en quintiles más bajos. Este patrón (mayores reportes entre los grupos de mayor ingreso) se repite en el área urbana y rural.

3.2. Medidas para enfrentar la pandemia

En el presente capítulo se describen las medidas gubernamentales adoptadas desde la aparición de la pandemia. Para esta revisión se recurrió al Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe de la CEPAL, que organiza las medidas en las siguientes áreas: Vacunación; Movimientos entre países y dentro de ellos; Salud; Economía; Trabajo; Protección social; Educación; Género; y un rubro genérico que sirve para registrar medidas propias de cada país (por ejemplo, aquellas referidas a procesos eleccionarios en contextos de pandemia)[8]. Las disposiciones allá citadas fueron complementadas con información adicional sobre normas y datos que ilustran la respuesta de los hogares frente a medidas como las campañas de vacunación, las facilidades para el testeo y el acceso a medicamentos.

Las medidas se ordenan en tres períodos: 1. Inicio de la crisis (marzo de 2020) hasta el final de la cuarentena rígida (mayo de 2020); 2. Inicio y fin de la cuarentena dinámica (junio a septiembre de 2020) y 3. Inicio de la post cuarentena (octubre de 2020) hasta diciembre de 2021. En total, se cuentan 108 medidas adoptadas de las cuales 50 corresponden al primer período, 34 al segundo y 24 al tercero.

a. Disposiciones inmediatas

Todas las medidas de este período (marzo a mayo de 2020) se catalogan como de emergencia. Según la clasificación empleada por CEPAL, la mayor cantidad de medidas se dedicaron a preservar el funcionamiento de la economía (14 medidas) lo que responde, en parte, a las medidas que restringían la movilidad de las personas (10 medidas). Entre estas últimas, se destacan:

- La suspensión de vuelos directos hacia y desde Europa.
- La suspensión de todos los vuelos desde el espacio *Schengen*, Reino Unido, Irlanda, Irán, China y Corea del Sur.
- El cierre de restaurantes, bares, cines, estadios deportivos y teatros.
- La imposición de la cuarentena nacional, lo que implicaba el cierre de todas las fronteras y la adopción de un toque de queda (5.00 pm - 5.00 am).
- La imposición del confinamiento nacional (21 de marzo de 2020).
- La prohibición de reuniones públicas y privadas.
- El despliegue de las fuerzas armadas en los puestos fronterizos para garantizar la aplicación de los controles fronterizos.
- La extensión de la cuarentena hasta finales de abril de 2020 y posteriormente hasta finales de mayo de 2020.
- La definición de las condiciones para la cuarentena dinámica a partir de junio de 2020.

Algunas de las acciones adoptadas en el ámbito económico incluyeron:

- La reducción de impuestos y aranceles para la importación de suministros médicos.
- Las restricciones en el funcionamiento de los comercios.
- Aplazamientos temporales para el pago de impuestos.
- Medidas para asegurar los medios de pago en efectivo y en línea.

[8] El observatorio con las medidas para Bolivia se encuentra disponible en: https://cepalstat-prod.cepal.org/forms/covid-countrysheet/index.html?country=BOL.

- El aplazamiento y posterior exención de pagos de créditos en el sector financiero.
- El diferimiento de pagos de las pólizas de seguro hasta seis meses después de que se levante la declaración de emergencia.
- El diferimiento del pago de las cotizaciones a la seguridad social.
- La suspensión temporal de los requisitos de información para las empresas inscritas en el registro mercantil.
- La disminución de aranceles sobre las importaciones de trigo.
- El apoyo a las MIPYME con créditos especiales.
- La suscripción de acuerdos de préstamo con entidades multilaterales para financiar gastos de emergencia relacionados con la salud o para apoyo presupuestario.

Para compensar los efectos de la pandemia y del confinamiento, se definió un conjunto de medidas de protección con dos orientaciones. Por un lado, se aprovecharon los mecanismos de transferencias monetarias existentes en el país para alcanzar a la población más vulnerable o dejada más atrás. Por otro lado, se establecieron descuentos en el pago de servicios básicos con un esquema universal que permita aliviar en alguna manera los gastos de los hogares. Algunas de las medidas estuvieron referidas a:

- La transferencia adicional única de 500 bolivianos (algo más de 71 dólares americanos) a los beneficiarios del Bono Familia dirigido a estudiantes de colegios fiscales, estudiantes con discapacidad, estudiantes que asisten a escuelas privadas y otros que asisten al sistema de educación especial, con 2.907.048 beneficiarios (Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, 2020).
- La entrega de una canasta alimentaria a los hogares de menores ingresos.
- La transferencia universal de 500 bolivianos a las personas comprendidas entre 18 y 60 años que no estaban protegidos por ningún otro programa de transferencias en efectivo.
- La reducción temporal en los pagos de electricidad, agua y gas para los usuarios residenciales.
- La prohibición de corte de servicios básicos, incluido el de telecomunicaciones.

Además de las medidas relacionadas con la economía, las restricciones a la movilidad y la protección de gastos, las relacionadas a la protección de los/las trabajadores/as fueron las más importantes. Entre estas se cuentan:

- La adopción del horario continuo en los sectores público y privado.
- La reducción en las horas de trabajo de acuerdo con regulaciones del Ministerio de Trabajo.
- La adopción de teletrabajo en aquellas actividades públicas y privadas que así lo permitan.
- La regulación del trabajo en el sector de la salud para facilitar la atención de la emergencia sanitaria.
- La entrega de licencias especiales para las personas de alto riesgo de contagio.
- La elaboración de un plan para la protección del empleo formal.

En este período, se definieron sólo dos medidas directamente relacionadas con la salud. La primera de ellas tiene que ver con la declaración de emergencia sanitaria (12 de marzo de 2020) y la segunda con el establecimiento de facilidades para la compra de suministros médicos.

b. Salida gradual de la cuarentena

A partir de junio, el gobierno dispuso una transición a una fase de cuarentena condicionada y dinámica en la que las restricciones estuvieron en función de disposiciones departamentales y municipales de acuerdo con el riesgo epidemiológico y los planes de

contingencia territoriales. Esta medida permitió el restablecimiento parcial de algunas actividades económicas, la movilidad de la ciudadanía y los horarios laborales.

Una parte de las medidas se inscriben dentro del área de la economía (12 de las 32 acciones identificadas forman parte de esta categoría). La gestión de recursos ante organismos internacionales, la definición de mecanismos para facilitar el gasto en entidades desconcentradas o las medidas para posponer el pago de créditos individuales constituyen ejemplos de las medidas implementadas. Algunas de ellas estuvieron referidas a:

- La suscripción de acuerdos de préstamo para apoyar a poblaciones vulnerables afectadas por la pandemia y para apoyo presupuestario (BID y CAF, respectivamente).
- La recapitalización del Fideicomiso de Desarrollo Productivo.
- El aplazamiento de pagos de créditos al Fondo para la Revolución Industrial Productiva (FINPRO).
- La suspensión de aportes al Fondo de Inversión en Hidrocarburos (FPIEEH) para redistribuir recursos a gobiernos subnacionales y universidades públicas.
- La regulación para las contrataciones públicas por medios electrónicos.
- Controles de precios para medicamentos seleccionados, servicios de salud y funerarios relacionados con COVID-19.
- Definición de créditos fiscales para promover la recuperación económica.
- La ampliación del plazo para la exención de pago para los créditos adeudados al sistema financiero.

Las medidas en el área de **salud** se incrementaron lo que se reflejó en leyes y decretos para asegurar la provisión de equipos e insumos médicos y para ampliar la capacidad de atención de los sistemas de salud. Se dispusieron acciones tales como:

- La aprobación de la ley para la provisión de equipos de seguridad, la disponibilidad de materiales de prueba y la desinfección de espacios de uso público.
- La ejecución de acciones para atender a poblaciones indígenas con consultas médicas, medicamentos, equipos y personal.
- La aprobación de una norma específica para la atención de forma gratuita a las personas sin hogar y poblaciones vulnerables o dejadas más atrás.
- La regulación de la participación del subsistema privado como parte de los mecanismos de atención gratuita de pacientes con Coronavirus (COVID-19).
- La obligatoriedad en la ejecución de medidas de vigilancia epidemiológica, prevención, contención, diagnóstico, atención, tratamiento y búsqueda activa de casos de Coronavirus (COVID-19) a nivel del Estado y las Entidades Territoriales Autónomas.

En este período, se decidió la clausura del año escolar. Bajo el argumento de la defensa de la vida, la salud y la integridad de estudiantes, docentes y padres de familia, el Ministerio de Educación emitió la resolución correspondiente anunciando la habilitación de cursos de nivelación y la responsabilidad de las direcciones departamentales y municipales en el cumplimiento de la norma.

La cuarentena parcial se extendió, primero, hasta julio y, luego, hasta agosto de 2020. A partir de ese momento, se estableció la transición a la fase de post confinamiento. Se mantuvo la ejecución de los planes de contingencia para hacer frente a los efectos de la pandemia a cargo de las gobernaciones y municipios.

c. Medidas post cuarentena

Desde septiembre de 2020 hasta fines de 2021 se cuenta un total de 24 medidas dirigidas, principalmente, a la recuperación de la crisis sanitaria. La mayor parte se registra en las

áreas de salud y vacunación (8 medidas en cada caso). En el primer caso, destacan las siguientes:

- Regulación de forma excepcional para la elaboración, comercialización, suministro, administración y uso consentido de la Solución de Dióxido de Cloro.
- El despacho aduanero inmediato, para la importación de vacunas, pruebas diagnósticas, medicamentos, dispositivos médicos, insumos, reactivos y equipamiento médico.
- La habilitación de centros para pruebas antígeno nasal gratuitas en varios departamentos a través de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES).
- La creación del Comité Nacional de Coordinación de Monitoreo del Abastecimiento, Regulación de Precios de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Prestación de Servicios de Salud (COMARPRE).
- La promoción de acciones de prevención, mitigación de los efectos del virus, diagnóstico, atención, rehabilitación y vigilancia epidemiológica activa.
- La prioridad señalada para los Subsectores Público y de la Seguridad Social de Corto Plazo del abastecimiento de medicamentos, dispositivos médicos, insumos, reactivos y equipamiento médico.
- Difusión de guías para orientar a la población, en el uso de la medicina tradicional y la medicina alternativa en la prevención y tratamiento del COVID-19.
- La obligatoriedad de pruebas de control periódico para el COVID-19 en las instituciones y entidades públicas y privadas que desarrollan sus actividades en aeropuertos nacionales e internacionales.
- El gravamen arancelario del cero por ciento (0%) para la importación de vacunas, pruebas diagnósticas, medicamentos, dispositivos médicos, insumos, reactivos y equipamiento médico, extendido hasta fines de diciembre de 2022.
- La regulación del registro y acreditación de los resultados de las pruebas diagnósticas COVID-19.

Las acciones para la vacunación se intensificaron a partir de diciembre de 2020 con las gestiones para la compra de vacunas, la definición de competencias para la inoculación y la instauración de campañas masivas. Algunas de las medidas más notorias incluyen:

- Las firmas de acuerdo para la compra y la recepción mediante el mecanismo COVAX de las vacunas de Sputnik V (5,2 millones de dosis), Sinopharm (6 millones) y AstraZeneca (5 millones).
- El plan de vacunación elaborado priorizó inicialmente a personas adultas mayores, personal de salud y personas con enfermedades de base (febrero de 2021).
- A partir de julio de 2021, se promovió el esquema de vacunación inicial para personas mayores de 18 años.
- A lo largo del segundo semestre de 2021 se dispuso la posibilidad de adquirir dosis de refuerzo.
- Se garantizó el esquema de vacunación para personas mayores de 5 años.

Ante el aumento de contagios a fines de 2021 y considerando los niveles de vacunación relativamente bajos hacia finales de ese año, el gobierno dispuso la obligatoriedad de portar carnets de vacunación para realizar distintas actividades. Esta medida, fue derogada tras la resistencia de grupos sociales que se manifestaron contra esta disposición.

El resto de las medidas durante este período estuvo dirigido a compensar los efectos económicos de la pandemia y ofrecer mayor seguridad en la movilidad de las personas al promover el uso de pruebas diagnósticas y vacunas. En el primer caso, se concretó la gestión para el pago de 1.000 Bs. del Bono contra el Hambre con recursos de la banca multilateral y se definieron incentivos (tributarios y no tributarios) para los sectores agropecuarios, industrial, construcción, minería y turismo. En el segundo caso, se autorizó

la entrada de viajeros extranjeros al país con la presentación obligatoria de pruebas RT-PCR y se priorizó la vacunación en fronteras. Frente al brote de una nueva cepa del virus, se cerraron temporalmente las fronteras con Brasil.

d. Acceso a pruebas diagnósticas

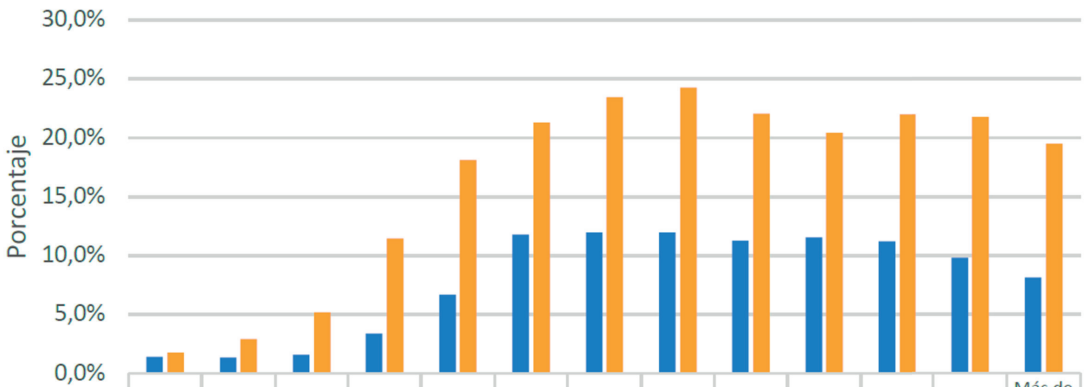
Una mayor disposición de pruebas diagnósticas y medidas para favorecer el acceso a medicamentos podrían haber inducido al mayor uso de estos medios por parte de las personas. Detrás de esta tendencia también figura el esfuerzo de parte de los hogares por acceder a estos medios de diagnóstico y tratamiento lo que implica tiempo y recursos monetarios.

En el caso de las pruebas diagnósticas, los datos de encuestas de hogares muestran que los porcentajes de utilización se duplicaron entre 2020 y 2021. Se estima que el número de personas que recurrió a la prueba habría llegado a más de 823 mil en 2020 y que habría pasado de 1,76 millones en 2021. Al comparar estas cantidades con la población total, se observa un incremento del 7% hasta el 14,8%

Diferencias por edad

Como era de esperar, el porcentaje de personas que realizaron pruebas resulta superior en los grupos de mayor edad. Los datos de 2020 muestran que, en la población de 30 años o menos, los porcentajes varían entre 1,5% y 7,9%. A partir de los 31 años, las tasas se incrementan hasta un máximo de 12% y luego se estancan en el grupo mayor a 60 años. Este mismo comportamiento – bajas tasas en los grupos jóvenes, un máximo en el grupo de 31 a 40 y un porcentaje menor entre la población adulta mayor – se observa de manera más pronunciada durante 2021 con la diferencia que los porcentajes se incrementan en todos los grupos.

Gráfico 20. Porcentaje de personas que realizaron pruebas diagnósticas por grupo de edad, 2020 y 2021



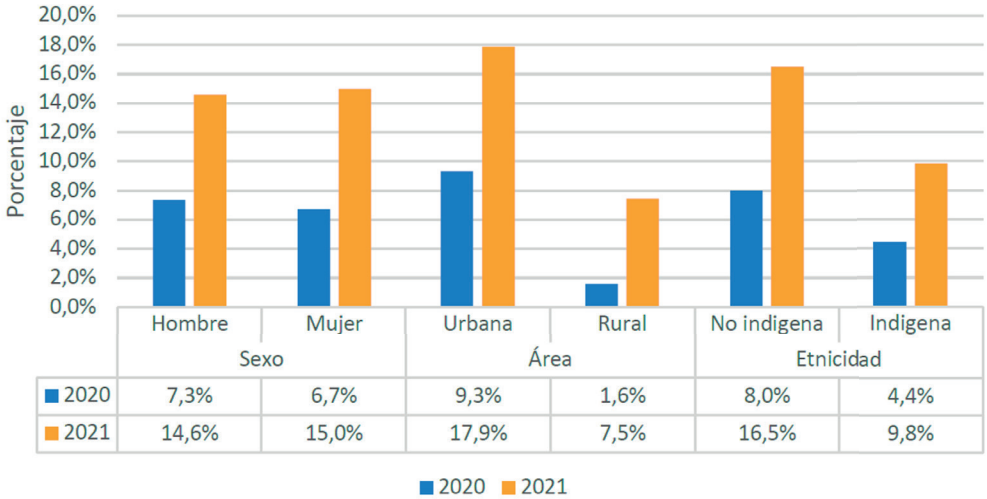
	0 a 5 años	6 a 10 años	11 a 15 años	16 a 20 años	21 a 25 años	26 a 30 años	31 a 35 años	36 a 40 años	41 a 45 años	46 a 50 años	51 a 55 años	56 a 60 años	Más de 60 años
Media	1,4%	1,3%	1,6%	3,4%	6,7%	11,8%	12,0%	12,0%	11,3%	11,6%	11,2%	9,8%	8,1%
Media	1,8%	2,9%	5,2%	11,5%	18,1%	21,3%	23,5%	24,3%	22,1%	20,5%	22,0%	21,8%	19,5%

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2020 y 2021 del INE.

Diferencias por grupo poblacional

El acceso a pruebas diagnósticas varía según características sociodemográficas. Las diferencias más notorias se observan al comparar a residentes del área urbana con otros/otras del área rural y al contrastar a quienes se auto declaran indígenas respecto a quienes no lo hacen. No existe diferencias entre hombres y mujeres. El siguiente gráfico muestra el porcentaje de personas que realizó una prueba respecto a cada población de referencia.

Gráfico 21. Porcentaje de personas que declararon haber realizado una prueba ante el COVID-19, 2020 y 2021



	Hombre	Mujer	Urbana	Rural	No indigena	Indigena
	Sexo		Área		Etnicidad	
2020	7,3%	6,7%	9,3%	1,6%	8,0%	4,4%
2021	14,6%	15,0%	17,9%	7,5%	16,5%	9,8%

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2020 y 2021 del INE.

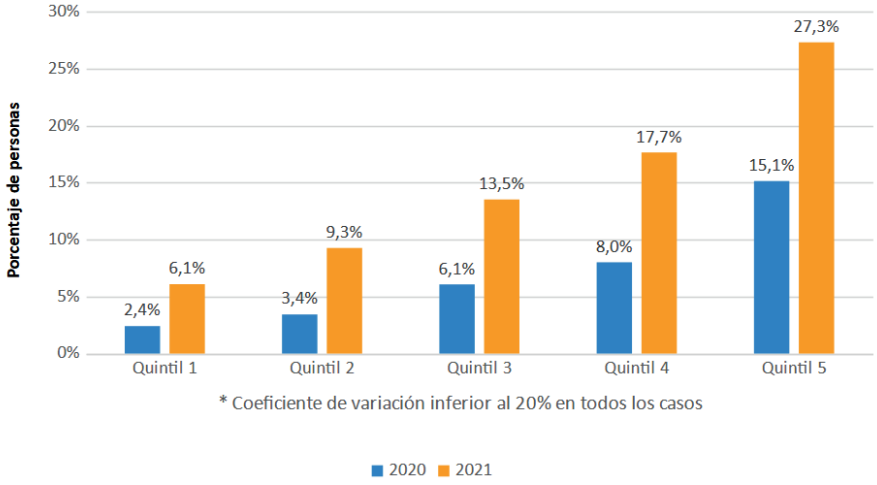
La proporción de personas que se realizaron las pruebas en el área urbana (9,3% en 2020) representa más de cinco veces aquella que se observa en el área rural (1,6% en 2020) lo que podría justificarse por un mayor acceso a mecanismos de detección en las ciudades, pero también por una menor percepción de síntomas entre residentes rurales. Durante 2021, esta brecha se redujo: el porcentaje urbano (17,9%) representa algo menos de 2,4 veces el porcentaje rural (7,5%).

Las diferencias entre personas auto declaradas como indígenas y el resto sugieren que existen factores ligados al contexto y otros relacionados con características socioeconómicas que resultan difíciles de identificar en esta primera aproximación. Por un lado, el primer grupo presenta mayores características de ruralidad (incluido un menor acceso a servicios, en general). Por otro lado, es posible que esta población cuente con menos activos como son la educación, la información o conexiones para acceder a las pruebas.

Diferencias por nivel de ingreso

El acceso a pruebas diagnósticas es mayor entre las personas de mayores ingresos. Como se observa en el siguiente gráfico, la probabilidad de que una persona del quintil de ingresos más elevado realice una prueba llegaba en 2020 hasta 15,1% lo que representa más de seis veces aquella que se observa en el quintil más bajo donde llegaba al 2,2%. Este patrón (porcentajes más altos en quintiles de mayores ingresos) se repite en 2021.

Gráfico 22. Porcentaje de personas que realizaron pruebas diagnósticas, por quintil de ingreso, 2020 y 2021



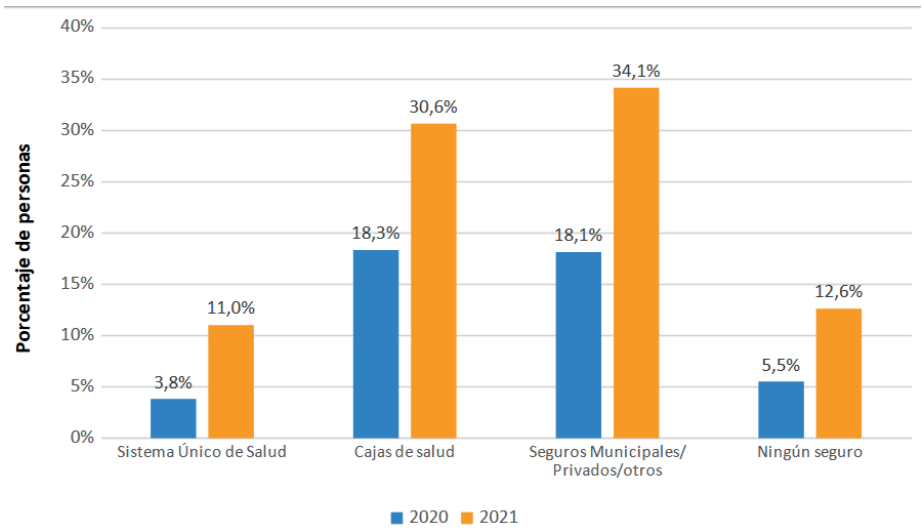
Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2020 y 2021 del INE.

Los aumentos más notorios se observan entre los quintiles de ingreso más bajos (1 y 2, principalmente) donde los porcentajes se triplican entre uno y otro año. Detrás de estos aumentos, podrían estar factores relacionados con la oferta de servicios y una mayor llegada a los centros de salud rurales.

Diferencias por oferta a servicios de salud

Las personas con acceso a un seguro de salud (seguros municipales, seguros privados, cajas de salud u otros) o bien aquellas afiliadas a alguna caja de salud presentan los mayores porcentajes de testeo. En el primer caso, en 2020 el porcentaje llegaba hasta 18,3% mientras que, en el caso de quienes acceden a una caja, el porcentaje ascendía hasta 18,1%. Estos valores superan ampliamente los datos observados entre las personas que no tenían seguro (5,5%) o bien que estaban registradas en el Sistema Único de Salud (3,8%).

Gráfico 23. Porcentaje de personas que realizaron pruebas diagnósticas, según afiliación a seguro médico, 2020 y 2021

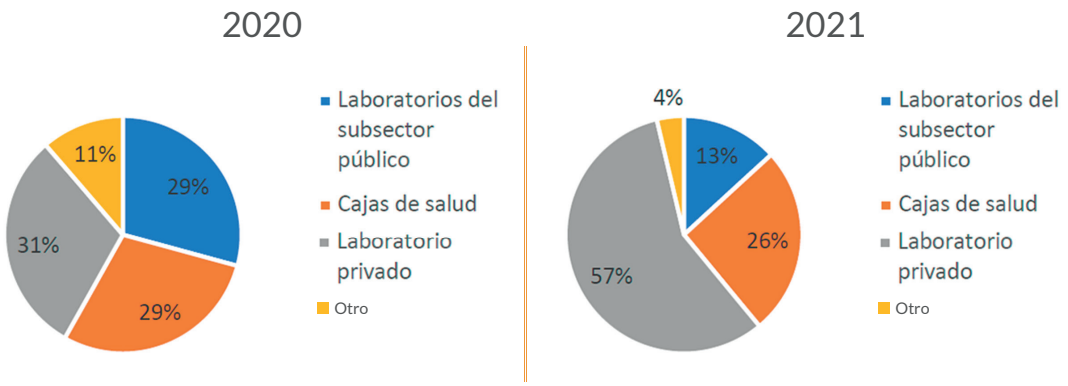


Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2020 y 2021 del INE.

Los mayores aumentos entre 2020 y 2021 se dieron entre quienes accedieron al Sistema Único de Salud (SUS) y quienes no cuentan con seguro de salud. En el primer caso, el testeo casi se triplicó pasando del 3,8% hasta el 11%. Este comportamiento resulta similar al aumento observado entre quienes no tienen ningún seguro en cuyo caso el porcentaje pasó del 5,5% al 12,6%.

Sin dejar de ser importante el esfuerzo que realizaron los hogares por acceder y, en algunos casos, pagar por las pruebas, el mayor esfuerzo en la provisión de pruebas y en la aplicación de las mismas estuvo a cargo del Estado. Entre 2020 y 2021, el porcentaje de personas que se aplicaron la prueba en laboratorios del subsector público pasó de 29,2% al 57,3%. Los testeos en las cajas de salud representaron algo menos del 26% en 2021. El porcentaje de personas que se realizó la prueba en laboratorios privados llegó al 13% lo que refleja una menor participación que aquella observada en 2020 cuando alcanzó casi el 29%.

Gráfico 24. Distribución de pruebas para la detección de COVID-19, según lugar de aplicación, 2020 y 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2020 y 2021 del INE.

El peso del subsector público en la aplicación de pruebas resulta mayor en el área rural donde el 76% de las personas declaró haberse realizado la prueba en alguno de los establecimientos que forman parte de esta red. En el área urbana, este porcentaje llega al 54% (datos disponibles en anexo).

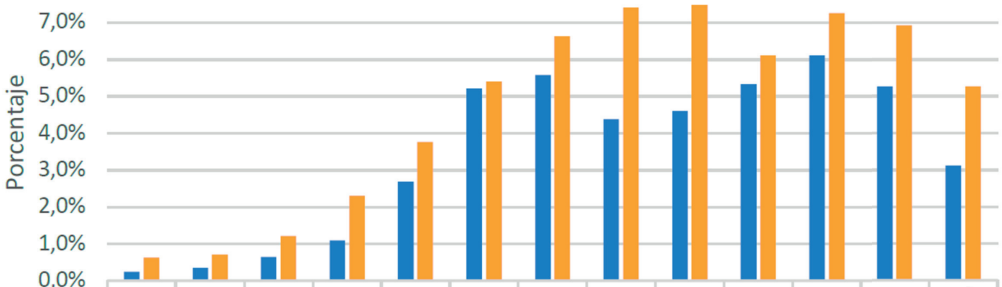
e. Acceso a medicamentos

El número de personas que recurrió a medicamentos pasó de 3,1 millones en 2020 hasta 4,8 millones en 2021. En el primer caso, el valor equivale al 26,5% de la población que tuvo síntomas del virus. Este porcentaje se incrementó hasta 40,2% en 2021.

Diferencias por edad

El análisis por grupos de edad sugiere la existencia de diferencias en comportamientos etarios respecto al tratamiento de la enfermedad. En 2020 las personas de 30 años o menos atendieron sus síntomas con medicamentos en un porcentaje entre 9,8% (entre las personas de 14 a 17 años) y 25,3% (entre aquellas de 18 a 30). En contraste las personas mayores a 30 años tomaron medicamentos siendo sintomáticos en una mayor proporción, llegando hasta 32,5% (para aquellos mayores a 60 años).

Gráfico 25. Porcentaje de personas sintomáticas que tomaron medicamentos por grupos de edad, 2020 y 2021



	0 a 5 años	6 a 10 años	11 a 15 años	16 a 20 años	21 a 25 años	26 a 30 años	31 a 35 años	36 a 40 años	41 a 45 años	46 a 50 años	51 a 55 años	56 a 60 años	Más de 60 años
2020	0,2%	0,3%	0,6%	1,1%	2,7%	5,2%	5,6%	4,4%	4,6%	5,3%	6,1%	5,3%	3,1%
2021	0,6%	0,7%	1,2%	2,3%	3,8%	5,4%	6,6%	7,4%	7,5%	6,1%	7,3%	6,9%	5,3%

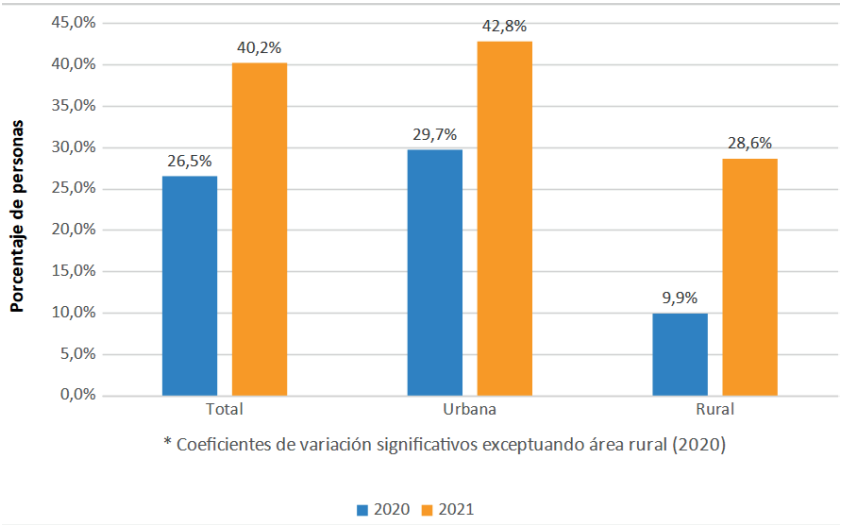
Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2020 y 2021 del INE.

A pesar de que los coeficientes de variación son no significativos para los primeros dos quinquenios para ambos años, se observa una tendencia general al aumento en el tratamiento de la enfermedad con medicamentos, entre los grupos de menor edad, los porcentajes se duplican. A pesar de estos aumentos, no se alcanzan los porcentajes de atención reportados entre los adultos y los adultos mayores quienes, en 2021, usaron medicamentos para tratar los síntomas hasta en un 47,5% (en el caso de las personas mayores de 60 años).

Diferencias por área

El consumo de medicamentos también varía significativamente entre áreas y no se observan diferencias entre hombres y mujeres en lo relativo a este indicador. El siguiente gráfico muestra el porcentaje de personas con síntomas que recibieron medicamentos para la población según su clasificación por área. Los datos desagregados por sexo se encuentran en el anexo estadístico que acompaña este documento.

Gráfico 26. Porcentaje de personas con síntomas que recibieron medicamentos, según lugar de residencia, 2020 y 2021



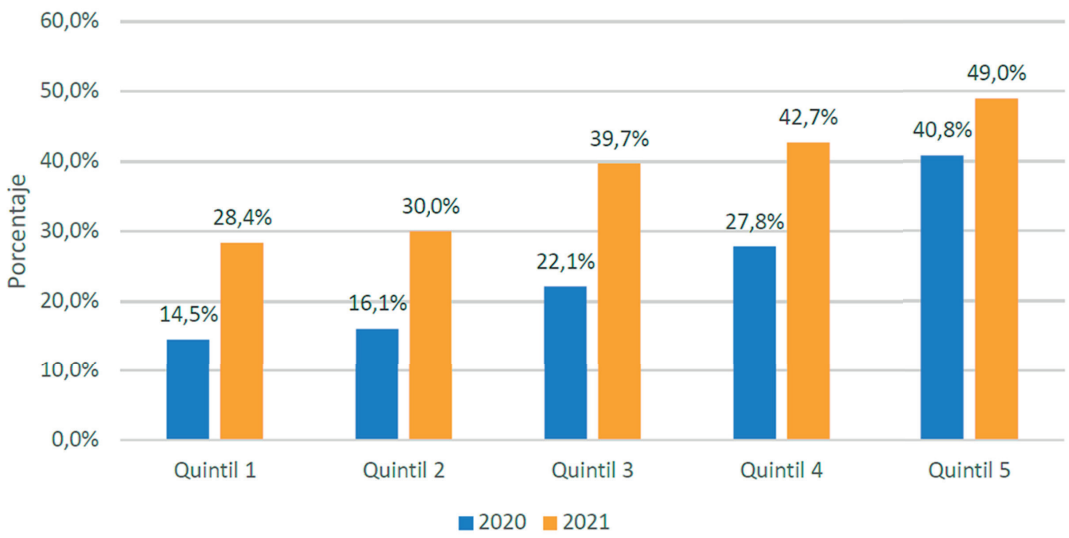
Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2020 y 2021 del INE.

La atención de los efectos del COVID-19 con medicamentos resultó, en 2020, tres veces mayor entre los habitantes del área urbana (llegando hasta 29,7%) respecto a la que se observa en el área rural (9,9%). La diferencia se redujo casi a la mitad en 2021 cuando el porcentaje de personas que recurrió a medicamentos llegó a 42,8% en las ciudades lo que representa un valor 1,5 veces mayor al porcentaje rural (28,6%).

Diferencias por nivel de ingresos

El uso de medicamentos resulta mayor entre la población de mayores ingresos. En el quintil 5, el porcentaje de personas que usaron medicamentos en 2020 llegaba aproximadamente al 40% lo que representa un valor más de dos veces mayor al valor que se obtiene entre las personas de menores ingresos (quintil 1) donde el porcentaje llega apenas al 14%. El siguiente gráfico muestra estas disparidades para los años 2020 y 2021.

Gráfico 27. Porcentaje de personas con síntomas que recibieron medicamentos contra el virus, según quintil de ingreso, 2020 y 2021



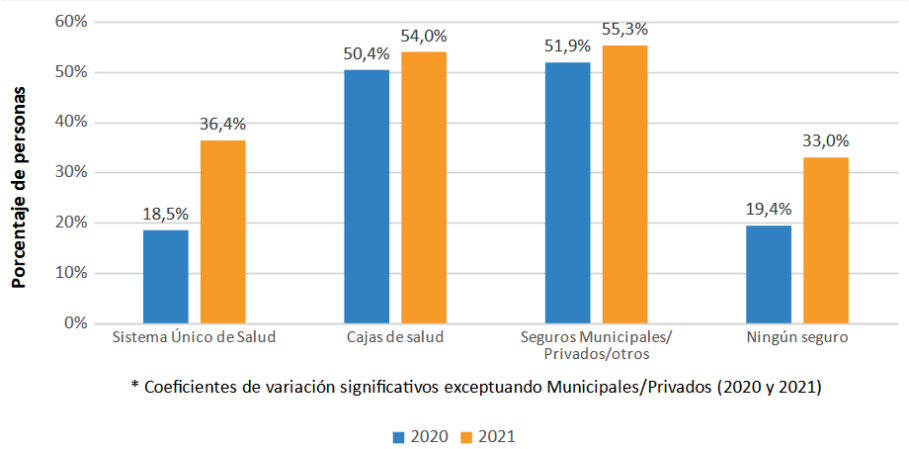
Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2020 y 2021 del INE.

Los incrementos observados durante 2021 sugieren mayor capacidad y, probablemente, más información respecto a cómo tratar la enfermedad. Los aumentos se registraron sobre todo en las poblaciones de menores ingresos lo que hizo reducir la disparidad en este tipo de atención. Los datos del área rural presentados con anterioridad muestran cómo los aumentos se dieron con mayor intensidad en estos territorios. Resulta interesante notar que aumentos en el acceso a medicamentos podrían también estar correlacionados con mayores niveles de desigualdad en el acceso, al ocurrir que personas de los grupos de ingreso más elevados son quienes están mejor informados sobre nuevos tratamientos, tienen más posibilidades de compra y mayores facilidades para acceder a los medicamentos.

Diferencias según características de la oferta

La importancia de contar con un seguro se refleja también en el acceso a medicamentos. El siguiente gráfico muestra el porcentaje de personas con síntomas que recibieron medicamentos considerando cuatro grupos de personas: aquellas registradas al Sistema Único de Salud (SUS); aquellas inscritas en las cajas de salud; aquellas que tienen un seguro público o privado; y quienes no tienen seguro.

Gráfico 28. Porcentaje de personas con síntomas que recibieron medicamentos contra el COVID-19, según afiliación a un seguro médico, 2020 y 2021



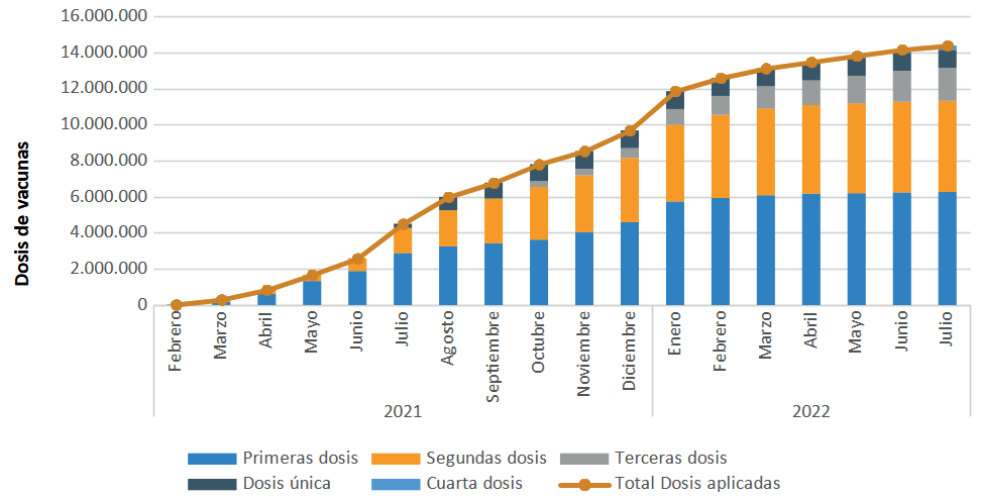
Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2020 y 2021 del INE.

El acceso a medicamentos se observa principalmente entre quienes están afiliados/as a las cajas de salud (54% en 2021) y quienes tienen algún tipo de seguro de salud (55% en 2021). Quienes no están asegurados/as o bien se inscribieron al SUS tienen niveles entre 33% y 36%, respectivamente.

f. Acceso a vacunas

Como resultado de las campañas de comunicación y de la disponibilidad de vacunas, las dosis aplicadas crecieron de manera sostenida, sobre todo, durante 2021. La siguiente gráfica muestra la evolución acumulada de dosis de vacunación diferenciando las primeras dosis, las segundas y aquellas que corresponden a un refuerzo al esquema básico de dos inoculaciones.

Gráfico 29. Aplicación acumulada de vacunas contra el COVID-19, 2021 y 2022



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles del Ministerio de Salud (recopilación de Mauricio Foronda y Gabriel Weise).

El aumento constante durante 2021 y el "salto" observado a inicios del año siguiente permitió llegar hasta 12 millones de dosis al finalizar enero de 2022. Este valor incluye las primeras dosis, las segundas y aquellas de refuerzo. A pesar de que el ritmo de vacunación parece haberse detenido desde entonces, el número acumulado siguió creciendo hasta

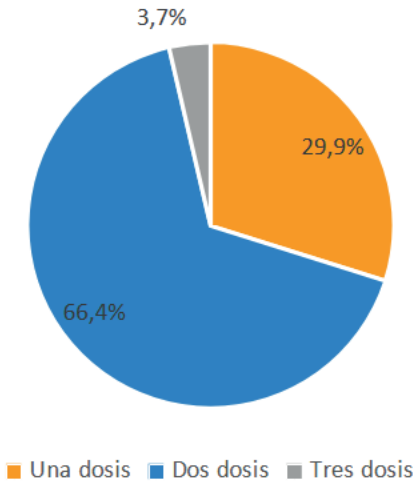
sobrepasar los 14 millones hasta el final del período de análisis (julio de 2022). De este total, 7,8 millones corresponden a esquemas de vacunación completos (dosis únicas, segundas dosis o dosis de refuerzo).

Después del incremento registrado en enero de 2022, la aplicación de vacunas se redujo sistemáticamente. En julio, se aplicaron algo más de 220 mil dosis, cifra muy inferior, por ejemplo, al número que se observó en julio de 2021 cuando se aplicaron más de 1.9 millones de vacunas.

La Encuesta de Hogares 2021 permite estimar que más de 5,5 millones de personas se vacunaron hasta noviembre de 2021 (fecha del levantamiento de información), un valor comparable con los registros oficiales de finales de este año. Esta cantidad representa el 49% de toda la población de ese momento.

Dos tercios de la población vacunada (66%) dijo que había recibido dos dosis lo que sugiere que esta proporción sería, cuando menos, aquella que recibió el esquema de vacunación completo. Dentro del 30% de las personas que declararon haber recibido solo una dosis, se encuentran quienes accedieron a la vacuna de Johnson & Johnson en cuyo caso se requiere solo una inoculación para alcanzar la efectividad del tratamiento. A este total se suma el 4% de personas que tienen tres dosis, porcentaje que se explica por el hecho de haber reforzado el esquema de vacunación.

Gráfico 30. Porcentaje de personas que recibieron vacunas contra el COVID-19 durante 2021, según número de dosis aplicadas, 2020 y 2021

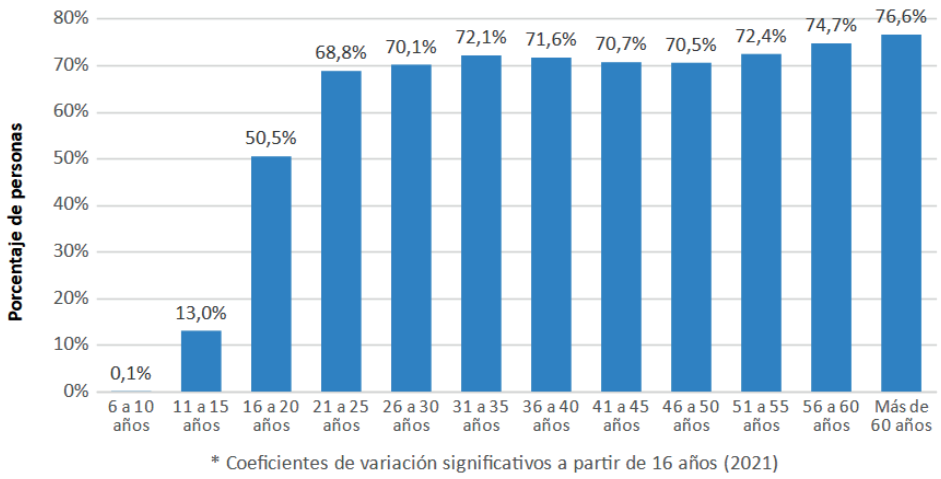


Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuesta de Hogares 2021 del INE.

Diferencias por edad

Como es de esperar, las coberturas de vacunación se concentran en las poblaciones de 18 años y más. El porcentaje de personas que recibieron al menos una vacuna contra el virus varía entre 68,8% y 76,6% al considerar solamente a este grupo. La vacunación para menores comenzó en noviembre de 2021 para el rango de edad de 12 a 17 años y en diciembre para el rango de edad de 5 a 11 años.

Gráfico 31. Porcentaje de personas que recibieron al menos una vacuna contra el COVID-19 según grupos de edad, 2021

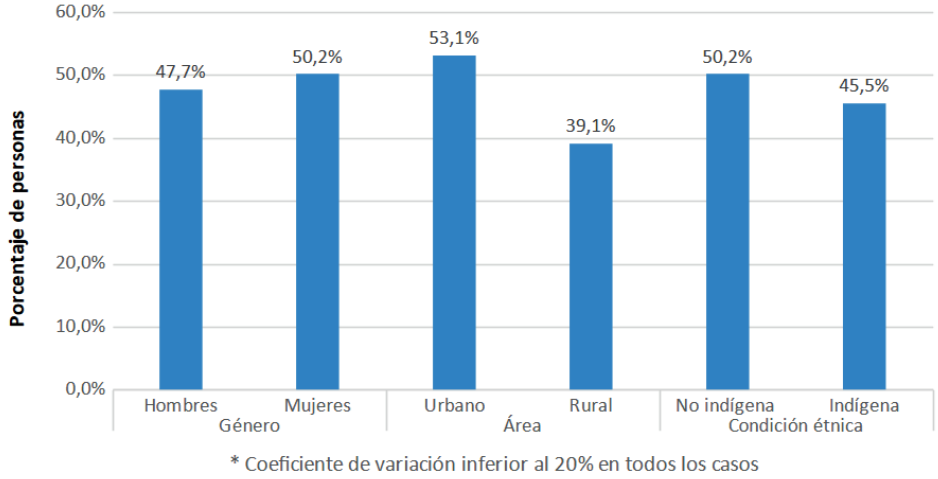


Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuesta de Hogares 2021 del INE.

Diferencias por grupo poblacional

A pesar del acceso universal a las vacunas, las poblaciones urbanas consiguen mayores coberturas que aquellas rurales. A fines de 2021 (cuando se aplicó la encuesta de hogares), la cobertura rural llegaba apenas a 39% de la población (14 puntos por debajo de la cobertura urbana). De manera coincidente con esta tendencia, solo un 45% de las personas auto declaradas indígenas dijeron haber recibido, al menos, una dosis (5 puntos por debajo de sus pares no indígenas). No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Gráfico 32. Porcentaje de personas que recibieron vacunas contra la COVID-19 según características sociodemográficas, 2021



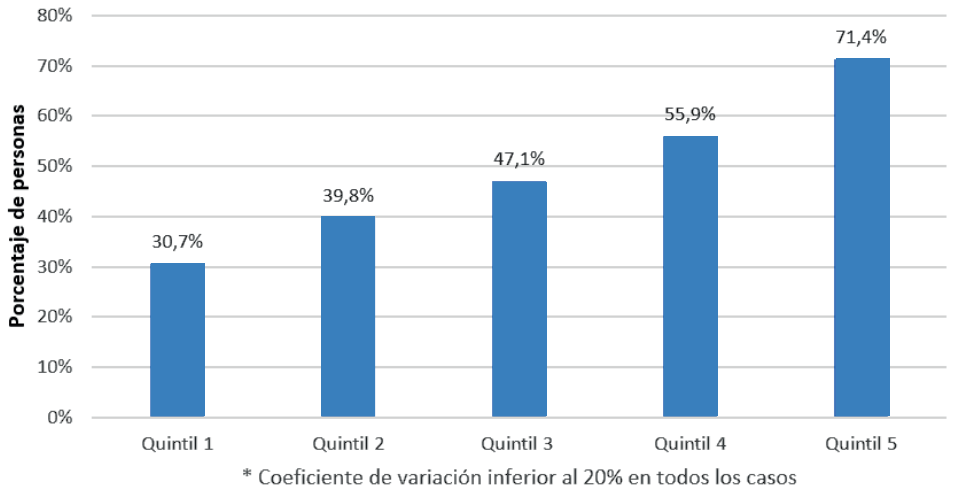
Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuesta de Hogares 2021 del INE.

Diferencias por nivel de ingresos

Las diferencias en el porcentaje de vacunación varían significativamente con los niveles de ingreso. Mientras que casi un 70% de las personas del quintil más elevado recibieron la

vacuna, solamente el 31,7% del quintil más bajo la recibieron. Las diferencias sistemáticas que se observan entre grupos no guardan relación con la gratuidad de la vacuna, con su acceso disponible en diferentes momentos y con la promoción desde diferentes ámbitos de gestión (nacional, departamental o local).

Gráfico 33. Porcentaje de personas que recibieron al menos una vacuna contra el COVID-19, según quintil de ingreso, 2021



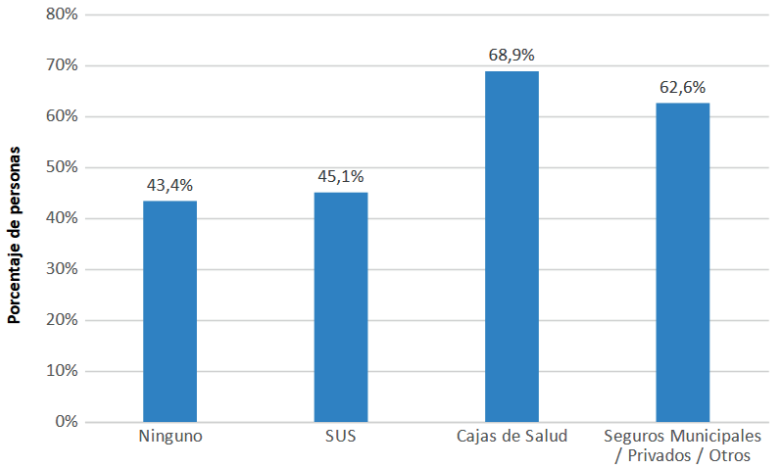
Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuesta de Hogares 2021 del INE.

Las diferencias por nivel de ingreso se observan tanto en el área urbana como en el área rural. En el área urbana, por ejemplo, el porcentaje de vacunación entre quienes pertenecen al quintil más elevado (75,3%) representa más del doble del que se observa entre quienes se encuentran en el quintil más bajo (35,4%). Algo similar ocurre en el área rural, donde el porcentaje del quintil más rico (56,3%) más que duplica el valor del grupo más pobre (22,9%). Los valores se encuentran disponibles en el anexo estadístico que acompaña este informe.

Diferencias según características de la oferta de salud

Con el fin de exhibir las características en 2021 de las personas que recibieron al menos una dosis de la vacuna contra el COVID-19, la Encuesta de Hogares (EH) en su sección de salud indaga respecto a la afiliación a un seguro. Se encuentra que entre el 60 y 70% de los individuos afiliados a una caja de salud u otro seguro de salud (excluyendo el universal) han recibido en 2021 una vacuna contra el COVID-19. Mientras que para los individuos no asegurados o asegurados en el Seguro Universal de Salud (SUS) las tasas fueron significativamente más bajas, rodeando los valores de 45% para estos segmentos demográficos.

Gráfico 34. Porcentaje de personas que recibieron al menos una dosis de la vacuna contra el COVID-19, según afiliación a un seguro médico en 2021



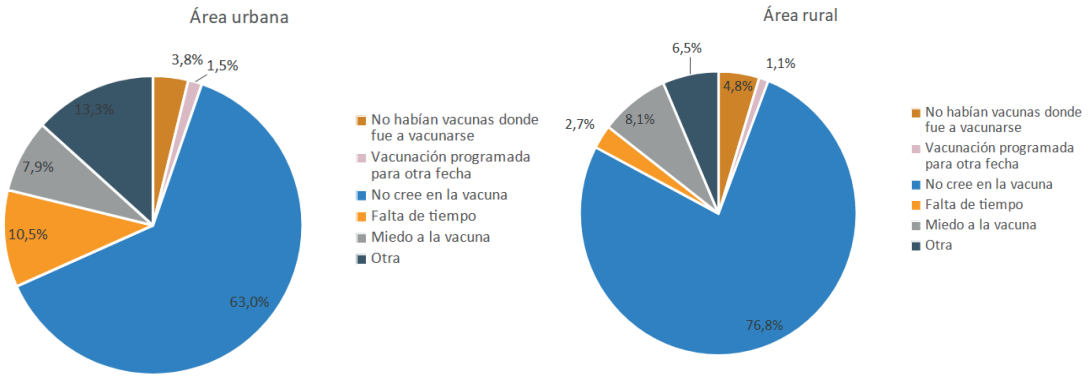
* Coeficiente de variación inferior al 20% en todos los casos

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuesta de Hogares 2021 del INE.

Razones para no vacunarse

Los bajos porcentajes de vacunación podrían explicarse, sobre todo, por decisiones de los hogares antes que por limitaciones en la oferta de vacunas. La siguiente ilustración presenta la distribución porcentual de las respuestas que dieron las personas mayores de 18 años no vacunadas al momento de indagar por las razones para no vacunarse. Las respuestas se presentan para la población urbana y rural.

Gráfico 35. Porcentaje de personas no vacunadas mayores a 18 años según razón por la que no recibió ninguna dosis[9], por área de residencia, 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuesta de Hogares 2021 del INE.

La disponibilidad de vacunas constituye uno de los factores de menor importancia al momento de explicar la falta de vacunación. En el área rural el porcentaje de personas que atribuyen a este factor la ausencia de vacunas llega apenas al 4,8% mientras que en

[9] La pregunta en la EH 2021 sobre este tema es: "En este año 2021, ¿por qué (...) no recibió la vacuna o la segunda dosis contra COVID-19?", y las opciones de respuesta son: (1) No le corresponde por su edad, (2) No hay vacunas donde fue a vacunarse, (3) Está programada para otra fecha, (4) No cree en la vacuna, (5) Porque tiene la vacuna de una sola dosis (Janssen), (6) Otra (Especifique).

el área urbana llega al 3,8%. En cambio, aspectos como no creer en las vacunas, miedo a las mismas o falta de tiempo constituyen los factores de mayor peso. Por ejemplo, en el área urbana un 63% del grupo poblacional de referencia dijo que no se vacunó porque no cree en la vacuna. En el área rural, este porcentaje llega casi hasta el 77%.

3.3. Efectos de la pandemia

A continuación, se presentan algunas de las principales tendencias de variables demográficas, económicas y otras relacionadas con el acceso a servicios sociales como una aproximación a los primeros efectos de la pandemia sobre el bienestar de la población. La presentación de los resultados sigue el orden sugerido en el análisis realizado por CEPAL y CELADE a propósito del mismo tema (CEPAL, 2022). Este enfoque se complementa con una revisión de algunas de las principales variables económicas que tuvieron consecuencias sobre el bienestar de la población. Al final, se discuten los posibles efectos sobre las desigualdades de corto y de largo plazo a partir de la interrupción de varios de los servicios sociales y de protección durante los períodos de cuarentena.

a. Efectos sobre variables demográficas

Discusión de posibles efectos

Mortalidad

A nivel global, las tasas de letalidad del virus se redujeron de manera sostenida en el tiempo. Sin embargo, esta reducción no fue inmediata y estuvo intermediada por factores sobre los cuales habría que prestar atención al momento de evaluar las reducciones a futuro. Entre las variables que se deben considerar figuran: el número de pruebas de detección realizadas, la gestión en el sistema de salud de las personas contagiadas, la capacidad hospitalaria, el personal médico disponible y, la aparición de nuevas variantes (CEPAL, 2022).

Un elemento reiterado en las discusiones públicas tiene que ver con el efecto esperado de la mortalidad como consecuencia de los aumentos en las tasas de vacunación. Las vacunas contra este virus han prevenido la muerte de más de 14 millones de personas alrededor del mundo entre diciembre de 2020 y diciembre de 2021 (Watson, y otros, 2022). En países de bajo ingreso se podría haber evitado el 41% de las defunciones por COVID-19 si la cobertura de las vacunas hubiera alcanzado al 20% de la población a finales de 2021. Consecuentemente, países con mayor tasa de vacunación presentan también una mayor reducción de defunciones por concepto de COVID-19 (CEPAL, 2022).

Además de los factores ligados a la oferta de salud, CEPAL (2022) encuentra una alta correlación entre vulnerabilidad socioeconómica, la severidad de la infección en la persona y las muertes por COVID-19. Se espera que las personas en mayor condición de vulnerabilidad socioeconómica se encuentren más expuestas a los contagios por la naturaleza de sus empleos y también por una menor capacidad de protección y gestión del contagio.

Esta vulnerabilidad puede ser comprendida como la combinación de varios factores que hacen que una persona sea relativamente más vulnerable que otra. Entre los principales, se encuentra la ausencia de seguro de salud, la precariedad laboral, el bajo nivel de ingreso, la pobreza y afecciones de salud preexistentes.

Por otro lado, personas adultas mayores y con enfermedades de base constituyen un

grupo de alto riesgo en caso de contagio de COVID-19. Wachtler et al. (2020) mencionan que personas con enfermedades cardiovasculares, de pulmones, de hígado, diabetes, cáncer, enfermedades autoinmunes, obesidad y tabaquismo podrían presentar mayores riesgos de contagio. Los autores afirman que existe una interrelación entre vulnerabilidad socioeconómica, salud y edad por lo cual sería de esperar que la letalidad resulte mayor entre personas de edad avanzada, con enfermedades de base y con ingresos económicos fluctuantes.

Existen razones para creer que la mortalidad materna podría haberse incrementado luego de la pandemia. Un estudio reciente sugiere que los aumentos en la mortalidad por COVID-19 podrían atribuirse a tres factores ligados a la capacidad de respuesta de los hogares y de los centros de salud. Para los casos de Chile, Ecuador y Colombia, el estudio identifica tres posibles razones que justifican estos aumentos: 1. Reducido acceso a información respecto a las características del virus y las formas de tratarlo; 2. Restricciones a la movilidad que impidieron el acceso de las mujeres a servicios médicos y menor capacidad de realizar gastos de bolsillo; y 3. Reducción en la calidad de la atención de partos como resultado de una excesiva concentración de los servicios en la atención del virus (UNFPA, 2022).

Los aumentos en mortalidad conllevan reducciones en la esperanza de vida. Estimaciones de la CEPAL (2021) muestran que la esperanza de vida se habría reducido entre 0,3 y 6 años en la región antes de la llegada de vacunas. Estos valores oscilan dependiendo de la tasa de prevalencia de la pandemia y la tasa de letalidad. En un estudio similar para 29 países[10] se encuentra que en 27 de ellos la esperanza de vida se redujo. Para el caso chileno, encuentra que la esperanza de vida se redujo en 1,28 años en hombres y en 0,85 años en mujeres (Aburto et al, 2022). De manera similar, los hombres en Estados Unidos tienen el mayor declive de esperanza de vida de los 29 países, totalizando una pérdida de 2,2 años. Hasta donde conoce el equipo investigador no se cuenta con una estimación del efecto de la mortalidad sobre la esperanza de vida en el caso de Bolivia.

Las caídas en la esperanza de vida varían en distintos grupos poblacionales. (Castro, y otros, 2021) muestran una pérdida de esperanza de vida de 1,3 años en Brasil entre 2019 y 2020. Este fenómeno afecta más a hombres, cuya esperanza de vida se redujo en 1,57 años, mientras que aquella de las mujeres bajó en 0,95 años. En este país, el estado más afectado ha sido el del Amazonas que concentra una diversidad de poblaciones indígenas. Se estima una reducción de 3,46 años de esperanza de vida. Regiones con presencia indígena como Amapá (3,18 años) y Pará (2,71) también presentan mayores caídas en este indicador. Estos tres estados del norte de Brasil tienen los peores indicadores de desigualdad de ingreso, pobreza, acceso a servicios básicos. Además, cuentan con una limitada disponibilidad de médicos y camas en centros de salud.

Fecundidad

A priori, no resulta evidente si la pandemia hubiese determinado un mayor o menor número de nacimientos y, por tanto, si habría afectado o no las tasas de fecundidad. Por un lado, existen estudios que sugieren que la "demanda" por hijos/as se habría reducido. Por otro lado, aún se está analizando el potencial efecto del virus sobre la capacidad reproductiva humana. A estos factores, se suman "variables intermedias" que podrían facilitar o limitar la fertilidad.

En el caso de la demanda por hijos/hijas, la incertidumbre, el deterioro económico y las medidas de precaución social podrían incentivar al aplazamiento y/o cancelación de proyectos reproductivos lo que repercute en una reducción de los nacimientos planificados

[10] Se puede destacar Estados Unidos y Chile; el resto son países europeos.

(Sobotka, y otros, 2021). Sin embargo, los datos para América Latina no permiten corroborar esta hipótesis. Las tendencias a la caída de la fecundidad que se observaban antes de la pandemia continúan sin ninguna señal de que esta podría volver a subir.

CEPAL (2022) menciona que no existe un riesgo probado de una reducción en la capacidad reproductiva de los hombres como consecuencia de la infección por el virus. No se cuenta con evidencia significativa que sugiera que el virus hubiera afectado el aparato reproductor masculino o los niveles de testosterona por lo que no habría que esperar un efecto en dicha capacidad (Khalili, y otros, 2020).

Entre las variables intermedias se mencionan la actividad sexual, la nupcialidad, el acceso a métodos anticonceptivos y el aborto (CEPAL, 2022). En el primer caso, el efecto depende de la cohabitación con la pareja. La ausencia de datos impide cuantificar la magnitud y direccionalidad de dicha variable. La nupcialidad se habría visto afectada por un menor número de nuevos matrimonios como resultado de las restricciones de movimiento y el cierre temporal de centros administrativos. Generalmente, no se cuenta con información sobre la evolución del número de uniones libres.

La falta de acceso a métodos anticonceptivos (incluido el aborto en países donde es legal), ya sea por la falta de oferta de servicios médicos en esta área, como la reducción de ingresos para adquirirlos, habría aumentado la fecundidad no deseada. Si bien la evidencia es escasa, se cuenta con información para algunos países de la región que refuerza esta idea respaldada sobre todo por la "interrupción en la cadena de suministros" que impidió a los centros médicos entregar de manera regular y efectiva métodos anticonceptivos[11]. La (OMS, 2021) calcula que más del 60% de países en la región interrumpieron temporalmente los servicios de planificación familiar y anticoncepción en el primer trimestre de 2021 y que se evidenció una reducción del 50% (o más) en la provisión de suministros.

Migración

Como forma de resguardarse y evitar la propagación del virus, la mayoría de los países han optado por medidas relacionadas con el cierre de fronteras o restringiendo el acceso a su territorio. OIM (2021) muestra que, a principios de la pandemia y a nivel mundial, el 80% de las medidas de control pasaban por la restricción de acceso en fronteras.

Si bien estas medidas se mantuvieron por cierto tiempo, los efectos sobre la migración internacional no son evidentes. En cambio, las condiciones de migración durante la pandemia empeoraron considerablemente. Un caso emblemático entre Bolivia y Chile fue el paso fronterizo de Colchane, donde el aumento en los cruces irregulares, principalmente, de personas de nacionalidad venezolana, estuvo acompañado de pérdidas humanas.[12] CEPAL (2022) muestra que la población de inmigrantes en Colombia, Chile y Costa Rica se redujo o bien se mantuvo sin cambios significativos. Colombia, para 2019, tenía 1,14 millones de población migrante, mientras que para 2020 1,09 millones. Por su lado, Costa Rica tuvo 542 mil en 2019 y 557 mil en 2020. Chile tenía 1,45 millones de migrantes en 2019 y 1,46 en 2020.

No está claro cuál podría ser el efecto neto de la pandemia y las medidas de confinamiento sobre la migración interna. Por un lado, se evidenció un fenómeno de emigración de ciudades grandes, cuyo alto nivel de densidad poblacional incrementa el riesgo de contagio

---

[11] Agradecemos esta referencia particular a Virginia Camacho (responsable regional de Salud Sexual y Reproductiva en UNFPA). Entrevista en línea el martes 27 de julio de 2022.

[12] *Una descripción del suceso está disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-55950140. Una caracterización de las personas migrantes en Colchane y sus necesidades se encuentra disponible en (OIM, 2022).*

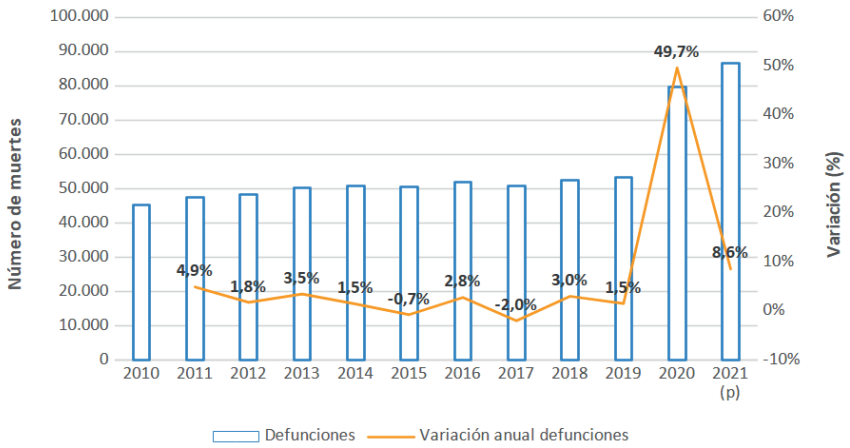
de COVID-19, a ciudades más pequeñas (Martin & Bergmann, 2020). Por otro lado, las medidas de inmovilidad habrían tenido un efecto de contención de la migración interna con lo cual el "efecto neto" de la pandemia sobre la migración interna resulta incierto. Para el caso de América Latina y el Caribe, CEPAL (2022) concluye que la pandemia redujo la migración interna. Sin embargo, se habría reestructurado el balance de los flujos migratorios en favor de ciudades intermedias y rurales a costa de ciudades más grandes.

Efectos observados

Mortalidad

El número de muertes registradas al inicio de la pandemia (2020) se incrementó sustancialmente hasta llegar a un nivel de 80 mil decesos lo que representa un aumento de casi 30 mil respecto al promedio de los años anteriores. Aunque los datos provenientes de esta fuente no permiten establecer la causa de las muertes, el valor de 30 mil adicionales corresponde con el número de fallecimientos por COVID-19 según las declaraciones observadas en encuestas de hogares. El siguiente gráfico presenta los datos en valores absolutos (eje izquierdo) y las tasas de crecimiento interanual (eje derecho).

Gráfico 36. Número y variación de muertes por año de registro, 2010 a 2021

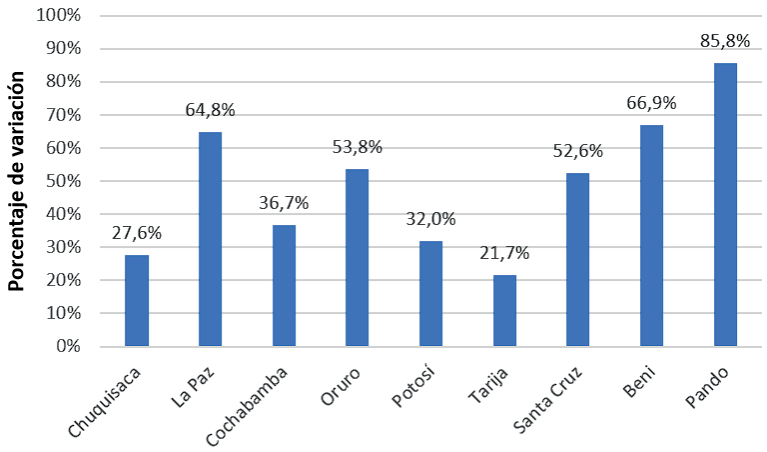


Fuente: Elaboración propia en base a registros del SERECI reportados por el INE.

El promedio de crecimiento que llegaba al 1,8% entre 2011 y 2019, se incrementó en 2020 hasta llegar casi al 50% durante el año de inicio de la pandemia. Durante 2021, el número de fallecimientos continuó su ascenso, aunque a una tasa más baja (8,6%).

El incremento en el número de decesos resulta una tendencia común en todos los departamentos. Por ejemplo, La Paz, que es uno de los departamentos que tradicionalmente registra un elevado número (por encima de los 15 mil el año 2019), vio incrementar los fallecimientos hasta niveles próximos a los 28 mil casos en 2020. En el siguiente gráfico se observa la tasa de crecimiento entre 2019 y 2020 en cada departamento.

Gráfico 37. Variación anual en el número de defunciones por departamento, 2019 a 2020



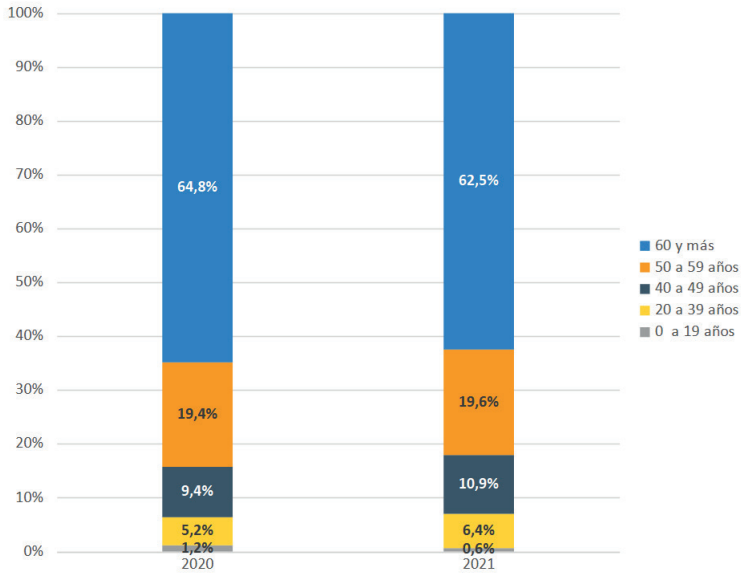
Fuente: Elaboración propia en base a registros del SERECI reportados por el INE.

Los datos muestran que La Paz, Beni y Pando son aquellos lugares donde los cambios fueron más significativos. A pesar de la permanencia y las elevadas tasas de letalidad del virus, regiones como Santa Cruz presentan tasas de crecimiento por debajo de las que se observan en dichas regiones.

Diferencias por edad

Los registros de mortalidad se actualizan lentamente y no siempre permiten mayor desagregación. En el caso del Servicio de Registro Civil (SERECI), no se puede obtener información por edad. Por esta razón, se procesaron datos del Servicio Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) los cuales permiten, por un lado, identificar la causa de muerte y, por otro lado, identificar la edad de la persona fallecida. Incluso reconociendo la posible subestimación de casos, esta fuente ofrece información que corrobora algunas de las tendencias de mortalidad previstas. El siguiente gráfico presenta la composición de los decesos para distintos grupos de edad según fueron registrados en este Sistema.

Gráfico 38. Distribución del número de fallecimientos por COVID según rango de edad, 2020 a 2022



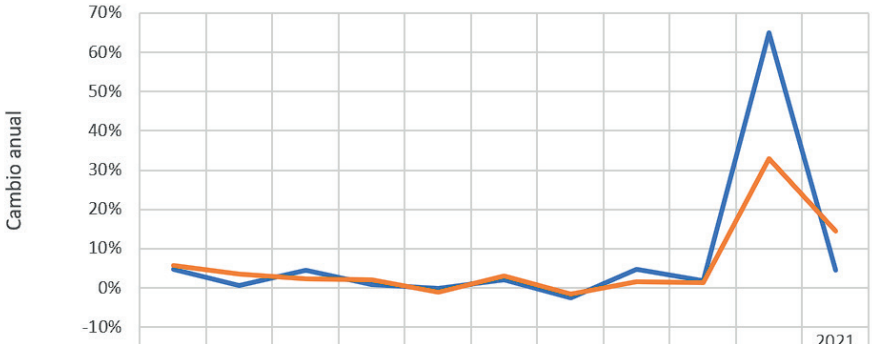
Fuente: Elaboración propia con base en los reportes dinámicos del SNIS-VE.

Para un total de más 10.900 decesos en 2020 y más de 13.400 en 2021 (muertes registradas "por COVID 19"), se observa que estos ocurren principalmente entre la población de 60 años y más[13]. Para 2021, el 62% de los fallecimientos se registraron en este rango de edad. Luego, figuran las muertes en el grupo de 50 y 59 años (que agrupa el 20% de los casos el mismo año) y aquellas registradas en las personas de 40 a 49 años (6%).

Diferencias por grupo poblacional

Los incrementos en el año de la pandemia resultan muy superiores entre la población masculina. Entre 2019 y 2020, se registraron más de 18 mil muertes de varones mientras que las muertes de mujeres se incrementaron en 8 mil. Esta información se basa en el SERECI la cual no permite establecer la causa de fallecimiento, sin embargo, ofrece una primera aproximación a la magnitud de los efectos directos e indirectos de la pandemia. El siguiente gráfico ilustra las tasas de variación anual para ambas poblaciones desde 2011.

Gráfico 39. Tasa de variación en el número de defunciones por sexo, 2011 a 2021



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 (p)
Hombres	4,671%	0,671%	4,630%	0,780%	-0,165%	1,978%	-2,498%	4,864%	1,728%	64,921%	4,489%
Mujeres	5,645%	3,621%	2,357%	2,081%	-1,164%	3,142%	-1,474%	1,563%	1,403%	32,914%	14,367%

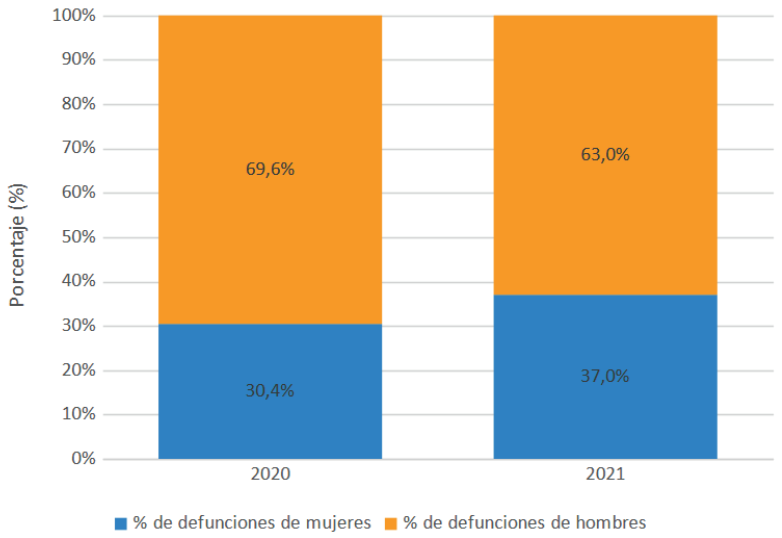
Fuente: Elaboración propia en base a registros del SERECI reportados por el INE.

Las tasas de variación, que oscilan alrededor del promedio (1,8% para ambos grupos), se incrementan drásticamente el año 2020. El cambio en el total de fallecimientos de hombres (64,9%) duplica la variación entre las mujeres (32,9%). El año 2021, las tasas masculina y femenina resultan similares.

Los datos del SNIS-VE complementan esta información y ratifican la mayor mortalidad masculina por COVID-19 en relación a la mortalidad femenina. El siguiente gráfico presenta la composición de las muertes por esta causa distinguiendo el sexo de la persona fallecida.

[13] A propósito del número de fallecimientos atribuible al factor COVID-19, resulta importante notar que Bolivia se encuentra entre los países con mayor índice de subregistro de mortalidad por este factor. Al respecto, véase prevista (Karlinsky & Kobak, 2021). Este estudio calcula un subregistro de 36.000 casos para el país lo que representa un valor de 310 muertes en exceso respecto al total de su población (valor que solo superado por Ecuador y Perú entre los países de América Latina).

Gráfico 40. Porcentaje de muertes por COVID según sexo, 2020 a 2021



Fuente: Elaboración propia con base en los reportes dinámicos del SNIS-VE.

Hasta donde conoce el equipo investigador, no existe una explicación oficial que justifique estas diferencias, sin embargo, existe evidencia comparada con otros países que ofrecen dos tipos de explicación. Por el lado biológico, (Benavides, Vives, Zimmerman, & Silva-Peñaherrera, 2020) sugieren que las mujeres tienen una mejor respuesta del sistema inmunológico (su sistema produce una mayor cantidad de interferón tipo 1, una citosina antiviral que responde de manera temprana los efectos del contagio). Al mismo tiempo, los hombres presentan una prevalencia mayor de comorbilidades como enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas, las que ocasionan mayor vulnerabilidad a los efectos del virus. Por otro lado, los autores argumentan que una mayor "exposición laboral" de los varones, los harían más susceptibles al contagio y muerte.

Diferencias por nivel de ingresos

El número de decesos se concentra en los grupos de mayores ingresos, aunque las diferencias en términos relativos no resultan claras. La siguiente tabla muestra el número de decesos por COVID-19 (según la declaración de los hogares), el número estimado de personas con síntomas del virus y la relación entre ambas variables (decesos por personas sintomáticas).

Tabla 4. Decesos (en miles), población contagiada (en miles) y porcentaje de muertes por COVID-19, 2020 y 2021

Variable/Quintil	2020	2021
Número de decesos por COVID-19 (en miles)		
Q1	2,0	2,8
Q2	4,2	3,6
Q3	3,4	0,9
Q4	6,4	2,1
Q5	12,4	9,1
Total	**28,5**	**18,6**

Variable/Quintil	2020	2021
Número de personas con síntomas (en miles)		
Q1	164,8	144,2
Q2	233,2	191,1
Q3	251,2	246,3
Q4	305,2	278,7
Q5	354,4	350,7
Total personas con síntomas	**1.308,7**	**1.211**
Decesos por COVID-19 respecto a personas con síntomas (%)		
Q1	1,20%	2,00%
Q2	1,80%	1,90%
Q3	1,40%	0,40%
Q4	2,10%	0,80%
Q5	3,50%	2,60%
Promedio	**2,20%**	**1,50%**
Decesos por COVID-19 respecto a población (decesos por mil personas)		
Q1	0,84	1,20
Q2	1,80	1,51
Q3	1,47	0,39
Q4	2,75	0,90
Q5	5,30	3,83
Total	**2,43**	**1,56**
Porcentaje de adultos mayores respecto a población (%)		
Q1	10,83%	9,97%
Q2	12,53%	10,05%
Q3	11,80%	8,25%
Q4	13,19%	10,82%
Q5	19,27%	17,07%
Promedio	**13,52%**	**11,23%**

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2020 y 2021 del INE.

El número de decesos resulta mayor en el grupo de mayores ingresos lo que se justifica por el volumen estimado de fallecimientos que pasa de las 12.400 personas muertas, cifra que duplica la del quintil inmediatamente inferior (donde se estiman 6.400 muertes) durante 2020. Esta diferencia podría deberse a la estructura etaria del quintil más rico cuya población mayor a 65 años (19,27% en 2020) representa casi el doble del porcentaje de adultos mayores en el quintil más pobre (10,83% el mismo año). Las diferencias también podrían deberse a que la población de los quintiles más bajos podrían tener un comportamiento diferente al momento de declarar la presencia de síntomas o el número de fallecimientos.

Las estimaciones a partir de encuestas de hogares sugieren que el número de decesos por COVID-19 se habría reducido entre 2020 y 2021. Al considerar las muertes declaradas por contagios confirmados o con síntomas de COVID-19 el número de fallecimientos en 2021 llega hasta los 18.600, cifra que resulta un 35% más baja que la que se obtiene para 2020 cuando se habría sobrepasado los 28.500 casos.

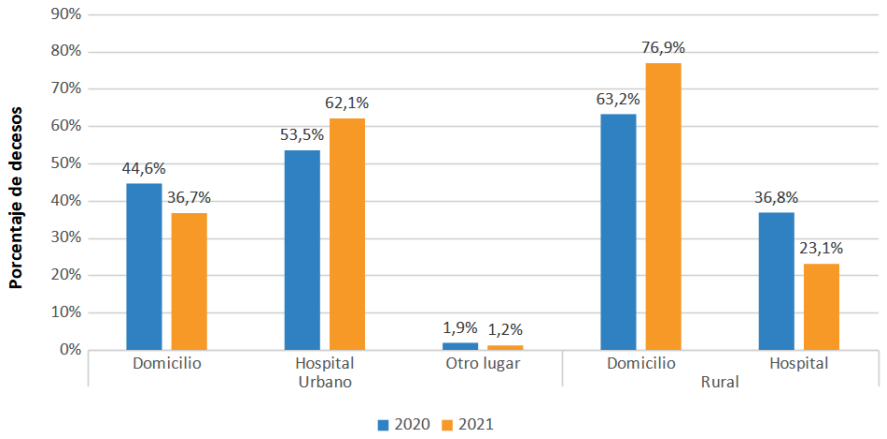
Las reducciones en la mortalidad fueron influenciadas sobre todo por las caídas en los grupos de ingresos medios y altos (quintiles 3, 4 y 5). La dinámica del indicador estimado (porcentaje de mortalidad) podría explicarse por el comportamiento en el área urbana que registra estas caídas en mayor proporción, como también en los incrementos tanto en la vacunación, las pruebas y el consumo de medicamentos por parte de personas sintomáticas. En cambio, el grupo de menos ingresos (quintil 1) resultó el único donde aumentaron los decesos lo que se refleja en un aumento de la mortalidad relativa del 1,2% en 2020 al 2% en 2021. Las estimaciones desagregadas por área geográfica (disponibles en anexo) sugieren que el exceso de mortalidad podría provenir de los grupos rurales más pobres.

Capacidad de registro de los decesos

Un aspecto central para las políticas de prevención, cuidado y asistencia en casos de fallecimiento tiene que ver con la capacidad de los sistemas de registro para capturar información sobre los fallecimientos. En la medida en que los hogares tengan mayor acceso a centros sanitarios, también será mayor la capacidad del sistema de salud para el seguimiento de las enfermedades. El hecho de que, aproximadamente, la mitad de los decesos haya ocurrido en los domicilios disminuye esa capacidad.

El lugar del deceso podría resultar indicativo de una mayor (o menor) capacidad de atención de los síntomas. En la siguiente gráfica, se describe el porcentaje de muertes ocurridas en hospitales (donde se esperaría una mayor capacidad de atención), domicilios u otro lugar declarado por el hogar. Se presenta la distribución para las áreas urbana y rural.

Gráfico 41. Distribución de decesos por COVID-19 por lugares de fallecimiento, y lugar de residencia, 2020 y 2021



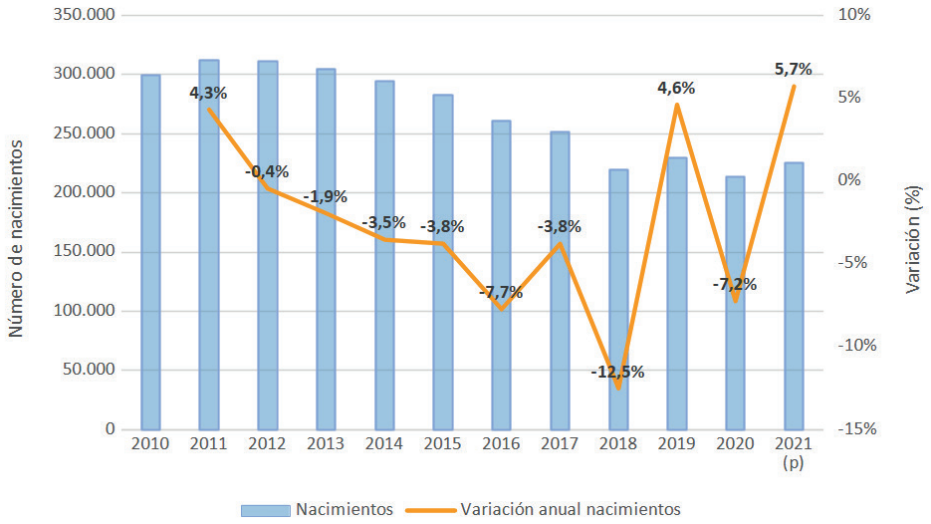
Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2020 y 2021 del INE.

A diferencia del área urbana, donde casi un tercio de los decesos ocurrieron en centros de salud, en el área rural esta proporción llega al 23% en 2021. El porcentaje de fallecimientos en hospitales del área rural se redujo respecto a 2020 cuando llegó casi al 36,8%. No sucede lo mismo en el área urbana donde el porcentaje de fallecimientos en hospitales se incrementó del 53% en 2020 al 62% en 2021.

Natalidad y Fecundidad

Las tendencias en el registro de nacimientos observadas desde 2010 no parecen haberse visto afectadas por la crisis sanitaria. Desde 2011, el número de nacidos se redujo de manera persistente alcanzando su punto más bajo en 2018. Ese año la reducción fue del 12,5% anual. A partir de entonces, se observan subidas y bajadas siendo la más notoria la de 2020 cuando el número de nacimientos se redujo en 7,2%. El aumento en 2021 (5,7%) sugiere que no habría mayores cambios de tendencia.

Gráfico 42. Cantidad y variación de los nacimientos en Bolivia, 2010 a 2021



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Órgano Electoral Plurinacional.

La evidencia proveniente del SNIS-VE refuerza la idea de una reducción en el número de nacimientos durante el año 2020 y una recuperación el año 2021. Sin embargo, estos datos representan alrededor del 50% de aquellos que se obtienen del Órgano Electoral (que son los mostrados en el gráfico y están por encima de las estimaciones). Probablemente, esta situación se explica porque el registro del SNIS-VE aún se encuentra en proceso de consolidación.

La tendencia a la reducción también se confirma con datos de las encuestas de hogares que indagan por el número de mujeres que tuvo un hijo el año previo a la encuesta. Las estimaciones muestran caídas sostenidas desde 2018 cuando el número de nacimientos de 2017, aproximado por este indicador, habría alcanzado hasta casi 184 mil. Los datos para 2021 muestran que el número de mujeres que dio a luz en 2020 habría llegado hasta 157 mil, un valor inferior en 15% al que se tenía tres años atrás. No es posible observar la recuperación en la tendencia hasta contar con los datos de la encuesta 2022 que permitiría aproximar los nacimientos de 2021 a partir de esta fuente.

Diferencias por edad

Se recurrió a las encuestas de hogares para tener una aproximación al número de nacimientos siguiendo la definición antes citada. La siguiente tabla muestra las estimaciones para el período 2018 a 2021.

Tabla 5. Porcentaje de mujeres que tuvo un hijo/a hasta un año anterior a la encuesta, según grupos de edad fértil, 2018 a 2021

Edad	2018	2019	2020	2021
Menor a 15 años*	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
15 a 19 años	3,7%	4,1%	3,5%	3,0%
20 a 24 años	9,9%	9,8%	8,5%	6,9%
25 a 29 años	9,1%	9,6%	9,8%	10,4%
30 a 34 años	8,5%	8,0%	7,5%	7,3%
35 a 39 años	7,7%	5,6%	4,1%	4,7%
40 a 44 años*	3,4%	2,6%	2,6%	1,2%
Mayor a 44 años*	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
Total	3,2%	3,0%	2,7%	2,6%

*** = Coeficientes de variación no significativos**

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2018-2021 del INE.

Las cifras no permiten apreciar cambios bruscos en el indicador y, más bien, refuerzan la idea de una tendencia general a tener menos hijos/as. Al observar las diferencias entre grupos, llama la atención el aumento observado entre 2018 y 2019 en la población adolescente. Si bien las encuestas de hogares no constituyen el medio ideal para realizar este tipo de seguimiento, la información que se deriva de acá puede ser útil para llamar la atención sobre las necesidades de cada grupo poblacional.

Diferencias por grupo poblacional

Las estimaciones con esta encuesta sugieren el estancamiento en el número de hijos entre las mujeres del área rural e indígenas. De hecho, el dato estimado para 2021 muestra que el número de nacimientos vistos en estas desagregaciones se habría incrementado de manera contraria a lo que pasa con la tendencia general del país. La siguiente tabla muestra el número de mujeres en edad fértil (15 a 44 años) para cada grupo de población, el número de mujeres que tuvo un hijo y la relación entre ambas variables.

Tabla 6. Número de mujeres que tuvo un hijo/a hasta un año anterior a la encuesta, según grupo poblacional, 2018 a 2021

Grupo/variable	2018	2019	2020	2021
Área urbana				
N° de mujeres en edad fértil (E.F) en miles	1.980,5	1.982,6	2.061,7	2.095,6
N° de mujeres en E.F que tuvieron un hijo en miles	124,9	119,9	122,4	104,9
% de mujeres en E.F que tuvieron un hijo respecto a mujeres en E.F	6,3%	6,0%	5,9%	5,0%
Área rural				
N° de mujeres en edad fértil (E.F) en miles	596,9	624,1	615,8	668,6
N° de mujeres en E.F que tuvieron un hijo en miles	59,1	58,3	41,0	52,1
% de mujeres en E.F que tuvieron un hijo respecto a mujeres en E.F	9,9%	9,3%	6,7%	7,8%
Población no indígena				

Grupo/variable	2018	2019	2020	2021
N° de mujeres en edad fértil (E.F) en miles	1.994,3	1.969,0	1.994,3	2.077,9
N° de mujeres en E.F que tuvieron un hijo en miles	129,4	130,2	125,0	109,5
% de mujeres en E.F que tuvieron un hijo respecto a mujeres en E.F	6,5%	6,6%	6,3%	5,3%
Población indígena				
N° de mujeres en edad fértil (E.F) en miles	571,7	628,1	675,3	681,4
N° de mujeres en E.F que tuvieron un hijo en miles	54,2	48,1	38,1	46,6
% de mujeres en E.F que tuvieron un hijo respecto a mujeres en E.F	9,5%	7,7%	5,6%	6,8%

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2018-2021 del INE.

En el área rural, el número de hijos que se aproxima en 2021 y que correspondería al número de nacimientos de 2020 llegó hasta más 52 mil lo que representa un incremento del 27% respecto al total de 41 mil estimado para el año anterior. Esto implica un aumento en la tasa de nacimientos del 6,7% al 7,8%. Entre las mujeres indígenas el aumento en el número de hijos pasó de 38.100 a 46.600, lo que equivale a un cambio porcentual del 22%. La tasa de nacimientos se incrementó del 5,6% al 6,8%. Las poblaciones urbanas y no indígenas, en cambio, muestran reducciones constantes en el número de nacimientos después de la crisis sanitaria.

Diferencias por ingreso

Se observa un comportamiento diferenciado del indicador seleccionado (número estimado de nacimientos) por quintil de ingresos. Mientras que los nacimientos parecen bajar consistentemente en los quintiles medios y altos, el número en el quintil más bajo aumenta de manera más que proporcional respecto al número de mujeres en edad fértil de este grupo.

Tabla 7. Número de mujeres que tuvo un hijo/a hasta un año anterior a la encuesta, según quintil de ingresos, 2018 a 2021

Quintil de ingresos/variable	2018	2019	2020	2021
Quintil 1				
N° de mujeres en edad fértil (E.F) en miles	406,4	463,8	481,9	487,3
N° de mujeres en E.F que tuvieron un hijo en miles	44,7	46,8	38,9	43,0
% de mujeres en E.F que tuvieron un hijo respecto a mujeres en E.F	11,0%	10,1%	8,1%	8,8%
Quintil 2				
N° de mujeres en edad fértil (E.F) en miles	520,6	515,3	536,7	562,4
N° de mujeres en E.F que tuvieron un hijo en miles	46,5	48,9	44,0	43,8
% de mujeres en E.F que tuvieron un hijo respecto a mujeres en E.F	8,9%	9,5%	8,2%	7,8%
Quintil 3				

Quintil de ingresos/variable	2018	2019	2020	2021
N° de mujeres en edad fértil (E.F) en miles	575,7	580,6	573,8	594,5
N° de mujeres en E.F que tuvieron un hijo en miles	44,6	36,7	31,8	28,9
% de mujeres en E.F que tuvieron un hijo respecto a mujeres en E.F	7,7%	6,3%	5,5%	4,9%
Quintil 4				
N° de mujeres en edad fértil (E.F) en miles	576,7	551,9	568,2	587,1
N° de mujeres en E.F que tuvieron un hijo en miles	31,9	25,0	29,1	25,9
% de mujeres en E.F que tuvieron un hijo respecto a mujeres en E.F	5,5%	4,5%	5,1%	4,4%
Quintil 5				
N° de mujeres en edad fértil (E.F) en miles	494,7	489,0	507,6	529,5
N° de mujeres en E.F que tuvieron un hijo en miles	16,3	20,9	19,5	15,5
% de mujeres en E.F que tuvieron un hijo respecto a mujeres en E.F	3,3%	4,3%	3,8%	2,9%

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2018-2021 del INE

El número de nacimientos del quintil 1 se habría incrementado de 38.900 (estimación de nacimientos para 2019) hasta 43.000 (número estimado para 2020) lo que equivale a un cambio porcentual del 11%. Esto equivale a un aumento en la tasa de nacimientos que habría pasado de 8,1% hasta 8,8% luego de la pandemia. No se observan cambios significativos en el quintil 2 mientras la cantidad de nacimientos se reduce en el resto de los grupos.

Migración

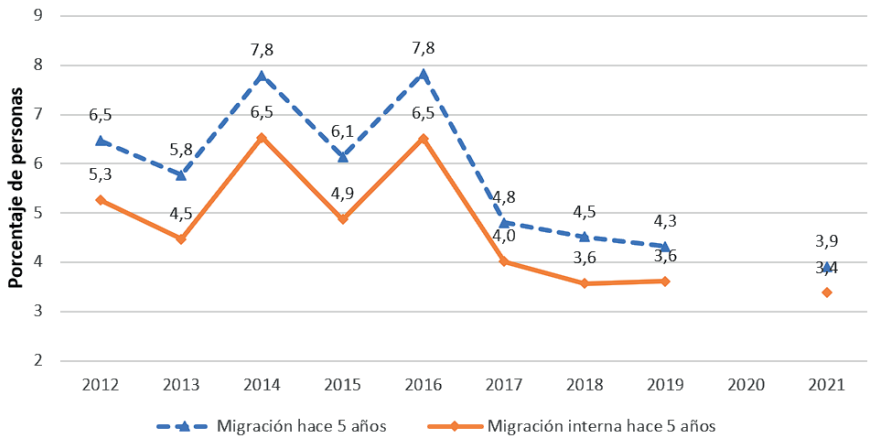
Los datos disponibles de registros sobre movilidad de las personas hacia el exterior aún no permiten apreciar cambios notorios en 2020. Evidencia indirecta como el número de pasaportes emitidos, que pasó de 54.000 en 2020 hasta más de 100.000 en 2021, sugiere una mayor predisposición a realizar viajes al exterior luego de la etapa más grave de la crisis sanitaria (Ministerio de Gobierno, 2022).

Por otro lado, estimaciones a partir de las encuestas de hogares no muestran un cambio notorio en la migración interna. Al observar la composición urbano-rural, se podía esperar un "retorno" al área rural el mismo que, sin embargo, no se verifica. La población rural en 2020 llegó al 22% y en 2021 llegó al 23%, valores equivalentes desde el punto de vista estadístico. Probablemente, el hecho de que las encuestas se realizan en noviembre de cada año impida verificar los eventuales cambios en la movilidad ocurridos entre marzo y junio de 2020. Tampoco se observan cambios en la distribución de la población entre quienes residen en el eje central del país (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz) y el resto.

Para indagar por posibles cambios en las decisiones de migrar, se recurrió a la pregunta "¿Dónde vivía hace cinco años?", disponible en la serie de encuestas procesadas para este estudio. En el siguiente gráfico, se observa: 1. el porcentaje de población migrante reciente

(línea punteada) aproximado por las personas que vivían en el exterior y aquellas que provienen de otro lugar dentro de Bolivia; y 2. El porcentaje de migración interna (línea sólida) aproximado por las personas que residían en otro lugar al interior del país.

Gráfico 43. Proporción de la población que migró en los pasados cinco años, 2012 a 2021

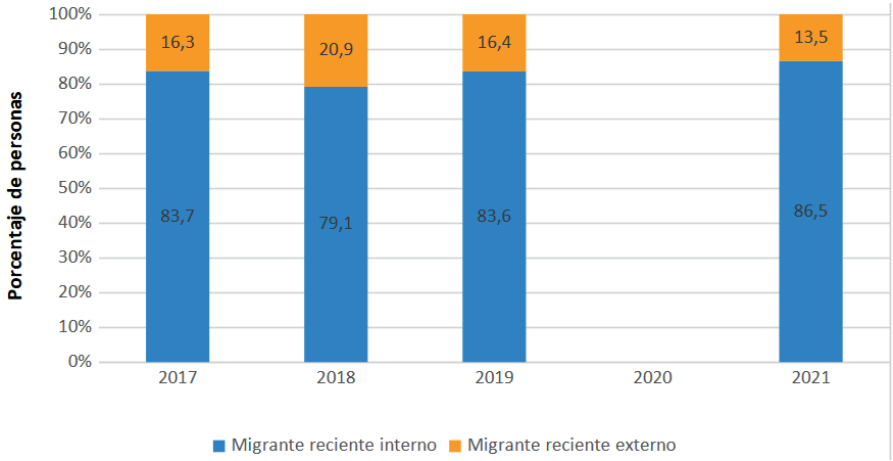


Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2012-2021 del INE.

La tendencia a partir de 2017 empieza a disminuir y encuentra su punto más bajo en 2021. Si bien, las restricciones sanitarias podrían explicar la disminución en los flujos migratorios, solo lo hacen parcialmente ya que el indicador empleado refleja también decisiones previas al inicio de la pandemia.

Al revisar la composición de la población inmigrante, se observa una ligera reducción en el porcentaje de personas que provienen del exterior respecto al total. Durante 2021, este valor se sitúa en 13,5% cuando tres años antes (en 2018) había llegado hasta 20,9%. Por tanto, el peso de la población inmigrante interna llegó hasta 86,5%.

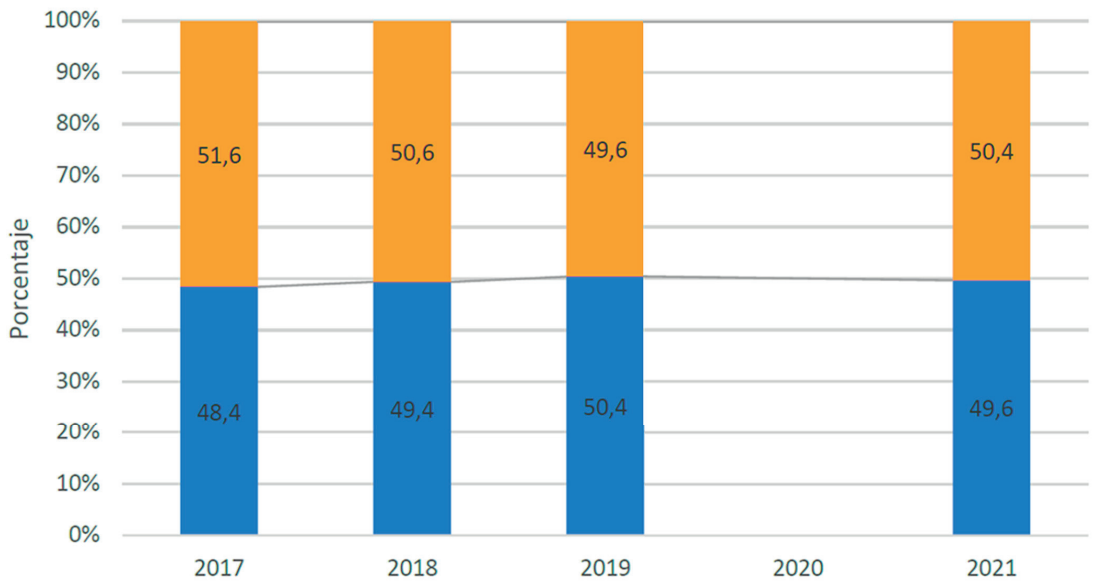
Gráfico 44. Composición de la población inmigrante (en porcentaje), 2017 a 2021.



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2017-2021 del INE.

Por último, la población inmigrante (internos y externos) está repartida de igual manera entre hombres y mujeres como se muestra en la siguiente gráfica desde 2017. No se observan cambios significativos en el último año para el cual se tiene esta información.

Gráfico 45. Distribución por sexo de la población inmigrante, 2018 a 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2017-2021 del INE.

b. Efectos sobre la economía de los hogares

Discusión de posibles efectos

Actividad económica

Existen tres fuentes mediante las cuales la pandemia podría haber afectado la economía en su conjunto (Brodeur, Gray, Islam, & Bhuiyan, 2021) (Carlsson-Szlezak, Reeves, & Swartz, 2020). En primer lugar, se espera una reducción en los niveles de consumo como resultado de las medidas precautorias de los hogares y de las medidas de confinamiento. En segundo lugar, se espera un efecto ambiguo a través de los mercados financieros cuyo efecto nivel sobre el desempeño económico dependerá de la forma en que reaccione el consumo los hogares luego de caídas en los niveles de riqueza (en otras palabras, no es evidente si se recuperarán o no los niveles de ahorro previos a la crisis). En tercer lugar, la interrupción en las cadenas de suministro podría determinar caídas en la producción con consecuentes aumentos en los niveles de desocupación.

A este doble shock (de oferta y de demanda), se suman características propias de la pandemia como son la incertidumbre respecto a la evolución del virus y la diversidad de las medidas que podrían adoptar los gobiernos para enfrentar los contagios. Dependiendo de la forma en que se modelen los efectos potenciales de los contagios en la oferta y la demanda agregadas, la recuperación económica podría resultar más o menos acelerada (Carlsson-Szlezak, Reeves, & Swartz, 2020). Estimaciones para el caso de Bolivia muestran que la pandemia y las medidas de confinamiento durante 2020 redujeron el consumo agregado en un 7,27% lo que refleja el menor dinamismo de la economía (Quispe, 2020).

Ingresos de los hogares

La relación entre menor actividad económica, el deterioro en las condiciones de empleo y la caída de ingresos laborales durante los períodos de confinamiento extremo es la que

se analiza con mayor frecuencia en diferentes estudios internacionales y nacionales. La pérdida de empleos, el cierre de negocios o el menor volumen de ventas de quienes se dedican a actividades comerciales explican la reducción en los ingresos de los hogares.

Dos hechos característicos de la pandemia y del período de cuarentena tienen que ver con el aumento de la desocupación y con la reducción en la participación laboral. En América Latina, la tasa de desocupación se incrementó en tres puntos porcentuales pasando desde 6,8% en 2019 hasta 9,8% en 2020. La tasa de participación laboral cayó tres puntos porcentuales, totalizando un 62,1% en 2020 (CEPAL, 2022). En Bolivia, durante la cuarentena estricta se observó una caída en la tasa de ocupación de entre 7 y 9 puntos, un aumento de la desocupación de alrededor de 4 puntos porcentuales y un retiro masivo de la fuerza laboral de 8 puntos porcentuales (OIT, 2021).

La caída de empleo e ingresos se concentra, principalmente, en personas con baja calificación, mujeres, jóvenes, migrantes y autoempleados. Las personas que no pueden desarrollar sus actividades laborales desde casa (teletrabajo) tienen una mayor probabilidad de perder su trabajo (Brodeur et al. 2021). Dichos grupos tienen menor capacidad de respuesta frente a la pérdida de ingresos y son más difíciles de alcanzar con programas de transferencias estatales (Gamero & Pérez, 2020). En la misma línea, la pandemia afecta mucho más a las personas pobres o vulnerables. Así, la llegada del COVID-19 se consolida como una fuente de disparidades que empeora las desigualdades preexistentes (Stiglitz, 2020).

Para el caso Bolivia, OIT (2021) encuentra que, durante las fases de la cuarentena estricta y dinámica, los grupos más afectados fueron las mujeres, los y las jóvenes menores de 25 años, los y las trabajadoras no calificadas, las microempresas, los y las trabajadoras no asalariadas y los y las trabajadoras de los sectores de comercio, servicio e industria.

Desigualdad de ingresos

Como resultado de la menor actividad económica, la capacidad para enfrentar las nuevas realidades del trabajo y las pérdidas ocasionadas por la incertidumbre y los períodos de confinamiento es de esperar aumentos de la desigualdad y la pobreza (Lustig & Tommasi, 2020) (Lustig, Neidhöfer, & Tommasi, Short and long-run distributional impacts of COVID-19 in Latin America, 2020). CEPAL (2022) estima que el índice de Gini promedio regional se habría incrementado un 0,7% en 2020 pero que el aumento podría haber llegado al 4% de no haberse implementado medidas de apoyo económico por parte de los gobiernos. De manera complementaria a esta tendencia, Lustig et al (2020) encuentran que la mayor reducción de ingresos se observó en los "sectores medios"[14] que, a diferencia de los grupos más pobres, no suelen recibir compensaciones monetarias de ningún tipo.

Los deterioros en la distribución de ingresos, en el caso de América Latina y países menos desarrollados, podría explicarse por: 1. El hecho de que las personas más pobres tengan mayor probabilidad de contagiarse; 2. Los efectos sobre su economía serían proporcionalmente mayores; y 3. La letalidad sería mayor tanto por una menor capacidad de atender su situación de salud como por la preexistencia de un peor estado de salud.

Aunque no existen estudios concluyentes para Bolivia, los datos oficiales muestran un aumento del coeficiente de Gini que pasó de 0,42 en 2019 hasta 0,45 en 2020 (INE, 2022). Esta subida guarda relación con simulaciones realizadas con encuestas de hogares que permiten establecer la mayor o menor progresividad de las medidas de protección social asumidas por el gobierno. Por ejemplo, OXFAM (2020) encuentra que el impacto redistributivo de las transferencias monetarias resulta mayor que los subsidios a servicios

[14] Los autores utilizan el término "sector" para referirse al grupo poblacional que se encuentra por encima de la línea de pobreza y por debajo del valor que equivale a 5 veces la línea.

de energía eléctrica y agua potable.

Efectos observados

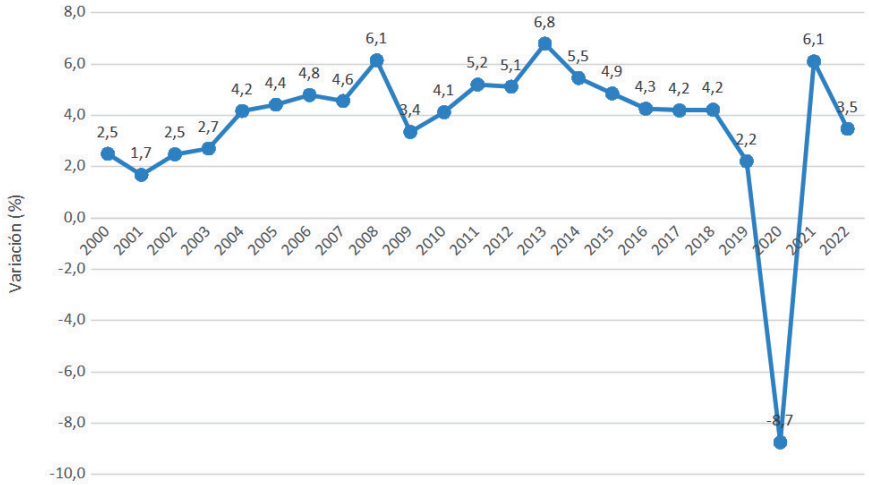
Esta sección describe la forma en que la crisis económica podría haber afectado la situación de empleo de las personas, los ingresos de los hogares, la pobreza monetaria y la desigualdad de ingresos. Se basa en la medición de indicadores que se derivan de las encuestas continuas de empleo (que se generan de manera trimestral) y las encuestas de hogares 2020 y 2021.

Actividad económica

La caída en la economía boliviana en 2020, aproximada por la reducción del PIB en 8,74%, resulta comparable a la que se observa en otros países de la región. La reducción se explica sólo parcialmente por el contexto de crisis sanitaria el cual implicó períodos de cuarentena rígida y flexible junto con un comportamiento "precautorio" de las personas frente a la incertidumbre generada por el virus.

Además de estos factores, influyen en la caída aspectos como la crisis política de 2019 que interrumpió las actividades económicas de manera brusca y la caída en el precio de productos de exportación de Bolivia como consecuencia del deterioro de los mercados internacionales. El siguiente gráfico muestra el comportamiento de la economía, ilustra la caída y la posterior recuperación de la actividad económica.

Gráfico 46. Tasa anual de crecimiento del PIB a precios constantes, 2000 a 2022



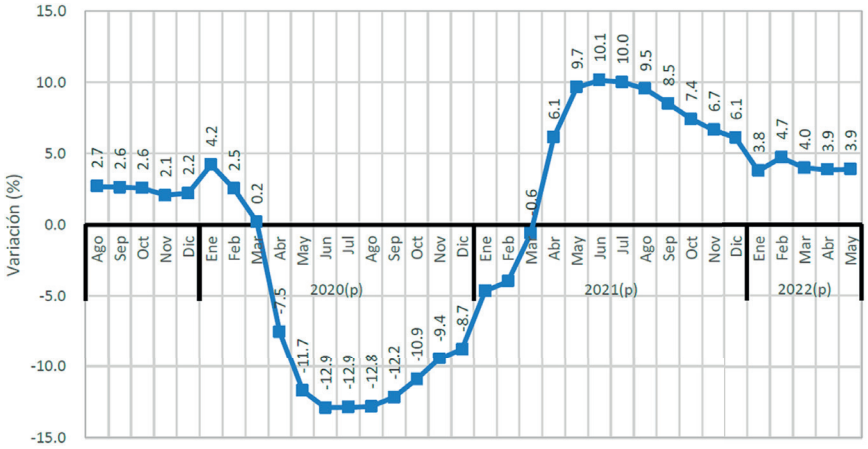
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

El comportamiento del Índice Global de la Actividad Económica (IGAE) muestra que, durante la pandemia, las mayores variaciones se observaron en el segundo y tercer trimestre del 2020. El mes de junio es el que presenta la mayor variación negativa con un 12,89%. Aunque los sectores de minería y construcción ya presentaban un nivel de desaceleración en períodos previos a la emergencia sanitaria, fueron los sectores que más sufrieron los efectos de la caída de la actividad económica, juntamente con el transporte y la manufactura[15].

[15] Información disponible en: https://www.ine.gob.bo/index.php/estadisticas-económicas/índice-global-de-actividad-económica-igae/#1584545313102-06cf787f-a790

Después de la pandemia, el 2021 presentó un valor promedio anual de crecimiento de 6,1%, exhibiendo una situación de recuperación que, sin embargo, disminuyó para 2022 de acuerdo al último valor preliminar de 3,5% para ese año (INE, 2023)[16].

Gráfico 47. Tasa de variación mensual del índice global de la actividad económica (IGAE), 2019 a 2022



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

La recuperación se hizo evidente en el cuarto trimestre de 2020 cuando las tasas de variación se empezaron a recuperar. Las variaciones positivas que se observan a partir de 2021 tienen que ver con la reapertura de la economía, menores restricciones a la movilidad de las personas y mayores condiciones para realizar actividades económicas. Los procesos de vacunación podrían haber contribuido a mejorar estas condiciones. Desde el punto de vista agregado, una mayor inyección de recursos a la economía sea a través de transferencias monetarias o a través de mayor inversión pública, también podrían haber contribuido a la recuperación.

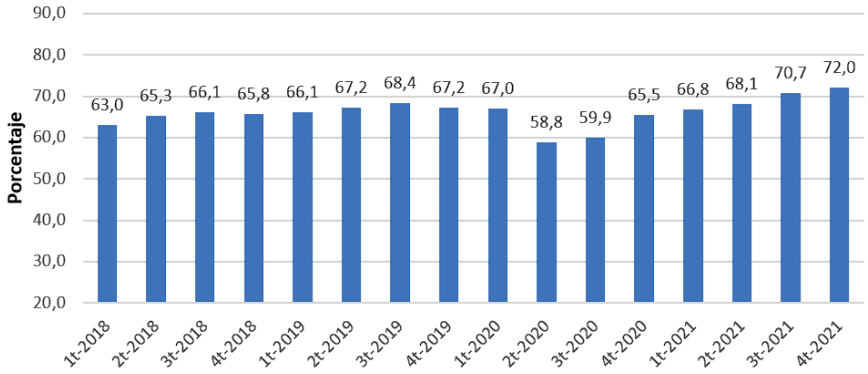
Empleo

El análisis del empleo se realiza, principalmente a través del seguimiento a la dinámica laboral de las áreas urbanas. Esto se explica por la mayor disponibilidad de información (la Encuesta Continua de Empleo no recopiló datos para el área rural hasta el primer trimestre de 2021) pero también porque, *a priori*, se espera que los indicadores laborales urbanos rescaten de mejor manera las decisiones de los hogares y las restricciones que estos enfrentaron al momento de enfrentar la crisis. El análisis se concentra en el segundo y tercer trimestre de cada año para establecer una base de comparación con los cambios ocurridos en 2020 justamente en estos períodos que fueron aquellos de mayor impacto de la pandemia.

Luego de las caídas en la demanda laboral en 2020, la crisis habría generado un incremento en la fuerza laboral urbana incluso superior al de años pasados. Esta tendencia se verifica sobre todo para los últimos trimestres. A continuación, se muestra el promedio de personas mayores a 14 años ocupadas por hogar, para ver si este incremento después de la pandemia. Como se muestra en el gráfico 49, los hogares optaron por aumentar su oferta laboral con el objetivo de mantener los ingresos por hogar, en consecuencia, ante probables dificultades económicas.

[16] La información oficial no menciona de manera explícita que los datos corresponden a diciembre de 2022. Sin embargo, se asume que esta es la fecha corte considerando la fecha de publicación.

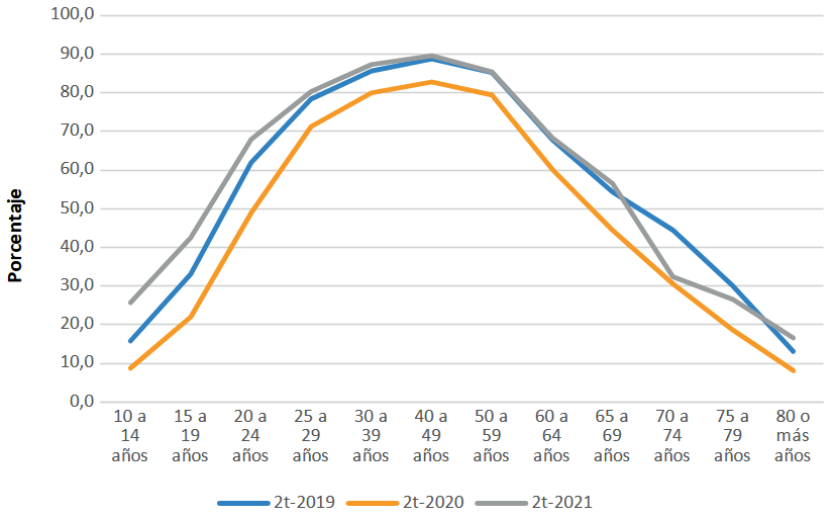
Gráfico 48. Promedio de miembros ocupados por hogar[17], 2018 a 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas Continuas de Empleo - INE.

El análisis por edad permite observar cómo la población joven reaccionó después de la pandemia ofreciendo mayores cantidades de trabajo. Esta situación, como se verá más adelante, tiene implicaciones sobre sus condiciones de "inserción" al mercado de trabajo. En un primer momento (2019 a 2020), se observa una caída de la participación laboral en todas las edades. En un segundo momento (2020 a 2021), la recuperación alcanza niveles similares o mayores a los de 2019 sobre todo entre la población más joven (de 14 a 24 años). En la siguiente gráfica se muestra la tasa global de participación por grupos de edad. Se considera como período de referencia los segundos trimestres (2-t) de cada año.

Gráfico 49. Tasa global de participación por edad, 2019 a 2021



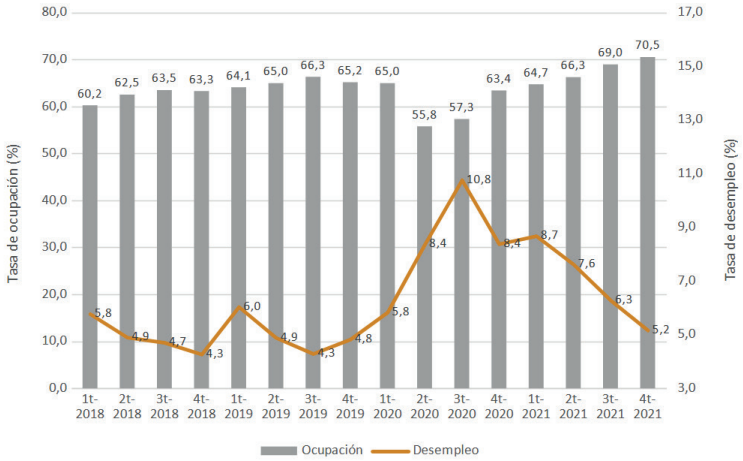
Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas Continuas de Empleo - INE.

Las reducciones en las tasas de ocupación y los aumentos en las tasas de desocupación muestran cómo la crisis afectó a la población económicamente activa. La caída más fuerte en la tasa de ocupación se presenta en el segundo y tercer trimestre de 2020 y, durante la contracción económica, coincidiendo con las salidas del mercado laboral reflejadas en la menor tasa de participación. Durante los períodos de confinamiento y

[17] A partir del segundo trimestre de 2020, hubo un cambio en los cuestionarios de la Encuesta Continua de Empleo con el objetivo de incorporar los efectos del COVID-19. La pregunta "¿La semana pasada, tuvo algún empleo, negocio o empresa propia en la cual no trabajó por…?", usada para calcular la tasa de ocupación cambio, incorporó la opción de "Cuarentena por COVID-19", que luego cambió a "Pandemia COVID-19" a partir del tercer trimestre de 2021.

mayor distanciamiento, los hogares redujeron sus expectativas de encontrar empleo y redujeron sus incentivos de búsqueda. Las pérdidas de puestos de trabajo, reflejadas en la tasa de desocupación, presentaron su momento más crítico durante el tercer trimestre del mismo año.

Gráfico 50. Tasa de ocupación y tasa de desocupación, , 2018 a 2021

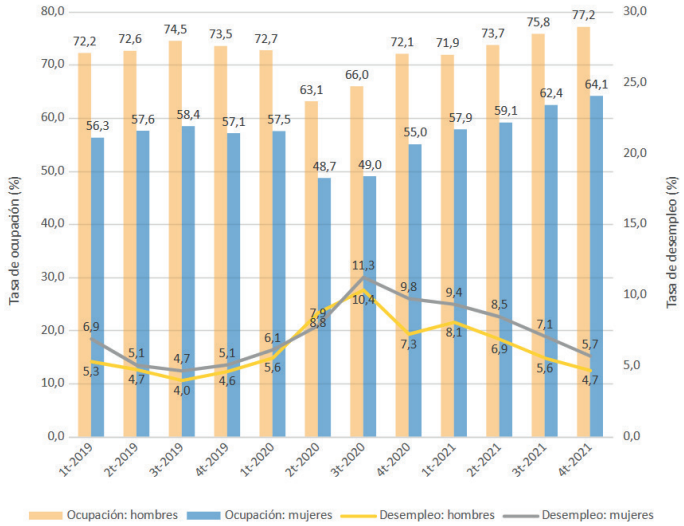


Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas Continuas de Empleo - INE.

A partir del cuarto trimestre del 2020, el mercado laboral comenzó a transitar a una recuperación alcanzando incluso tasas de ocupación más altas a los niveles prepandemia llegando al 70,5% el cuarto trimestre de 2021. Este nivel supera en más de cinco puntos aquél que se observa en el cuarto trimestre de 2019 (65,2%). Sin embargo, esta recuperación no se presentó de la misma manera en la tasa de desocupación que mantuvo niveles altos hasta los primeros dos trimestres de 2021.

El análisis por sexo de la tasa de ocupación muestra que, en el segundo trimestre de 2020, la reducción, en puntos porcentuales, es de 7 para los hombres y 7,8 para las mujeres con respecto al mismo trimestre del año anterior. La brecha entre uno y otro grupo no se modificó sustancialmente. Sin embargo, para las mujeres, la recuperación en este indicador no se presentó hasta el cuarto trimestre de 2020 como se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 51. Tasa de ocupación y tasa de desocupación por sexo, 2019 a 2021

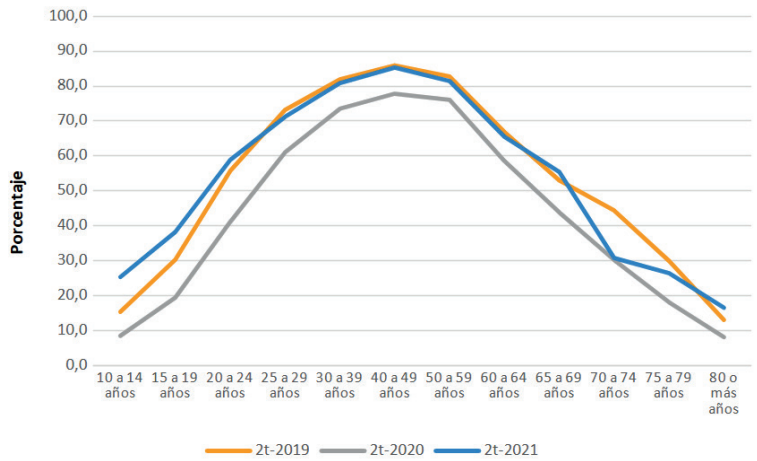


Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas Continuas de Empleo - INE.

Durante el período más agudo de la crisis (tercer trimestre de 2020), la tasa de desocupación crece por encima del 10% para ambos sexos y se revierte posteriormente, disminuyendo a niveles similares al período previo. A partir de entonces, las tasas de desocupación entre las mujeres se mantienen en niveles superiores a las de los hombres con diferencias que varían entre casi 2,5 puntos porcentuales a fines de 2020 y 1 punto porcentual a finales de 2021.

La tasa de ocupación se redujo en todos los grupos de edad durante el 2020 para incrementarse luego, sobre todo, entre la población menor de 24 años. Llama particularmente la atención los incrementos en la ocupación de niños y niñas de 10 a 14 años entre quienes la tasa llega hasta 25% en 2021, 10 puntos más que aquella que se observaba en 2019 (Datos del segundo trimestre en ambos casos).

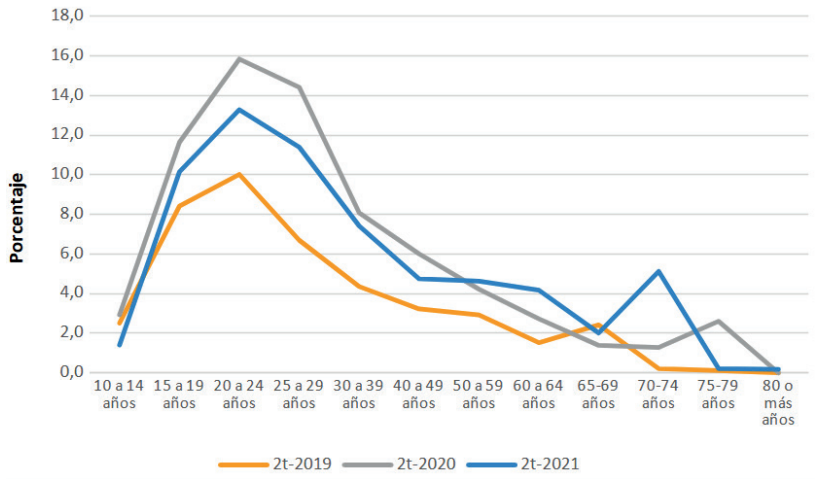
Gráfico 52. Tasa de ocupación por grupo de edad, 2019 a 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas Continuas de Empleo - INE.

Los niveles de desocupación no regresaron a los mismos niveles previos a la crisis. Esta situación resulta particularmente notoria entre la población comprendida entre 20 y 29 años en cuyo caso, las tasas de desocupación observadas en después de la crisis (segundo trimestre de 2021) se sitúan entre 2 y 5 puntos porcentuales por encima de los niveles previos a la crisis (segundo trimestre de 2019). El siguiente gráfico ilustra este hecho.

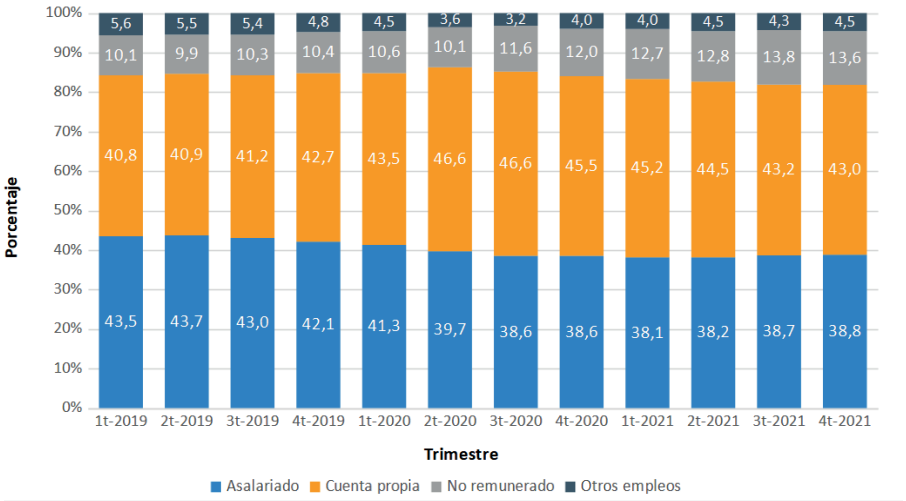
Gráfico 53. Tasa de desocupación por grupo de edad, 2019 a 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas Continuas de Empleo - INE.

Si bien se observan signos de recuperación en los niveles de ocupación y menores tasas de desocupación, la actual composición de los puestos de trabajo urbanos sugiere que las mejoras en la calidad del empleo podrían demorarse. El siguiente gráfico muestra esta situación al desagregar a la población ocupada según categoría ocupacional. Se identifican cuatro sectores: asalariado, cuenta propia, no remunerado y otros empleos que incluye formas de trabajo cooperativo o bien incluye a empleadores no asalariados.

Gráfico 54. Distribución por categoría ocupacional en la ocupación principal en el área urbana, 2019 a 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas Continuas de Empleo - INE.

La reducción del trabajo asalariado que ya se registraba antes de la pandemia se acentuó ligeramente a partir del tercer trimestre de 2020 llegando hasta el 38,6%, más de tres puntos por debajo del dato registrado para el tercer trimestre de 2019 (43%). No se observa una recuperación sostenida en este porcentaje desde entonces. Esta caída guarda relación con los aumentos en las tasas de trabajo por cuenta propia y, sobre todo, con el aumento en el trabajo no remunerado el cual, para fines de 2021, llegaba hasta el 13,6%.

Las tendencias desagregadas por sexo sugieren el mismo patrón, aunque con diferencias que deben destacarse. Además de las disminuciones en el trabajo asalariado de hombres y mujeres, se observa un aumento notorio en el trabajo femenino no remunerado (16,6% de las mujeres trabajan sin remuneración en comparación con el 11% de hombres que trabajan de la misma manera a fines de 2021) y un aumento comparativamente mayor en el porcentaje de "otros empleos" al interior de la población ocupada masculina (este porcentaje llega al 16% entre los hombres y al 2,5% en el caso de las mujeres). En anexo, se presentan las estadísticas que respaldan este análisis.

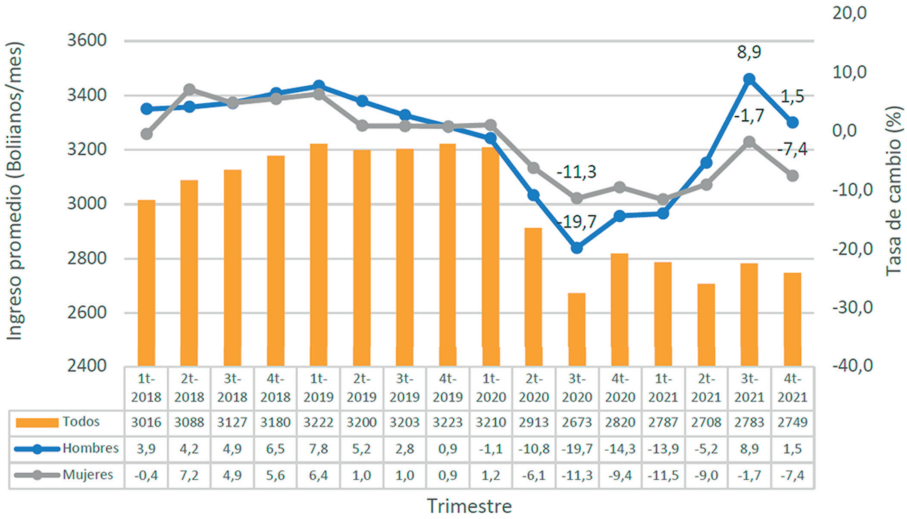
Ingresos de los hogares

A priori, se esperaba que los ingresos promedio retornen a sus niveles prepandemia o incluso que sean mayores considerando que fueron, sobre todo, los/las trabajadores/as "formales" quienes se retiraron del mercado de trabajo. El hecho de que se hayan reducido sugiere que aquellas personas que conservaron sus empleos lo hicieron aceptando menores remuneraciones o bien menos horas laborales.

El ingreso laboral de los hogares representa el mayor porcentaje de los ingresos totales de las familias dado que la mayoría de los/las trabajadores/as no cuentan con un seguro de salud o de desocupación que permitan mitigar los impactos de la crisis económica. En el siguiente gráfico (eje izquierdo) se observa que el promedio de los ingresos de la actividad

primaria cae drásticamente sin mostrar señales de recuperación. Además de los niveles de ingreso, el gráfico (eje derecho) presenta las tasas de variación con respecto al mismo trimestre del año anterior.

Gráfico 55. Ingresos promedio de la actividad principal y variación anual respecto a trimestre correspondiente, según sexo, 2019 a 2021



	1t-2018	2t-2018	3t-2018	4t-2018	1t-2019	2t-2019	3t-2019	4t-2019	1t-2020	2t-2020	3t-2020	4t-2020	1t-2021	2t-2021	3t-2021	4t-2021
Todos	3016	3088	3127	3180	3222	3200	3203	3223	3210	2913	2673	2820	2787	2708	2783	2749
Hombres	3,9	4,2	4,9	6,5	7,8	5,2	2,8	0,9	-1,1	-10,8	-19,7	-14,3	-13,9	-5,2	8,9	1,5
Mujeres	-0,4	7,2	4,9	5,6	6,4	1,0	1,0	0,9	1,2	-6,1	-11,3	-9,4	-11,5	-9,0	-1,7	-7,4

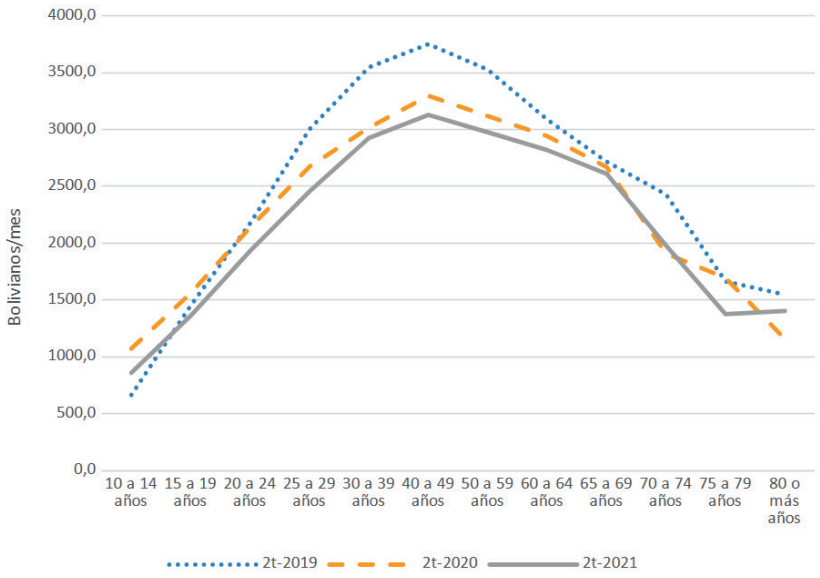
Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas Continuas de Empleo - INE.

Desde el inicio de la pandemia, los ingresos laborales no logran recuperarse. Luego de llegar a su nivel más bajo el tercer trimestre de 2020 (Bs. 2.673), su comportamiento ha sido oscilante con una ligera tendencia al alza. Hacia fines de 2021, su valor llegaba a 2.748 bolivianos al mes lo que representa un 85% del ingreso promedio que se obtenía en 2019 (al cuarto trimestre).

Al inicio de la pandemia (segundo y tercer trimestre de 2020), los ingresos promedio de los hombres se redujeron a tasas más aceleradas que aquellos de las mujeres. A partir del segundo trimestre de 2021, las tasas de variación anual de este grupo se incrementan de manera sostenida a un ritmo superior al de la población femenina. En el tercer trimestre, el aumento llega hasta un 8,9% (comparando con los ingresos del tercer trimestre de 2020). En cambio, durante 2020 y 2021, los ingresos de las mujeres no han mostrado incrementos y más bien resultan inferiores a los niveles alcanzados en períodos (trimestres) similares de años previos. Incluso en el período de mayor incremento para los hombres (tercer trimestre de 2021), los ingresos de las mujeres disminuyeron en un 1,7%.

Los ingresos de la población adulta comprendida entre 26 y 60 años son los que más cayeron desde el inicio de la pandemia y permanecieron en niveles relativamente bajos hasta fines de 2021. Aquellos de las poblaciones de mayor y menor edad habrían regresado a sus niveles previos a la crisis. El siguiente gráfico muestra los ingresos promedio para diferentes grupos de edad. La línea punteada muestra el perfil previo a la crisis aproximado por los datos del segundo trimestre (2t-2019). La línea segmentada muestra el perfil durante la crisis para el mismo trimestre (2t-2020). La línea sólida muestra cómo quedó, la distribución de ingresos por edad para el mismo período de referencia (2t-2021).

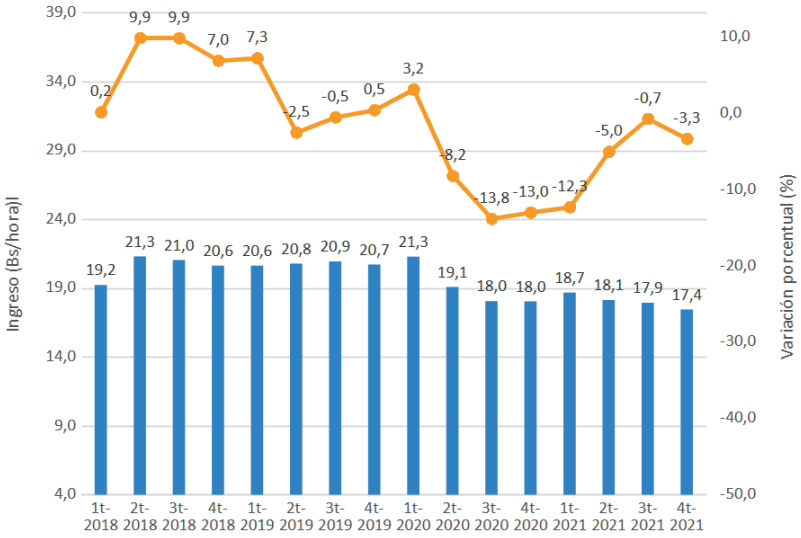
Gráfico 56. Ingresos promedio de la actividad principal por grupo de edad, 2019 a 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas Continuas de Empleo - INE.

La caída en los ingresos de la población se ve mejor reflejada en los ingresos promedio por hora de la actividad principal que cayeron sistemáticamente desde el segundo trimestre de 2020. Aunque el año 2020 empezó con una tasa de crecimiento positivo (con respecto al mismo trimestre del año anterior), el impacto de la pandemia trajo efectos negativos que persisten incluso hasta el último trimestre de 2021 con un decrecimiento de 3,3%.

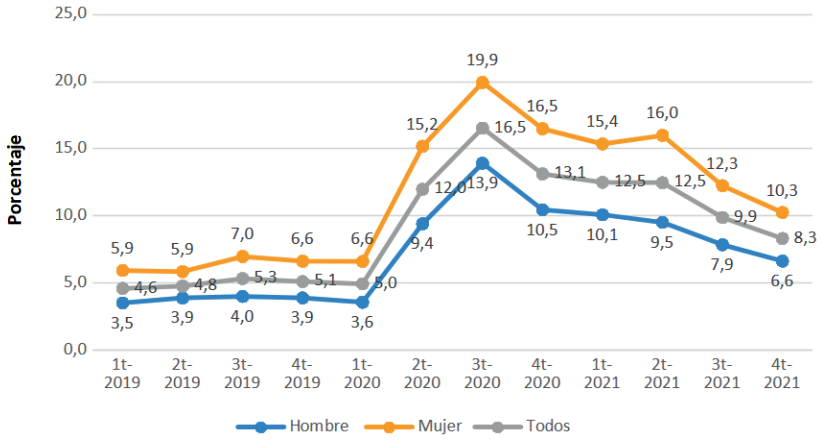
Gráfico 57. Ingreso promedio por hora (Bs) y variación porcentual respecto al mismo período de referencia (%), 2018 a 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas Continuas de Empleo - INE.

Las remuneraciones laborales decrecientes conducen a una mayor necesidad de buscar otras actividades para generar ingresos. Esta situación explica los aumentos en las tasas de subocupación[18] que se mantienen por encima de los valores previos a la pandemia. El siguiente gráfico refleja esta tendencia comparando estas tasas para las poblaciones masculina y femenina. El primer trimestre de 2020 la diferencia en puntos porcentuales era de 3, mientras que en el mismo período el 2021 la diferencia fue de 5,3 puntos; esto sugiere que, aunque las características laborales por sexo son muy diferentes, las mujeres enfrentaron mayores retos a la hora de satisfacer sus crecientes demandas laborales.

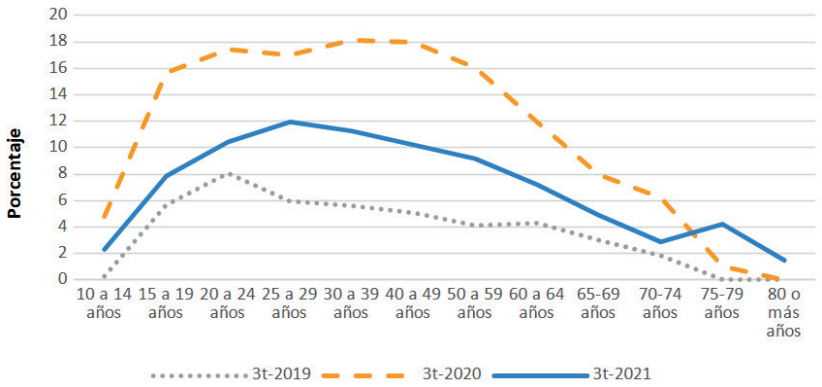
Gráfico 58. Tasa de subocupación por sexo, 2019 a 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas Continuas de Empleo - INE.

Los aumentos en la subocupación resultan particularmente notorios entre la población joven (20 a 24 años) y entre las personas que tienen entre 30 y 49 años. La siguiente gráfica muestra los porcentajes de subocupación en poblaciones de diferentes grupos de edad considerando tres momentos en el tiempo: Antes de la pandemia y la cuarentena que se aproxima con datos del tercer trimestre de 2019 (línea punteada); durante la pandemia que corresponde al tercer trimestre de 2020 (línea segmentada); y después de la pandemia que se aproxima con el tercer trimestre de 2021 (línea sólida).

Gráfico 59. Tabla de subocupación por grupo etario, 2019 a 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas Continuas de Empleo - INE.

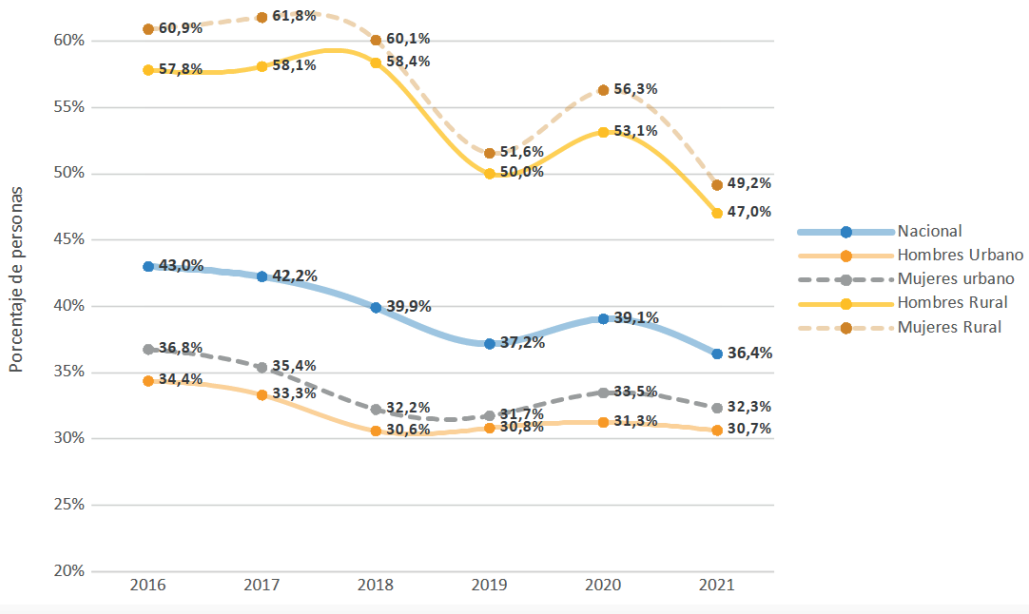
[18] La tasa de subocupación se calcula en base a las preguntas "¿Desea trabajar más horas de las que trabajó la semana pasada?" y "¿Está disponible para trabajar más horas?".

Durante el momento más difícil de la pandemia y del confinamiento (3t-2020), las tasas de subocupación llegaron a valores superiores en más de tres veces entre los grupos de 20 a 59 años alcanzando porcentajes que oscilaban alrededor del 18%. Este aumento no hace más que reflejar la necesidad de las personas por generar mayores recursos. Un mejor contexto económico sumado a condiciones de mayor flexibilidad a la movilidad permitió disminuir estas tasas, aunque no lo suficiente. En casi todos los grupos de edad, los niveles de subocupación permanecen por encima de los niveles previos a la crisis. Por ejemplo, entre las personas de 25 a 29 años, las tasas de 2021 representan el doble de aquellas observadas en 2019.

Pobreza monetaria

Las caídas en la ocupación, las reducciones en las horas de trabajo y las disminuciones en los ingresos laborales durante el período crítico de la pandemia determinaron que los ingresos totales de las familias se contrajeran en 2020 elevando, de esta manera, la situación de pobreza monetaria. Este resultado, válido para el promedio general, tiene variaciones al desagregar esta variable según grupos relevantes. El siguiente gráfico presenta la evolución de la incidencia de pobreza desagregada por sexo y área para el período 2016 a 2021.

Gráfico 60. Incidencia de pobreza monetaria por sexo y área de residencia, 2016 a 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2016-2021 del INE.

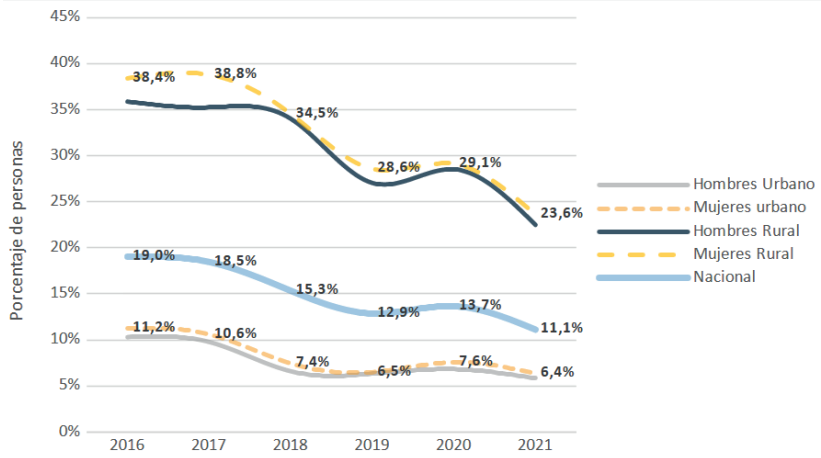
Entre 2019 y 2020, la pobreza se incrementó en casi dos puntos porcentuales pasando de 37,2% hasta 39,1%. Los aumentos más importantes se observan en el área rural donde esta se habría elevado entre tres y cuatro puntos porcentuales dependiendo si el grupo corresponde a la población masculina o femenina. En cambio, la pobreza entre hombres que residen en el área urbana se habría elevado muy marginalmente pasando de 30,8% hasta 31,3%.

Los datos oficiales muestran reducciones significativas para todos los grupos a partir de 2021. Las reducciones más importantes se observan entre las poblaciones del área rural donde las mujeres habrían visto reducir la pobreza monetaria hasta en siete puntos porcentuales (pasando de 56,3% hasta 47%) y los hombres en seis puntos (pasando de 53,1% hasta 47%). Las variaciones en el área urbana resultan menos notorias y están

mediadas, como se mencionó anteriormente, por el comportamiento del mercado laboral.

A nivel agregado, la pobreza extrema se elevó ligeramente en 2020 y se redujo en mayor proporción durante 2021. El siguiente gráfico muestra esta evolución distinguiendo los mismos grupos que el análisis anterior: mujeres del área rural, hombres del área rural, mujeres del área urbana y hombres del área urbana.

Gráfico 61. Incidencia de pobreza monetaria extrema por sexo y área de residencia, 2016 a 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2016-2021 del INE.

En el período de crisis (2020), se observa un aumento de un punto porcentual en la pobreza extrema lo que equivale a pasar de 12,9% hasta 13,7%. De alguna manera, esto sugiere que los efectos de la pandemia habrían sido parcialmente aminorados por las transferencias monetarias utilizadas como mecanismo de protección frente a la crisis (UNICEF, 2020) da cuenta del efecto potencial de estas medidas sobre todo en los grupos más pobres.

Por otro lado, la reducción de casi tres puntos porcentuales (que resulta de pasar de 13,7% hasta 11,1%) en el período posterior a la crisis (2021) sugiere que las medidas de post confinamiento y de reactivación habrían resultado particularmente efectivas en la reducción de la pobreza extrema. CEPAL (2022, p.53) respalda esta hipótesis al mostrar cómo el ingreso del quintil de menores recursos en Bolivia se incrementó hasta en un 20% muy por encima de los ingresos observados en los quintiles más elevados.

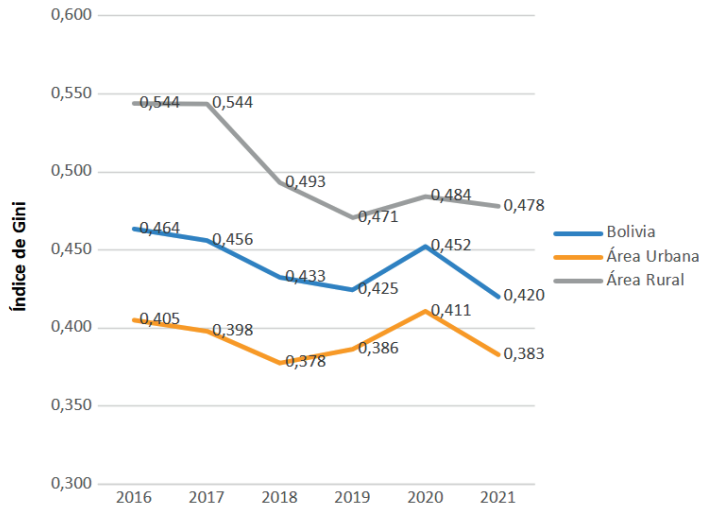
Los cambios en la pobreza extrema resultan más notorios entre la población que reside en el área rural. En el caso de las mujeres, por ejemplo, la pobreza extrema habría permanecido prácticamente constante en el período de crisis (las estimaciones de 2019 y 2020 llegan a 28,6% y 29,1%, respectivamente) y se habría reducido en más de seis puntos durante 2021 (pasando de 29,1% hasta 23,6%). El comportamiento de la pobreza rural entre los hombres resulta prácticamente el mismo.

Desigualdad

Las caídas en los ingresos monetarios concentradas en poblaciones jóvenes y mujeres junto con los aumentos en la pobreza especialmente en el área rural resultan consistentes con los aumentos de la desigualdad durante el período de crisis. Esta dimensión puede explorarse observando el comportamiento del Índice de Gini (que aproxima la concentración promedio de los ingresos) y de la proporción entre los ingresos de la población más "rica" (aquella del percentil 90) respecto a los de la población más pobre (aquella del percentil 10).

El coeficiente de Gini muestra una tendencia similar a las de otros indicadores de bienestar: empeora durante los períodos de crisis y mejora con la recuperación. El siguiente gráfico muestra este comportamiento incluyendo el valor para la población total y para las poblaciones urbana y rural.

Gráfico 62. Bolivia: índice de Gini para el ingreso per cápita mensual, según área, 2016 a 2021

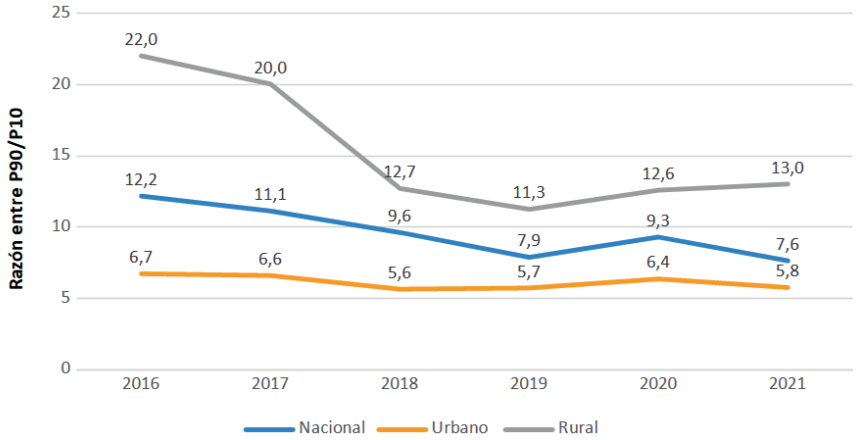


Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: INE (2022).

La desigualdad se incrementó durante la crisis llegando hasta 0,452, un valor similar al que se observaba tres años atrás. En 2021, el coeficiente de Gini se redujo hasta 0,42 que resulta muy similar al observado antes de la crisis. Este comportamiento se explica, sobre todo, por los cambios en el indicador urbano que llegó hasta niveles que no se veían en los últimos años. En cambio, el indicador rural se mantiene prácticamente constante.

Al comparar el ingreso de los dos extremos de la distribución, se observa un patrón similar al descrito anteriormente: subida de la desigualdad en 2020 y caída el 2021. Sin embargo, las desagregaciones muestran algunas diferencias importantes. La razón entre el ingreso del grupo de mayores ingresos (P 90) respecto al ingreso de la población con menores recursos (P 10), diferenciando los valores para las poblaciones urbana y rural se presenta en el siguiente gráfico.

Gráfico 63. Razón entre P90/P10, 2016 a 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2016-2021 del INE.

La aparente estabilidad en la desigualdad urbana (la ratio se mantiene prácticamente constante alrededor de seis) contrasta con el incremento en la desigualdad rural durante 2021. Resulta difícil explicar este aumento (la razón P90/P10 pasó de 12,6 a 13) considerando las reducciones de la pobreza extrema rural antes mencionadas. Esta situación deja como posible explicación los aumentos en los ingresos de la población de mayores ingresos en las áreas rurales luego de la crisis.

c. Desigualdad de largo plazo y acceso a servicios

Discusión de posibles efectos

A los cambios inmediatos en la distribución de ingresos se suman otros de largo plazo que tienen que ver con el grado en que los niños/as y adolescentes habrían visto afectadas sus oportunidades. Uno de los casos más ilustrativos se refiere a la pérdida de años de escolaridad de las cohortes afectadas y sus consecuencias sobre la menor movilidad intergeneracional. Sin embargo, también se pueden añadir los efectos esperados sobre la salud por atenciones no recibidas y que no tienen que ver, necesariamente, con el virus. De la misma manera, existen daños cuyos efectos aún no pueden ser medidos y que tienen que ver con salud mental, cambios de comportamiento frente a la violencia o mayores sentimientos de inseguridad, aspectos que podrían haberse profundizado como consecuencia de la pandemia y de las medidas de confinamiento.

Lustig et al. (2020a) mencionan que existirían, al menos, tres formas en las que la pandemia afectó a niños, niñas y jóvenes. La primera se origina en el cierre de instituciones educativas, la segunda en la pérdida de ingresos en los hogares con consecuencias sobre la capacidad de atención a la niñez y la tercera en las consecuencias de largo plazo sobre la salud (física y mental) afectada por el virus y por las medidas de confinamiento.

Los resultados para Argentina, Brasil, México y Colombia muestran que los niños y las niñas cuyos padres tienen un bajo nivel educativo estarían más afectados por la pandemia en relación con aquellos cuyos padres tienen mayores niveles educativos, por ejemplo, en términos de menor probabilidad de completar la educación secundaria.

Para el caso de Bolivia, UNICEF (2021) provee evidencia de la interrupción de varios servicios sociales luego de la pandemia. Entre las principales caídas, destacan las brechas en la participación en actividades educativas que resultan del cierre del año escolar, las caídas en atenciones pre y post natales y el menor acceso a bonos del gobierno en el caso de salud. Respecto a la clausura y sus efectos de mediano plazo, el Banco Mundial (2021) calcula que la tasa de deserción escolar podría rondar el 20%, situando al país como uno de los de mayor abandono escolar en América Latina y el Caribe.

Si bien aún no se cuenta con una estimación del impacto de la COVID-19 sobre la salud mental, se puede mencionar que el cambio repentino de la rutina de las personas, el confinamiento, la soledad y el aislamiento, los altos niveles de estrés, la interrupción de clases o trabajo y la vivencia de eventos traumáticos son factores que han afectado negativamente la salud mental de las personas; entre ellos, los niños y niñas (UNICEF, 2020), (Huenchuan, 2020). Una encuesta aplicada por el Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento (IICC) en Bolivia muestra que un 16% de las personas encuestadas sufrieron depresión durante el período de confinamiento, el 26% sufrió ansiedad y el 16% sufrió estrés (Wanderley, Losantos, Tito, & Arias-Uriona, 2020).

Con la llegada de la pandemia, las desigualdades preexistentes se exacerbaron. La presencia de factores condicionantes y riesgos específicos que confluyen en poblaciones específicas sugieren una mayor vulnerabilidad frente a la crisis. Esta combinación de factores puede

estar más presente en los grupos de población tales como: personas pobres en zonas urbanas, mujeres, niñez y adolescencia, población adulta mayor, población indígena, migrantes en situación irregular, personas en situación de calle o huérfanos/as.

Efectos observados

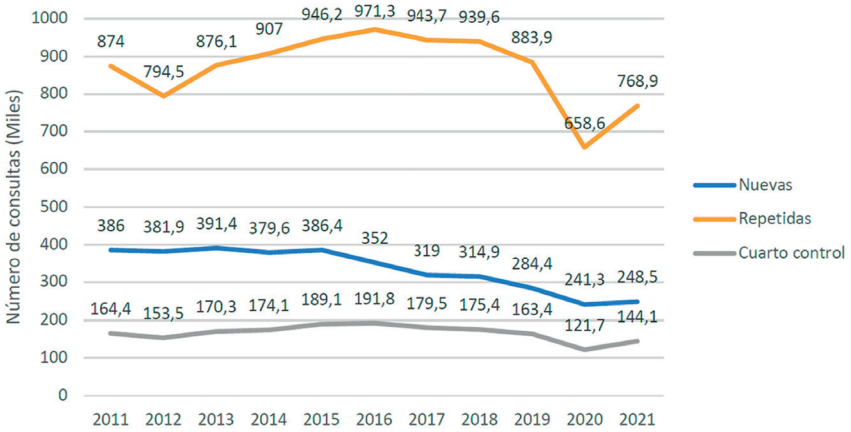
El siguiente apartado explora los cambios ocurridos en la entrega y el acceso a servicios fundamentales para garantizar el ejercicio de derechos de la población. Se concentra en los servicios de salud, educación y protección contra la violencia. La información se basa en registros administrativos y en encuestas de hogares 2020 y 2021.

Acceso a servicios de salud

El análisis se realiza a partir de la observación de indicadores del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) que aproximan la salud materna y la salud infantil. Este análisis se complementa con datos de encuestas de hogares que permiten indagar aspectos más generales sobre la forma en que las personas atienden sus problemas de salud y cómo estas podrían haber cambiado en el tiempo.

Se observa una menor tendencia a utilizar servicios de salud materna que se acentúa durante la crisis de 2020 sin mostrar una recuperación clara el año 2021. Para ilustrar esta situación se presentan datos sobre el número de consultas prenatales asistidas incluyendo: las primeras consultas, las repetidas y aquellas que corresponden al cuarto control prenatal.

Gráfico 64. Número de consultas prenatales (en miles) , 2011 a 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: SNIS-VE.

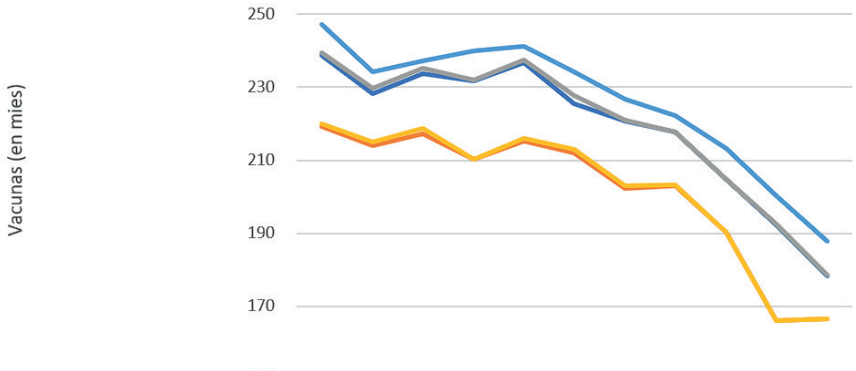
El número de consultas repetidas que llegó hasta 883.900 antes de la pandemia se contrajo drásticamente el año de inicio de la pandemia. La reducción equivale a más de 220 mil atenciones (que resulta de pasar de 883.900 hasta 658.600) lo que representa una caída de más del 25%. Si bien este volumen se recuperó en 2021 (cuando se llegó hasta 768.900 consultas), se encuentra lejos del nivel previo a la crisis y resulta comparable con valores observados diez años atrás.

Los efectos sobre el número de atenciones nuevas y sobre las consultas correspondientes al cuarto control prenatal resultan menos notorias (aunque sí se observan) por el hecho que estas mostraban descensos sistemáticos durante los últimos años. El caso más llamativo es el de las consultas nuevas que ya se había reducido hasta 284.400 casos el año 2019, un nivel equivalente al 74% del valor observado a inicios de la década. El

año de la pandemia se perdieron más de 43 mil nuevas atenciones (un 15% de reducción anual). Los controles prenatales oscilaron entre los 160 mil y los 192 mil casos hasta 2019 cuando cayeron hasta un nivel de 121.700 lo que representa una reducción de más del 25%. Si bien estos datos podrían estar subestimados por la ausencia de información (por ejemplo, aquella proveniente de áreas rurales), resultan ilustrativos de la capacidad de los sistemas de salud para atender y/o registrar episodios de salud.

En el caso de la salud infantil, las tendencias en la cobertura de vacunación reiteran el patrón antes mencionado. Se observan caídas previas a la crisis que se acentúan con el inicio de la pandemia. El siguiente gráfico muestra la evolución de la cantidad de dosis aplicadas a menores de un año en el caso de las siguientes vacunas: antipoliomielítica-primera dosis, antipoliomielítica -tercera dosis, pentavalente-primera dosis, pentavalente-tercera dosis y BCG.

Gráfico 65. Número de vacunas (en miles) aplicadas a menores de un año, 2011 a 2021



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Antipoliomielítica (1ra Dosis)	239	228	234	232	237	226	221	218	205	192	178
Antipoliomielítica (3ra Dosis)	219	214	217	210	215	212	202	203	190	166	167
Pentavalente (1ra Dosis)	239	230	235	232	237	228	221	218	205	192	179
Pentavalente (3ra Dosis)	220	215	219	210	216	213	203	203	190	166	167
BCG	247	234	237	240	241	234	227	222	213	200	188

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: SNIS-VE.

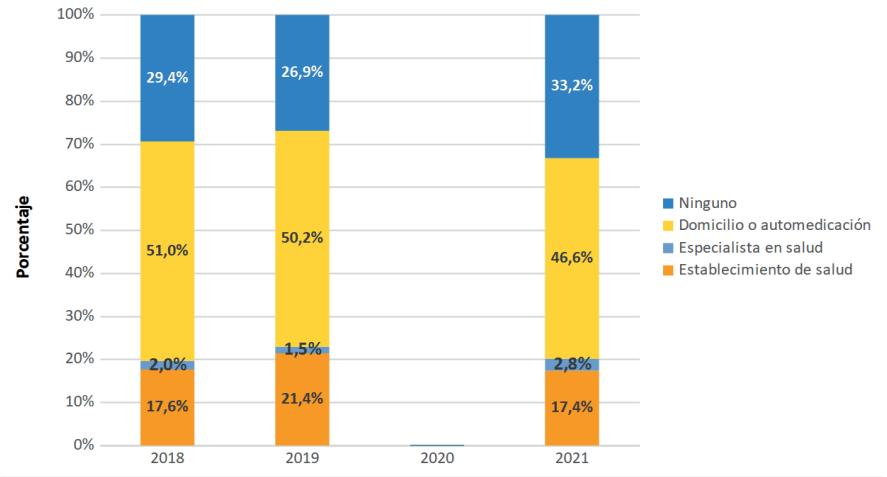
A modo de ilustración, se tiene que la vacuna contra la tuberculosis (BCG), que resulta la de mayor cobertura, se redujo en 47 mil casos entre 2011 y 2019. El año de la pandemia, se aplicaron 13 mil vacunas menos (que resulta de haber pasado de 213 mil hasta 200 mil) lo que representa una disminución del 6,1%. Sin embargo, a diferencia de otras vacunas y otras prestaciones en salud, este valor continuó descendiendo en 2021 replicando la caída del 6,1%.

El caso de las vacunas antipoliomielítica y pentavalente en su tercera dosis podrían reflejar una ligera recuperación en 2021 o, al menos, un mantenimiento respecto al año previo a la crisis. Probablemente, el mismo hecho de complementar (y no iniciar) esquemas de vacunación ya existentes explique esta situación.

Resulta difícil identificar indicadores periódicos sobre la atención de los sistemas de salud con fuentes alternativas a los registros del SNIS-VE. Sin embargo, algunas preguntas de las encuestas de hogares permiten aproximar, de manera indirecta, la forma en que las personas hacen uso de estos sistemas cuando están a su alcance. En el siguiente gráfico se muestra cómo se distribuye la población según su respuesta frente a problemas de salud relativamente recientes (en los doce meses previos a la encuesta). Para este análisis, se construyeron cuatro categorías: atención en establecimientos de salud (públicos o

privados); atención con especialistas de salud (médicos tradicionales, médicos a domicilio o telemedicina cuando esta estuvo disponible); atención en domicilio o automedicación; y ninguna atención. Se tienen estimaciones para las gestiones 2018, 2019 y 2021.

Gráfico 66. Atención a problemas de salud en los últimos 12 meses, 2018 a 2021

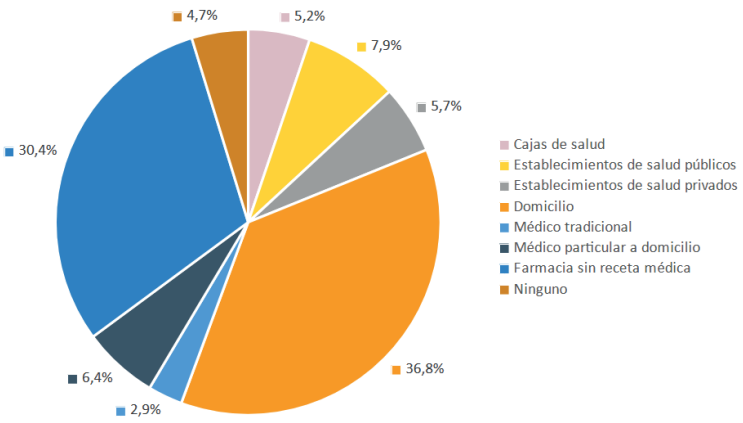


Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2018-2021 del INE.

Las estimaciones sugieren elevados niveles de desprotección de la población que, sólo en el 20% de los casos, atiende sus problemas de salud (datos de 2021). Este porcentaje incluye al 17,4% de las personas que acuden a establecimientos de salud y al 2,8% de personas que se atienden con algún especialista. La mayoría de las personas (el 46,6%) resuelven sus problemas de salud en sus domicilios o bien se auto medican. Un tercio de la población (el 33,2%) no atiende estas eventualidades.

Los porcentajes estimados para otros años (2018 y 2019) sugieren un patrón similar en la atención de problemas de salud. El año de la crisis (2020), la modalidad de la pregunta sobre este tema fue cambiada para dirigirse exclusivamente a las personas que tuvieron síntomas de COVID-19 por lo que no es posible establecer una comparación. Sin embargo, la distribución de las respuestas para este año específico brinda información respecto a la forma en que las personas atendieron sus problemas de salud en situaciones de crisis. El siguiente gráfico presenta las estimaciones.

Gráfico 67. Modalidades de atención (porcentaje) de síntomas de la COVID-19 durante 2020



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuesta de Hogares 2020 del INE.

La mayoría de las personas con síntomas del virus (el 36,8%) atendió la enfermedad en sus domicilios o bien recurrió a medicamentos sin receta médica (el 30,4%). Entre las personas que recibieron algún tipo de atención especializada, se encuentran quienes asistieron a un establecimiento de salud público (7,9%), quienes acudieron a un centro privado (5,7%), quienes fueron a una caja de salud (5,2%), quienes recibieron la visita de un médico (6,4%) o aquellas personas que contaron con el apoyo de un médico tradicional (2,9%). Un 4,7% de las personas no atendió los síntomas de la enfermedad.

En el caso específico de la salud sexual y reproductiva, se cuenta con datos aún aislados y evidencia cualitativa que da cuenta de la interrupción de varios servicios durante el período más crítico de la pandemia lo que podría haber tenido consecuencias sobre la salud y la vida de las mujeres (Católicas por el Derecho a Decidir, 2021). Algunos de los hechos más sobresalientes al respecto tienen que ver con:

- Mayores restricciones para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva (SSSR) como resultado de la necesidad de aplicar medidas de bioseguridad y/o pruebas de detección de COVID-19 que implican costos elevados.
- El desabastecimiento de insumos médicos, equipos de protección personal, material de bioseguridad, métodos anticonceptivos e insumos para diagnóstico y tratamiento de personas que viven con VIH-SIDA.
- La disminución de la demanda de SSSR por temor a contraer el virus. Se estima que las atenciones en SSSR durante la pandemia sufrieron una reducción del 40%.
- La disminución de asesoría de anticoncepción en un 36% con respecto a la gestión 2019.
- La cobertura de métodos anticonceptivos para adolescentes y jóvenes disminuyó un 32% en relación a la gestión 2019.
- La disminución en la realización de las Interrupciones Legales del Embarazo (ILE) en un 65%.
- Aumento en las brechas de salud por el aumento en las restricciones para acceder a SSSR en áreas rurales y la menor cobertura de internet que permitiera acceder al servicio de Telesalud.
- La menor asignación de recursos fiscales como consecuencia de reasignaciones presupuestarias para atender la pandemia con consecuencias sobre la menor dedicación de personal a los SSSR.
- Un menor acceso a Educación Integral de la Sexualidad como consecuencia de la clausura del año escolar y la existencia de reducidos espacios para ofrecer información.

Acceso a servicios educativos

Sin desconocer la importancia de la educación en sus múltiples niveles, especialidades y ámbitos, la presente sección se concentra en la educación formal (inicial, primaria y secundaria) que debería estar atendiendo a la mayoría de niñas, niños y adolescentes del país. El hacer seguimiento a cómo se ofrecen estos servicios sugieren, de alguna forma, cómo podrían haberse alterado los otros subsistemas y modalidades de la educación (como la educación superior, la educación técnica o la educación permanente).

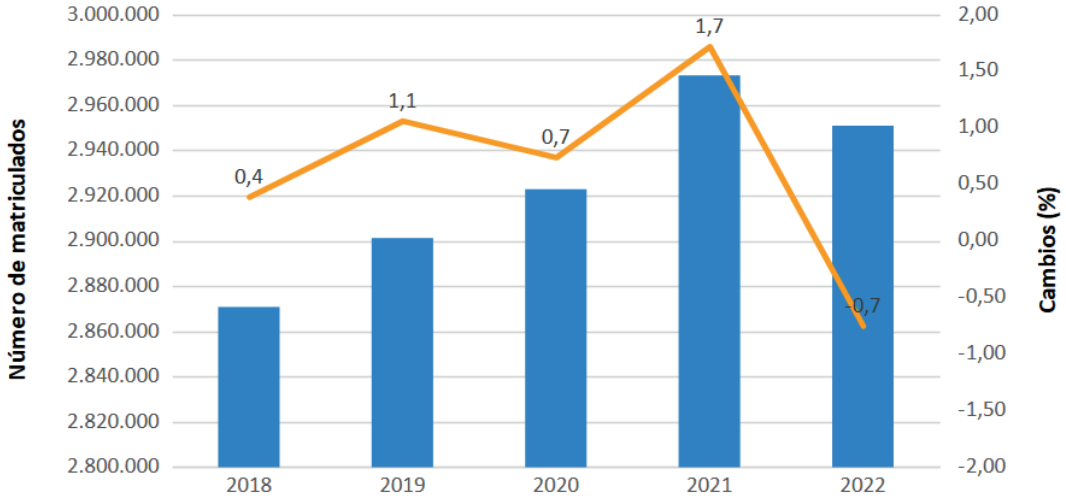
Al mismo tiempo, el análisis plantea desafíos importantes en términos de ampliar las modalidades de atención escolar incluyendo no solamente las posibilidades del acceso a nuevas tecnologías de la información sino la forma en que estas podrían combinarse con la oferta educativa actual (mayoritariamente presencial) para garantizar mejores resultados educativos en términos de calidad educativa (entendida esta como el desarrollo de capacidades y habilidades para la vida).

Desde esta perspectiva, se analizan datos provenientes de los registros del Sistema de Información Educativa (SIE) del Ministerio de Educación que se complementan con otros provenientes de encuestas de hogares.

Los registros de asistencia escolar a los niveles de educación inicial, primaria y secundaria no presentan reducciones sustanciales durante ni después del inicio de la pandemia. Esto se explica probablemente porque los datos se generan al inicio de cada gestión lo que impide evaluar, por ejemplo, la asistencia a lo largo de cada año.

Se observan incrementos inusuales a partir de 2021 y caídas recién a partir de 2022. Probablemente, estos cambios se atribuyan más a la capacidad de los sistemas de información para registrar de manera oportuna los datos que a cambios en las decisiones de las personas respecto a la permanencia de los hijos/as en las escuelas.

Gráfico 68. Niveles absolutos y cambios porcentuales en el número de matriculados, 2018 a 2022



Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Educación.

Sin embargo, los datos desagregados por tipo de dependencia (pública o privada) y nivel (inicial, primaria y secundaria) sugieren cambios en grupos específicos de población. La siguiente tabla muestra los cambios en los niveles de matriculación para algunos de estos grupos y las tasas anuales de variación correspondientes.

Tabla 8. Población matriculada y cambios porcentuales anuales por grupo poblacional, 2018 a 2022

En millones					
Grupo	2018	2019	2020	2021	2022
Nacional	2,87	2,90	2,92	2,97	2,95
Mujeres	1,40	1,41	1,43	1,45	1,44
Hombres	1,47	1,49	1,49	1,52	1,51
Fiscal	2,54	2,57	2,59	2,68	2,65
Privada	0,33	0,33	0,33	0,29	0,30
Inicial	0,35	0,37	0,37	0,35	0,35
Primaria	1,37	1,38	1,39	1,40	1,40
Secundaria	1,15	1,27	1,16	1,22	1,20

Tasas de crecimiento					
Grupo	2018	2019	2020	2021	2022
Nacional		1,06%	0,74%	1,72%	-0,75%
Mujeres		1,18%	0,97%	1,58%	-0,44%
Hombres		0,95%	0,52%	1,86%	-1,05%
Fiscal		1,07%	0,84%	3,52%	-1,10%
Privada		1,03%	-0,03%	-12,32%	2,47%
Inicial		3,88%	1,11%	-4,78%	-0,44%
Primaria		0,57%	0,57%	1,03%	-0,07%
Secundaria		10,82%	-8,31%	4,61%	-1,62%

Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Educación.

En primer lugar, sobresale la reducción en la matrícula del sector privado durante 2021 que cayó en 12,3% lo que sugiere mayores restricciones por el lado de la demanda (principalmente, económicas) para acceder a este tipo de servicio. Aunque no se cuenta con estudios recientes sobre el tema, una reducción persistente de esta naturaleza podría reducir los niveles promedios de calidad educativa (dado que los colegios privados, generalmente, obtienen mejores resultados escolares).

En segundo lugar, se observa que el número de estudiantes registrado en el nivel inicial se redujo en 4,78% en 2021. De alguna forma, este dato corrobora el planteamiento anterior. Podría ser un indicio de una menor "demanda" por educación como consecuencia de mayores restricciones económicas. De ser así, sería una señal de alerta que compromete las oportunidades de éxito futuras de los/las niños/as y, al mismo tiempo, compromete futuros incrementos en la calidad educativa.

Las estimaciones con encuestas de hogares permiten contrastar algunas de las tendencias sugeridas. La siguiente tabla muestra las tasas de matriculación calculadas con esta fuente y las variaciones anuales de estas tasas para los niveles de educación inicial, primaria y secundaria.

Tabla 9. Tasa de matriculación y variación anual, por nivel educativo, 2018 a 2021

Nivel	2018	2019	2020	2021
Tasa de matriculación				
Nacional	90,9%	91,0%	90,7%	92,2%
Inicial	54,8%	60,7%	56,0%	60,7%
Primaria	92,8%	92,9%	90,8%	92,9%
Secundaria	82,4%	82,1%	83,7%	86,4%
Variación anual				
Nacional		0,17%	-0,41%	1,74%
Inicial		10,76%	-7,67%	8,46%
Primaria		0,20%	-2,26%	2,23%
Secundaria		-0,36%	1,92%	3,23%

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2018-2021 del INE.

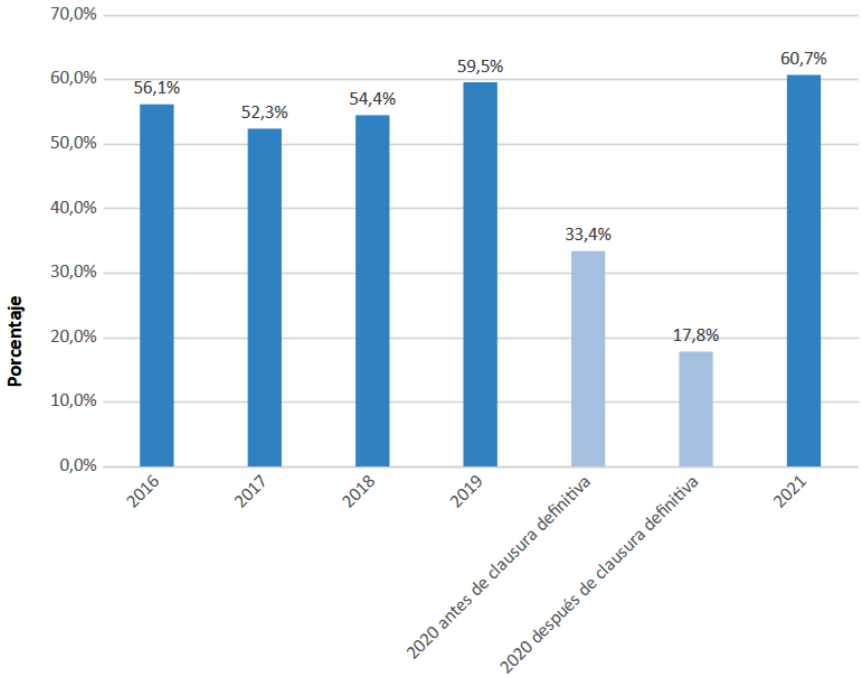
Si bien se observan ligeras reducciones durante 2020 (sobre todo a nivel de la educación inicial), las tasas de matriculación retornan a niveles previos a las crisis durante el 2021. Esta tendencia resulta generalizada entre las poblaciones del área urbana, del área rural, los hombres, las mujeres, las personas con adscripción indígena y aquellas que se declaran no indígenas. Las estimaciones para cada grupo se encuentran disponibles en anexo.

Las encuestas permiten observar las tasas de asistencia durante la gestión escolar. Sin embargo, debido a la clausura escolar en 2020, no es posible abordar este hecho con una pregunta directa (que indague por la asistencia o inasistencia). Por esta razón, se recurrió a dos preguntas para explorar la participación en actividades educativas considerando que, durante el confinamiento, se mantuvieron opciones de educación a distancia y, después de la clausura, algunos establecimientos privados mantuvieron opciones de educación en línea o bien los padres optaron por alguna opción que les permita mantener el acceso a actividades educativas de manera complementaria a la educación regular.

Para dicho análisis se recurrió a las preguntas: (1) *Luego de la suspensión de actividades educativas (12 de marzo) y antes de la clausura del año escolar (31 de julio), ¿(...) participó regularmente en alguna actividad educativa o de aprendizaje, brindada por la unidad o institución educativa?*; y (2) *Una vez clausurada la gestión escolar 2020, (...) continuó regularmente con alguna actividad educativa o de aprendizaje (educación complementaria)?*

En el siguiente gráfico, se observan las tasas de asistencia al nivel inicial para los años 2016 a 2021. En el caso de 2020, se consideran dos tasas de participación educativa que corresponden al período previo y al posterior a la clausura escolar.

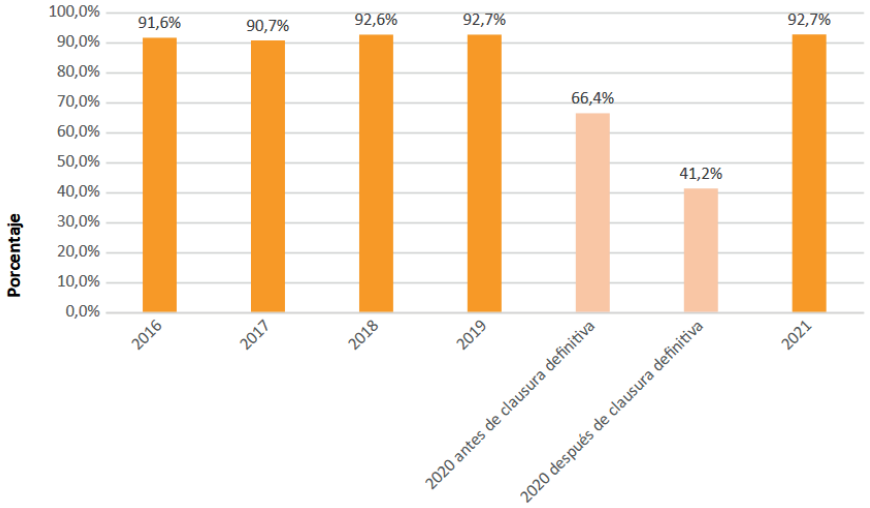
Gráfico 69. Tasa de asistencia y tasa de participación educativa – nivel inicial, 2020



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2016-2021 del INE.

Los niveles de asistencia escolar, antes de la crisis, se incrementaban ligeramente hasta llegar al 59,5% de la población en edad de asistir a la educación inicial. Luego de la pandemia, se alcanza un porcentaje ligeramente superior (60,7%). Las tasas de participación educativa muestran la caída sistemática en las actividades educativas durante 2020 cuando solamente un 17,8% pudo realizar alguna actividad de este tipo a fines del período.

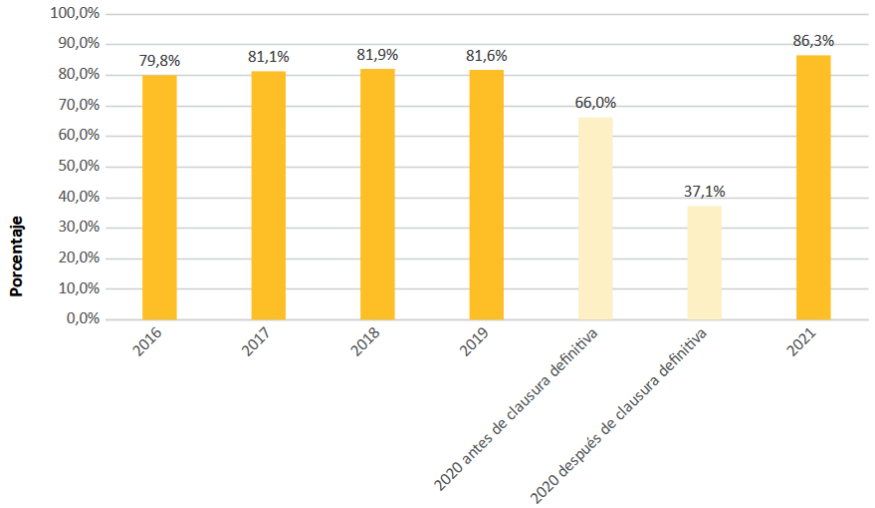
Gráfico 70. Tasa de asistencia y tasa de participación educativa – nivel primario, 2020



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2016-2021 del INE.

Las estimaciones para la educación primaria muestran las mismas tendencias que el caso anterior. El efecto de la crisis se reflejó en bajos porcentajes de participación educativa que llegaron hasta fines de 2020 a 41,2%. La recuperación en 2021 se refleja en tasas de asistencia que llegan al 92,7%.

Gráfico 71. Tasa de asistencia y tasa de participación educativa – nivel secundario, 2020



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2016-2021 del INE.

Las estimaciones para la educación secundaria muestran un salto inusual en la asistencia a centros educativos en el período posterior a la crisis. Se alcanza una tasa del 86,3% que supera casi en 5 puntos porcentuales el cálculo de 2019 (que llegó a 81,6%). Los efectos de la crisis se reflejan en las bajas tasas de participación educativa que llegó a 66% a mediados de 2020 y terminó en 37,1% a fines de la gestión.

Los indicadores de asistencia escolar muestran avances similares para hombres y mujeres en todos los niveles educativos. Persisten disparidades entre poblaciones urbanas y rurales las cuales, sin embargo, no parecen haberse incrementado después de la pandemia. Algo similar ocurre entre las poblaciones indígenas y no indígenas. La siguiente tabla muestra los porcentajes de asistencia desagregados por área y adscripción indígena para los niveles inicial, primaria y secundaria.

Tabla 10. Tasas de asistencia escolar por grupo población y nivel educativo, 2018 a 2021

Población/Nivel	2018	2019	2021
Área urbana	**92,0%**	**92,1%**	**92,6%**
Inicial	58,5%	64,6%	62,4%
Primaria	92,7%	93,0%	92,6%
Secundaria	85,1%	85,0%	87,3%
Área rural	**87,6%**	**87,2%**	**91,0%**
Inicial	45,9%	48,9%	56,6%
Primaria	92,6%	92,0%	93,4%
Secundaria	75,6%	74,5%	84,0%
Población no indígena	**90,8%**	**90,3%**	**92,2%**
Inicial	55,6%	59,1%	61,6%
Primaria	92,5%	92,6%	92,7%
Secundaria	83,1%	82,9%	86,1%
Población indígena	**89,3%**	**91,2%**	**91,9%**
Inicial	47,3%	62,0%	56,1%
Primaria	93,2%	93,1%	92,9%
Secundaria	77,7%	76,8%	87,3%

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2018-2021 del INE.

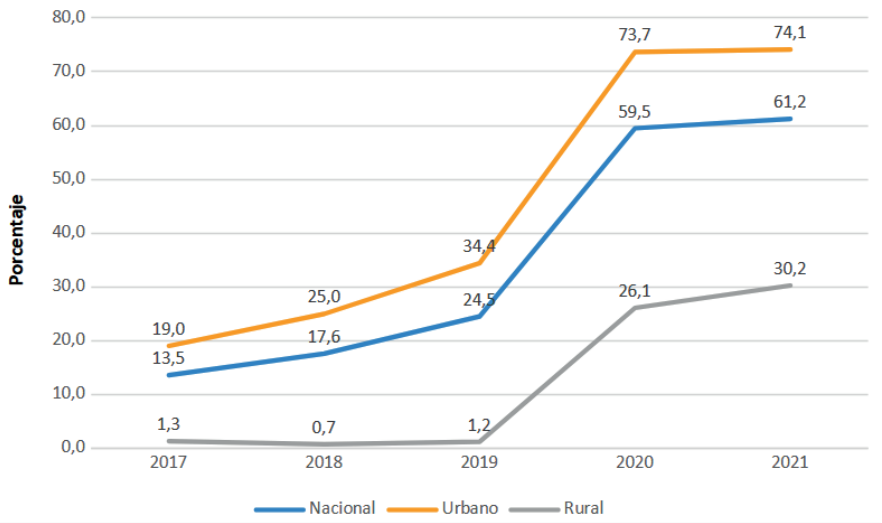
Prácticamente en todos los casos, las tasas retornaron a los niveles previos a la crisis. Al interior de los cuatro grupos considerados, los porcentajes de asistencia pasan del 90%. Sin embargo, la revisión por nivel educativo revela que los porcentajes en el caso de la educación inicial permanecen bajos entre la población indígena. A modo de hipótesis, se puede plantear que las personas de estos grupos pertenecen o bien a migrantes recientes (provenientes del área rural) o bien a comunidades rurales relativamente dispersas en cuyo caso aún no se habrían generado las condiciones para restablecer este servicio educativo.

Acceso a servicios de internet

Durante los períodos de cuarentena, el acceso al internet y su uso fueron fundamentales para mantener, así sea parcialmente, los niveles de participación educativa. El desigual acceso a este medio se refleja de la siguiente manera. En primer lugar, observamos el porcentaje de personas de cinco o más años de edad con acceso a internet en los hogares[19] (conexión fija o móvil o ambas) que ya presentaba una tendencia creciente, pero tuvo un salto significativo a nivel nacional durante el 2020 y el 2021 reflejando la importancia que tomó este servicio en un contexto de confinamiento; el porcentaje era de 24,5% en 2019 y pasó a 61,2% en 2021.

[19] La pregunta en la EH es "¿Tiene el hogar acceso al servicio de internet en su vivienda?"

Gráfico 72. Acceso a internet en los hogares por área, 2017 a 2021

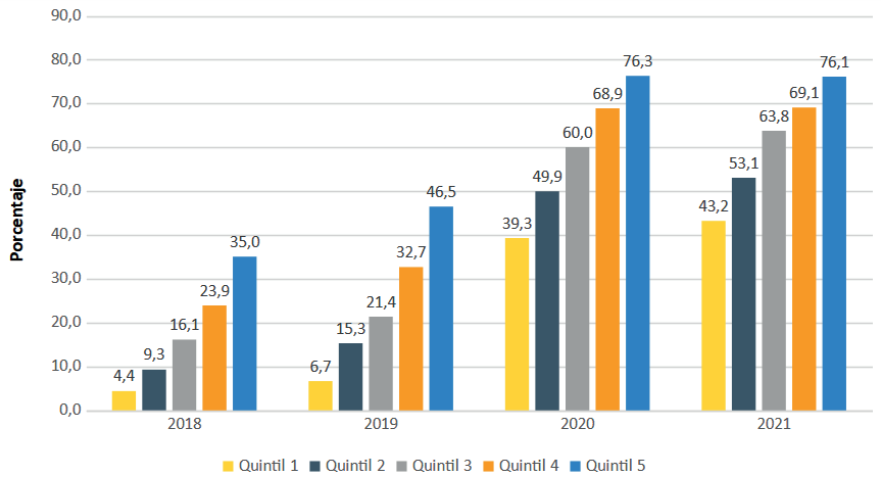


Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2017-2021 del INE, para personas de 5 o más años.

La gráfica también ilustra la evolución de la diferencia en acceso a internet para las áreas urbana y rural. El área urbana pasó de 34,4% a 74,1% entre 2019 y 2021, mientras que el área rural creció de 1,2% a 30,2 en el mismo período. La gran mejoría en el área urbana con respecto al área rural quizá se deba al alcance de la cobertura de la red en el país.

En el siguiente gráfico observamos la evolución de personas con acceso a internet por quintil, para 2018 era solo del 4,4% de los hogares en el quintil más bajo tenían acceso a internet, mientras que en el quintil más alto el 35% tenía acceso. Entre 2020 y 2021 se observaron grandes avances en todos los quintiles, el acceso en el quintil 1 ascendió a 43,2% y el quintil 5 a 76,1%.

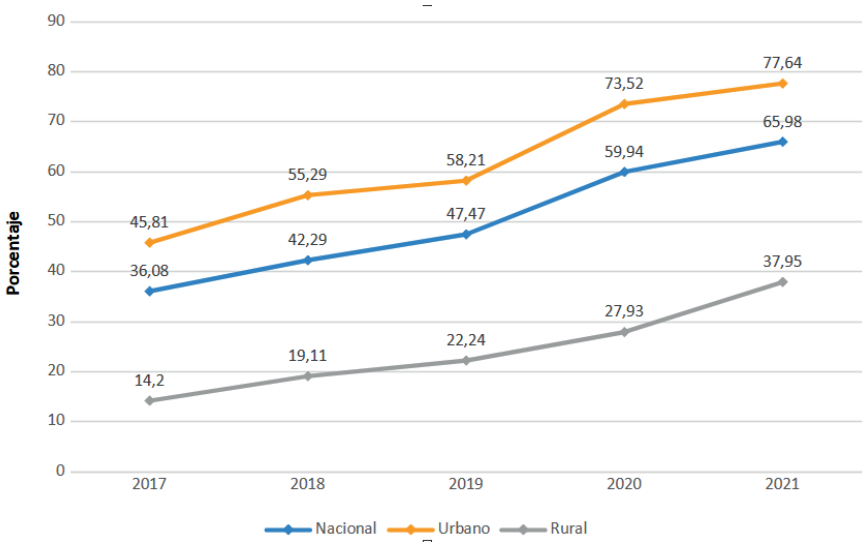
Gráfico 73. Acceso a internet en los hogares por quintil, 2018 a 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2018-2021 del INE, para personas de 5 o más años.

En la gráfica superior podemos ver que a nivel nacional el porcentaje de personas que ha usado internet[20] va en crecimiento y toma un impulso durante el impacto de la pandemia, pasando de 47,47% en 2019 a 65,98% en 2021. Se observa también una amplia diferencia en el uso entre el área urbana y rural, esta diferencia tuvo un incremento durante 2020 y 2021.

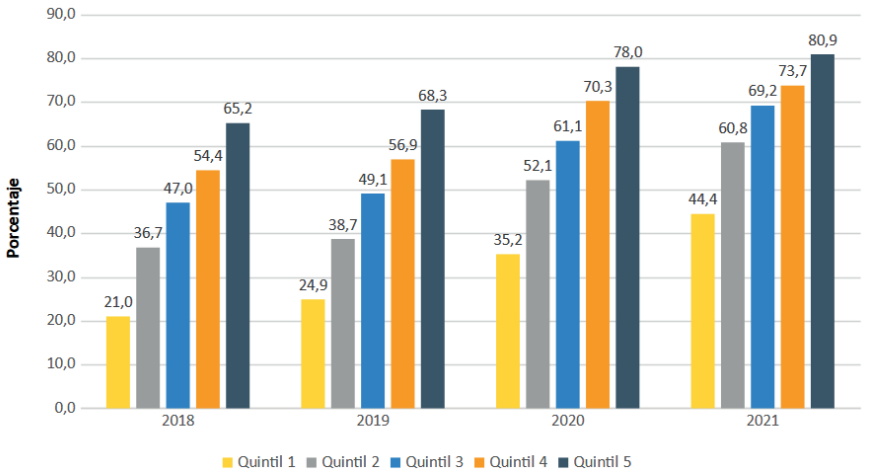
Gráfico 74. Uso de internet por área, 2017 a 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2018-2021 del INE, para personas de 5 o más años.

El siguiente gráfico sobre uso de internet por quintil muestra crecimientos mayores para los quintiles más bajos. Entre 2018 y 2021, la población del quintil 1 vio incrementado el uso del 21% en 2018 al 44% en 2021 (lo que equivale a más del doble). En el caso del quintil 5, este porcentaje pasó desde 65,2% hasta 80,9% en el mismo período lo que representa un aumento del 24%. Aun así, prevalecen las diferencias con respecto al uso dentro de los quintiles.

Gráfico 75. Uso de internet por quintil, 2018 a 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: Encuestas de Hogares 2018-2021 del INE, para personas de 5 o más años.

[20] Las frecuencias de uso, según la encuesta, van de "al menos una vez al día" a "menos de una vez por semana".

El acceso a internet representa potenciales beneficios en diversos ámbitos: oportunidades de aprendizaje, capacitación, ofertas laborales e información acerca de asuntos que afectan a la familia y comunidad. Al mismo tiempo, podría implicar amenazas en términos de pérdida de privacidad, acoso cibernético y un mayor aislamiento del entorno. Probablemente el uso responsable y, en cierto punto, regulado del internet podría contribuir a reducir estas situaciones y convertirlas en una herramienta efectiva para el mejor funcionamiento de la sociedad, la economía y sobre todo la educación en tiempos de crisis.

Seguridad y servicios de protección

Las medidas de respuesta a la pandemia no consideraron la prevención y atención de los hechos de violencia contra las mujeres como prioridad durante la misma, situación que podría haber acentuado la desprotección que estas enfrentan. Esta realidad podría resultar más frecuente entre los grupos de población más vulnerables o más dejados atrás.

Durante los períodos de cuarentena, se acrecentaron los obstáculos para acceder al sistema de justicia lo que afectó la posibilidad de realizar denuncias de hechos de violencia y, por tanto, de registrar los mismos. Así lo menciona el estudio realizado por Mendoza (2020) al momento de presentar los datos de feminicidios y hechos de violencia basándose en la opinión expresada por el Ministerio Público.

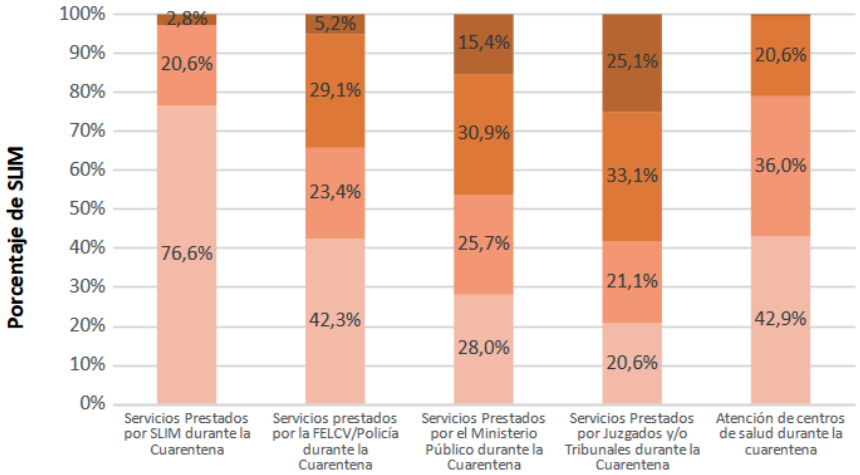
Si bien la información al respecto aún es limitada, se cuenta con estudios que rastrearon posibles efectos de la pandemia de manera indirecta recurriendo a información proveniente de las instancias que reciben denuncias de hechos de violencia.

En el caso específico de la violencia contra la mujer, la Alianza Libres sin Violencia y Comunidad de Derechos Humanos (2020), aplicó un cuestionario dirigido a los Servicios Legales Integrales Municipales (SLIM) que fue respondido por 175 municipios (68,6% de área rural y 31,4% de área urbana) de un total de 340 existentes en el país.

Casi dos tercios de las respuestas recibidas (el 62,3%) coinciden en señalar que la violencia contra la mujer aumentó durante la cuarentena. La encuesta evidencia un escaso funcionamiento de las casas de acogida o refugios temporales de la sociedad civil. Incluso en el caso en que estas estuvieron funcionando, se dificultó el proceso de formalización de las denuncias o, directamente, fue suspendido debido a las posibilidades de contagio y el acceso limitado a material de bioseguridad.

Desde la perspectiva de los SLIM, el acceso a la justicia fue uno de los más limitados durante la pandemia. El siguiente gráfico resume el grado en que funcionaron los servicios de protección y seguimiento a casos de violencia durante el período más extremo de los confinamientos. Las barras del gráfico muestran la frecuencia relativa con que habrían funcionado cada uno de los servicios mencionados.

Gráfico 76. Valoración de los SLIM (porcentaje) respecto a la disponibilidad de servicios durante la pandemia, 2020



Fuente: Elaboración propia en base a Alianza Libres sin Violencia (2020).

Los servicios de juzgados y tribunales fueron las instituciones más ausentes: más de un 25% de los SLIM mencionaron que "nunca" estuvieron disponibles o bien que estuvieron disponibles "muy pocas veces (33,1%). En el caso de los centros de salud, un 20,6% de los SLIM declaró que nunca estuvieron disponibles. Este porcentaje llega al 15,4% en el caso del Ministerio Público.

Entre las razones que el estudio menciona para la reducida disponibilidad se encuentran: la ausencia de servicios que forman parte de la cadena de atención, el carácter "no esencial" de servicios de apoyo a víctimas de violencia, una menor prioridad asignada a la violencia contra las mujeres, la limitada actividad investigativa y el requerimiento de uso de TIC para la asistencia a audiencias por medios virtuales, insumo que la mayoría de las veces no está disponible entre las usuarias del servicio e incluso de las instituciones que administran justicia.

IV. CONCLUSIONES Y DESAFÍOS DE POLÍTICA PÚBLICA

a. Conclusiones

El documento representa, a la vez, una breve actualización del Análisis de Situación de la Población (ASP) realizado en 2020 y una revisión sistemática de indicadores demográficos, sociales y económicos que fueron alterados con la crisis de la COVID-19. Desde esta perspectiva, se explora, en un primer momento, las condiciones previas a la crisis originada por la pandemia y, en un segundo momento, los efectos más notorios en términos de: 1. variables demográficas; 2. efectos económicos; y 3. acceso a servicios como una aproximación de posibles desigualdades a futuro.

Por tanto, los desafíos que se desprenden del estudio se relacionan más con las capacidades de atención de los sistemas nacionales de empleo, protección social, educación y salud para enfrentar eventuales sucesos catastróficos (*shocks*) y menos con planteamientos de política pública para mejorar, en un sentido amplio, las condiciones de bienestar de la población bajo un marco de derechos. Estos últimos fueron abordados en el ASP 2020.

La pandemia COVID-19 dejó en evidencia la fragilidad de los avances logrados en términos de bienestar de los últimos años. En primer lugar, los excesos de mortalidad registrados en 2020 sugieren la incapacidad del sistema de salud y los sistemas de protección para atender a la población en sus requerimientos más básicos. En segundo lugar, la incertidumbre generada por la posibilidad de contagios y las medidas de aislamiento generalizado frenaron la actividad económica, redujeron la cantidad y la calidad de los empleos con efectos que podrían perdurar en el tiempo. En tercer lugar y por las mismas razones, se interrumpió momentáneamente el acceso a servicios esenciales para el desarrollo y cuidado de las personas incluyendo aquellos relacionados con atenciones básicas de salud, educación y protección contra la violencia.

De manera transversal, se evidenciaron efectos diferenciados de la pandemia sobre cada grupo de población. En el caso de la mortalidad, el número de muertes por COVID-19 se encuentra excesivamente concentrado entre los varones de 60 y más años. El hecho de que la población masculina resulte más vulnerable al virus plantea interrogantes respecto a la medida en que hábitos de salud, conductas preventivas o factores naturalmente relacionados con una menor longevidad de este grupo podrían explicar este fenómeno.

El caso más evidente en las reducidas capacidades para enfrentar la crisis sanitaria se refiere al sector salud (entendido como al sistema de salud público con un sistema de referencias y contrarreferencias que articulan los niveles descentralizados y el nacional). Tres deficiencias pueden resaltarse: 1. una baja capacidad para prevenir eventos de salud y una lenta capacidad de adaptación del sistema, sobre todo en contextos rurales; 2. una baja capacidad para atender y proteger a la población con servicios de calidad; y 3. una reducida capacidad de monitoreo que se refleja en información insuficiente, rezagada y, muchas veces, con pocos niveles de desagregación.

A un deficiente sistema de salud, se sumaron políticas no siempre consistentes en términos de protección social. Estas privilegian mecanismos monetarios de protección y se concentran menos en mejorar el funcionamiento de los servicios públicos. Estos mecanismos lograron proteger a los sectores más pobres de la población, pero están lejos de constituir programas efectivos para proteger de manera integral a la población boliviana. Los elevados porcentajes de población en condiciones de "cuentapropismo", trabajo no remunerado y otras formas de trabajo distinto al asalariado hacen más difícil, por ejemplo, una mejor articulación entre el empleo y los sistemas de protección de corto y largo plazo.

La clausura del año escolar en 2020 dejó en evidencia la incapacidad del Estado para atender una de sus funciones esenciales. Además de poner en riesgo los avances de los últimos años (referidos sobre todo a los incrementos en coberturas y en recursos para mejorar la oferta), este hecho profundizó las brechas educativas que pasaron a depender menos de la oferta estatal y más de los recursos de los hogares. El hecho más ilustrativo de esto tiene que ver con las disparidades en el acceso y uso del internet y de tecnologías de información que podrían determinar aumentos de la desigualdad a futuro.

Aunque es menos lo que se conoce sobre los resultados de los sistemas de protección y justicia, la evidencia sugiere que los períodos de confinamiento más o menos prolongados habrían dificultado aún más la capacidad de ambos sistemas para atender a la población más vulnerable. El caso del sistema de justicia parece ser el más agudo. La reducida capacidad de denuncia y seguimiento a situaciones de violencia podrían haber derivado en mayores riesgos para poblaciones particularmente vulnerables dentro de los hogares incluyendo a niños, niñas, adolescentes, mujeres en situación de vulnerabilidad o personas en situación de discapacidad, por citar algunos casos.

Juntando los temas relacionados con las políticas de protección surgidas durante la pandemia con aquellos relacionados con la información estadística disponible, resalta el hecho de la invisibilidad de grupos que podrían resultar particularmente desprotegidos. Por ejemplo, no se tiene suficiente información sobre personas en situación de calle, personas encarceladas o poblaciones indígenas de tierras bajas. Contar con registros para estas poblaciones podría no solo mejorar el diseño de programas específicos sino también contribuiría a contar con políticas públicas más integrales.

Un elemento sobresaliente de la revisión de tendencias sugiere las áreas en las cuales el "retorno a la normalidad" podría demorarse más de lo esperado. Aspectos como el aumento en el trabajo infantil, el aumento en el trabajo no remunerado, la reducción del trabajo asalariado, las brechas en la ocupación y en las condiciones de ocuparse de hombres y mujeres, la reducción de ingresos laborales o la mayor subocupación entre los jóvenes podrían mantenerse por mucho tiempo si no se toman medidas oportunas, integrales e, idealmente, con suficiente información. A estos deterioros, se debe prestar particular atención a la persistencia de la pobreza y la desigualdad en el área rural.

La revisión de las encuestas plantea interrogantes respecto a la forma de tomar decisiones de los hogares. Un aspecto llamativo tiene que ver con el contraste entre la política de los gobiernos (nacionales, departamentales y municipales) por facilitar la vacunación masiva contra el virus y los bajos resultados en términos de porcentaje de personas vacunadas. Aspectos como la desconfianza o el miedo a los efectos secundarios resultan más importantes, en la declaración de los hogares, que la oferta de vacunas. Este aspecto se enmarca dentro de un cuadro de atención en salud caracterizado por bajas coberturas de seguros, automedicación o, directamente, falta de atención de las enfermedades declaradas.

El tema de la información como tal, y no solo como medio para evidenciar cambios en situaciones de bienestar, resulta fundamental para entender las posibilidades y límites al momento de enfrentar futuras crisis sanitarias, económicas o de otra índole. Existe una baja capacidad de registro de varios hechos vitales que se hizo particularmente evidente en el caso del número de muertes por COVID-19. Esta situación parece estar mejor desarrollada en el sector educación a través del Registro Único de Estudiantes (RUDE) aunque su uso como herramienta de planificación y prevención aún resulta desconocido. El caso menos desarrollado tiene que ver con las estadísticas de violencia, seguimiento de casos y situación de las sanciones dentro del sistema legal. En la medida en que se mantengan estos déficits de información, será menor la capacidad para ampliar el ejercicio de derechos de la población.

Para subsanar esta falta de datos, el país recurre en los últimos años al uso de encuestas que ofrecen información valiosa desde la perspectiva de las personas y los hogares. Permite observar y hacer seguimiento a tendencias de indicadores clave como la pobreza o la desigualdad de ingresos. Además, permite identificar carencias en otras dimensiones. En el caso particular de este estudio, se empleó la encuesta de hogares para evidenciar

la magnitud del virus (en términos de contagios), las conductas de la población frente a la crisis de salud, las consecuencias de los confinamientos y los cambios en el acceso a algunos servicios. Sin embargo, no está claro hasta dónde este instrumento (las encuestas de hogares) podrían facilitar el seguimiento de eventos de salud a futuro.

A pesar de la anotación anterior, la encuesta permitió generar preguntas sobre posibles desigualdades de largo plazo. Temas como el aumento en el número de hijos en mujeres adolescentes o las caídas en el acceso a educación inicial entre poblaciones rurales e indígenas surgen justamente de haber indagado con indicadores proxy aspectos que podrían observarse con mayor detenimiento con otras fuentes de datos.

b. Desafíos de política pública

Sin dejar de reconocer la naturaleza y la magnitud de la pandemia, la crisis de la COVID-19 permite derivar algunas lecciones relevantes para enfrentar crisis sanitarias, sociales y económicas. Se destacan tres ámbitos que las políticas públicas deben prever para enfrentar futuras crisis en mejores condiciones.

La pandemia dejó en evidencia una escasa capacidad de la sociedad para reaccionar de manera colectiva al momento de enfrentar los efectos sobre la salud, la economía y las relaciones sociales. En primer lugar, los elevados niveles de desigualdad, incluso luego de períodos de reducción, condicionan dicha capacidad y plantean la necesidad de identificar mecanismos diferenciados (bonos, programas de asistencia o normativa que privilegie a poblaciones específicas) para asegurar mejores resultados en el mercado laboral y mayor capacidad de acceso a servicios sociales.

En segundo lugar, los elevados niveles de mortalidad durante 2020 junto con tendencias poco alentadoras en el acceso a prestaciones básicas de salud (atención prenatal, partos y vacunación) sugieren la necesidad de mejorar la oferta de salud. Por un lado, se requiere aumentar los niveles de inversión para asegurar los flujos de referencia y contrarreferencia. Por otro lado, se requiere adaptar las condiciones de la oferta a las necesidades de la población sobre todo en el área rural y entre las poblaciones indígenas. Las bajas coberturas de vacunación contra el virus constituyen un ejemplo sobre la necesidad de complementar esta medida con otras opciones de acceso a la salud y respecto a la importancia de articular las acciones de salud con las de otros sectores (principalmente, educación).

Un tema menos abordado tiene que ver con las relaciones de gobernabilidad que resultan fundamentales para enfrentar futuras crisis. Incluso reconociendo la importancia de un acuerdo político general sobre la importancia de la salud y sobre la importancia de reducir las desigualdades, resulta fundamental avanzar en una mejor definición de roles competenciales al momento de enfrentar crisis de esta naturaleza. La responsabilidad difusa de roles en cuanto a información, prevención y atención de emergencias podría derivar no solo en menores niveles de eficiencia sino en mayores niveles de mortalidad.

Un aspecto fundamental para mejorar la capacidad de enfrentar futuras crisis, tiene que ver con la capacidad del Estado para reconocer los logros y los desaciertos de las medidas adoptadas para enfrentarla. La evaluación en distintos niveles y con distintos actores juega un rol fundamental en este caso. Comprender el posible efecto de las medidas de confinamiento, los impactos de las medidas de reactivación económica o las causas de los bajos niveles de vacunación constituyen ejemplos de temas que requieren mayor análisis y discusión para mejorar las políticas públicas incluyendo, principalmente, las medidas de protección social y las medidas sanitarias.

V. REFERENCIAS

Aburto, Schöley, Kashnitsky, Zhang, Rahal, Missov, & Kashyap. (2022). *Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life-expectancy losses: a population-level study of 29 countries.* . International Journal of Epidemiology, 51(1), 63-74.

Alianza Libres sin Violencia. (2020). *Situación de la violencia contra las mujeres en el contexto de la pandemia por la COVID – 19.*

Banco Mundial. (2022). *Camas hospitalarias por 1000 habitantes* . Obtenido de https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS?locations=BO.

Banco Mundial. (2022). *Rebalanceando el crecimiento sostenible e inclusivo para seguir reduciendo la pobreza en Bolivia.* La Paz.

Banco Mundial. (10 de octubre de 2022). *www.datos.bancomundial.org*. Obtenido de https://datos.bancomundial.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZS?locations=BO

Banco Mundial. (4 de septiembre de 2023). *www.datos.bancomundial.org*. Obtenido de https:// GDP (current US$) - Bolivia | Data (worldbank.org)

Benavides, F., Vives, A., Zimmerman, M., & Silva-Peñaherrera, M. (2020). Exceso de mortalidad en población en edad de trabajar en nueve países de Latinoamérica. *Rev Panam Salud Publica*.

Brodeur, Gray, Islam, & Bhuiyan. (2021). A literature review of the economics of COVID-19. *Journal of Economic Surveys*, 35.

Carlsson-Szlezak, P., Reeves, M., & Swartz, P. (2020). What coronavirus could mean for the global economy. *Harvard Business Review*, 1-10.

Castro, C., Gurzenda, S., Turra, C. M., Kim, S., Andrasfay, T., & Goldman, N. (2021). Reduction in life expectancy in Brazil after COVID-19. *Nature medicine*, 1629-1635.

Católicas por el Derecho a Decidir. (2021). Actualización al Monitoreo de la Salud Reproductiva durante la Pandemia por COVID-19 en Latinoamérica: Informe Bolivia, 2021. Documento realizado en el marco de las acciones de seguimiento al Monitoreo de la Salud Reproductiva, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA y la Embajada de Suecia en Bolivia.

CEPAL. (2009). *Observatorio Demográfico número 7* .

CEPAL. (2020). *Observatorio Demográfico, 2019*. Santiago: ISBN: 978-92-1-047957-8 (versión pdf) / (pdf). LC/PUB.2019/24-P.

CEPAL. (2022). *Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe (LC/CRPD.4/3).* Santiago: Publicación de las Naciones Unidas.

CIMDM; UDAPE. (2015). *Octavo Informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia.* La Paz.

Estado Plurinacional de Bolivia. (2021). *Informe Nacional Voluntario.*

Gamero, J., & Pérez, J. (2020). Perú: Impacto de la COVID-19 en el empleo y los ingresos laborales. *Organización Internacional del Trabajo.*

Huenchuan, S. (2020). El derecho a la vida y la salud de las personas mayores en el marco de la pandemia por COVID-19 . *CEPAL.*

INE. (Septiembre de 2018). Bolivia: Estudio Temático del Embarazo Adolescente. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística: https://www.ine.gob.bo/index.php/publicaciones/estudio-tematico-del-embarazo-adolescente/

INE. (15 de 09 de 2021). *Población y Hechos Vitales - Bolivia: Número de defunciones por año de registro, según departamento y grupo de edad del fallecido, 2010-2021*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística: https://www.ine.gob.bo/index.php/registros-administrativos-sociales/

INE. (10 de octubre de 2022). *www.ine.gob.bo*. Obtenido de https://www.ine.gob.bo/index.php/censos-y-proyecciones-de-poblacion-sociales/

INE. (19 de 5 de 2023). *Producto Interno Bruto Anual - Introducción*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística: https://www.ine.gob.bo/index.php/estadisticas-economicas/pib-y-cuentas-nacionales/producto-interno-bruto-anual/producto-interno-bruto-anual-intro

INE. (2023). *Variación del producto interno bruto a precios constantes según actividad económica, 1989 - 2022*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística.

Karlinsky, A., & Kobak, D. (2021). Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic with the World Mortality Dataset.

Khalili, M. A., Leisegang, K., Majzoub, A., Finelli, R., Selvam, M., & Henkel, R. (2020). Male fertility and the COVID-19 pandemic: systematic review of the literature. *The world journal of men's health*.

Lustig, N., & Tommasi, M. (2020). *Covid-19 and social protection of poor and vulnerable groups in Latin America: a conceptual framework*. CEPAL.

Lustig, N., Neidhöfer, G., & Tommasi, M. (2020). *Short and long-run distributional impacts of COVID-19 in Latin America*.

Martin, S. F., & Bergmann, J. (2020). *Shifting forms of mobility related to COVID-19*. UN International Organization for Migration (IOM).

Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. (25 de Julio de 2020). *https://www.economiayfinanzas.gob.bo/*. Obtenido de https://www.economiayfinanzas.gob.bo/bonos-covid-19.html

Ministerio de Salud. (8 de 2 de 2021). *Listado establecimientos de salud asentados en el registro federal (REFES) - Enero 2021*. Obtenido de datos.gob.ar: https://datos.gob.ar/dataset/salud-listado-establecimientos-salud-asentados-registro-federal-refes/archivo/salud_cccd5cbd-af97-484f-82e5-7d40e3b358d5

Naciones Unidas. (2021). *Perspectivas de la Población Mundial*. Obtenido de Banco Mundial: https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL?locations=PE-AR

OIM. (2022). *Encuesta de Monitoreo de Flujo en Colchane, Chile - Rondas 1 & 2, disponible en https://dtm.iom.int/chile*. Santiago: Organización Internacional para las Migraciones.

OMS. (2021). *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic*.

Peláez, E. (2021). *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. Presentación realizada en el Conversatorio organizado por UNFPA Bolivia. Noviembre.

Plataforma Nacional de Datos Abiertos. (13 de 08 de 2021). *Establecimientos de Salud - Ministerio de Salud*. Obtenido de https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/establecimientos-de-salud

Quispe, C. M. (2020). Dinámica e impacto del Covid-19 en la economía boliviana. *Revista de Análisis del BCB*, 39-68.

Saad, P. M., Miller, T., & Martínez, C. (2009). Impacto de los cambios demográficos en las demandas sectoriales en América Latina. *Revista brasilera de Estudios de Población. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2*, 237-261.

SNIS. (2022). *Reporte Dinámico Defunción General - Reportes Hechos Vitales*. Obtenido de

Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica: https://reportes-siahv.minsalud.gob.bo/

Sobotka, T., Jasilioniene, A., Galarza, A. A., Zeman, K., Nemeth, L., & Jdanov, D. (2021). *Baby bust in the wake of the COVID-19 pandemic? First results from the new STFF data series.*

Stiglitz, J. (2020). *Conquering the great divide.* Finance and Development.

UDAPE. (2015. Diciembre). *Octavo Informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia.* La Paz.: Ministerio de Planificación del Desarrollo. Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio (CIMDM).

UDAPE. (10 de octubre de 2022). *www.udape.gob.bo*. Obtenido de https://www.udape.gob.bo/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=38

UNFPA. (2020). *Análisis de Situación de la Población. Informe elaborado por Fundación ARU.* La Paz: Mimeo.

UNFPA. (2022). *Leaving no one behind: Strategic Plan 2022-2025*. Technical Division.

UNICEF. (2020). *Impactos Primários e Secundários da COVID-19 em Crianças e Adolescentes.*

UNICEF. (2020). *Protección de la niñez y adolescencia frente a crisis Covid-19*.

UNICEF. (Mayo de 2021). Obtenido de Programa Conjunto de Vigilancia del Abastecimiento de Agua, el Saneamiento y la Higiene.

Wanderley, F., Losantos, M., Tito, C., & Arias-Uriona, A. M. (2020). *Los impactos sociales y psicológicos del COVID-19 en Bolivia.*

Watson, O. J., Barnsley, G., Toor, J., Hogan, A. B., Winskill, P., & Ghani, A. C. (2022). Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*.

ANEXOS

Anexo 1: Datos demográficos

A.1.1 Estructura de la población por sexo y grupos de edad en Bolivia, 1960 a 2060 (%)

Grupo Etario	1960		1980		2000		2020		2040		2060	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
0 a 4	15,9%	16,8%	15,6%	16,4%	13,5%	13,8%	10,5%	10,8%	8,3%	8,7%	6,7%	7,2%
5 a 9	12,6%	13,2%	13,1%	13,7%	12,8%	13,0%	10,3%	10,7%	8,3%	8,7%	6,8%	7,2%
10 a 14	11,3%	11,8%	11,6%	12,0%	11,7%	12,0%	10,1%	10,4%	8,3%	8,6%	6,9%	7,3%
15 a 19	9,8%	10,3%	10,1%	10,5%	10,2%	10,4%	9,6%	9,9%	8,1%	8,5%	7,0%	7,4%
20 a 24	8,1%	8,5%	8,7%	8,8%	8,9%	9,0%	9,2%	9,4%	8,0%	8,3%	7,0%	7,4%
25 a 29	7,2%	7,4%	7,3%	7,4%	7,6%	7,7%	8,7%	8,9%	7,9%	8,2%	7,1%	7,4%
30 a 34	6,4%	6,5%	6,5%	6,5%	6,5%	6,6%	7,9%	8,0%	7,7%	7,9%	7,0%	7,3%
35 a 39	5,3%	5,2%	5,5%	5,5%	5,6%	5,7%	6,7%	6,8%	7,3%	7,4%	6,8%	7,1%
40 a 44	4,5%	4,3%	4,5%	4,5%	4,7%	4,8%	5,8%	5,8%	6,9%	7,0%	6,7%	6,9%
45 a 49	4,2%	3,8%	3,9%	3,8%	3,9%	3,9%	4,9%	4,9%	6,5%	6,5%	6,6%	6,7%
50 a 54	3,5%	3,1%	3,5%	3,3%	3,4%	3,4%	4,1%	4,1%	5,8%	5,7%	6,3%	6,4%
55 a 59	2,9%	2,5%	2,7%	2,5%	2,9%	2,8%	3,5%	3,4%	4,8%	4,6%	5,8%	5,8%
60 a 64	2,4%	2,1%	2,2%	1,9%	2,4%	2,3%	2,8%	2,6%	4,0%	3,6%	5,4%	5,1%
65 a 69	2,0%	1,8%	1,8%	1,5%	2,0%	1,8%	2,1%	1,8%	3,1%	2,7%	4,8%	4,2%
70 a 74	1,5%	1,3%	1,2%	1,0%	1,6%	1,3%	1,6%	1,3%	2,3%	1,8%	3,8%	3,1%
75 a 79	0,9%	0,8%	0,7%	0,5%	1,0%	0,8%	1,0%	0,8%	1,5%	1,1%	2,6%	1,9%
80 a 84	0,4%	0,4%	0,3%	0,2%	0,5%	0,4%	0,5%	0,4%	0,8%	0,5%	1,5%	1,0%
85 a 89	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,3%	0,2%	0,7%	0,4%
90 a 94	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,1%
95 a 99	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
100 y +	-0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la CEPAL.

Anexo 2: Datos macroeconómicos

A.2.1 Tasas de crecimiento para Bolivia y LAC, 2000 – 2022

Año	Bolivia	Latin America & Caribbean (excluding high income)
2000	2,51	3,56
2001	1,68	0,20
2002	2,49	0,43
2003	2,71	2,51
2004	4,17	5,44
2005	4,42	4,08
2006	4,80	5,18
2007	4,56	5,46
2008	6,15	3,84
2009	3,36	-2,08
2010	4,13	6,72
2011	5,20	4,48
2012	5,12	2,38
2013	6,80	2,87
2014	5,46	1,36
2015	4,86	0,41
2016	4,26	-0,30
2017	4,20	2,01
2018	4,22	1,63
2019	2,22	0,68
2020	-8,74	-6,34
2021	6,11	6,50
2022	3,07	3,60

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en Banco Mundial.

A.2.2 Indicadores de pobreza y desigualdad, 2000 – 2020

Indicador	Desagregación	2000	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Incidencia de pobreza moderada (%)	Nacional	**66,4**	**63,2**	**63,3**	**63,1**	**60,6**	**59,9**	**60,1**	**57,3**	**51,3**	**45,1**	**43,3**	**38,9**	**39,1**	**38,6**	**39,5**	**36,4**	**34,6**		
	Indígena	72,9	69,4	71,0	70,1	67,9	69,3	66,5	64,6	58,6	56,7	58,1	54,2	50,0	49,9	48,9	47,7	46,7		
	No Indígena	49,5	51,9	53,3	49,1	49,7	46,0	51,8	46,0	41,5	37,3	34,0	29,5	31,6	31,9	32,7	29,3	27,8		
	Área Urbana	54,5	54,3	53,9	54,4	51,1	50,3	50,9	48,7	43,5	36,8	34,7	28,9	30,5	31,0	31,6	28,2	26,1		
	Área Rural	87,0	77,7	78,8	77,7	77,6	76,5	77,3	73,6	66,4	61,9	61,2	59,9	57,5	55,0	56,9	55,1	53,9		
	Ciudades Capitales	52,0	50,5	51,0	52,8	47,5	46,0	48,0	48,0	42,9	33,8	32,7	25,6	29,3	29,1	29,9	26,9	25,7		
Incidencia de pobreza moderada (%)*	Nacional															**43,0**	**42,2**	**39,9**	**37,2**	**39,0**
	Indígena															54,0	54,1	53,4	47,2	52,7
	No Indígena															35,1	34,7	32,5	32,1	35,5
	Área Urbana															35,6	34,4	31,4	31,3	32,4
	Área Rural															59,4	59,9	59,2	50,8	54,7
	Ciudades Capitales															37,0	35,9	32,0	32,8	32,9
Incidencia de pobreza extrema (%)	Nacional	**45,2**	**38,8**	**39,5**	**34,5**	**38,2**	**37,7**	**37,7**	**30,1**	**26,1**	**21,0**	**21,6**	**18,7**	**17,2**	**16,8**	**18,3**	**17,1**	**15,2**		
	Indígena	53,0	46,1	48,7	42,0	47,4	48,8	47,4	37,7	33,0	33,7	36,8	33,0	27,5	26,8	27,2	27,1	25,9		
	No Indígena	27,7	25,9	27,5	19,4	24,2	21,3	25,2	18,3	16,7	12,4	12,1	9,8	10,0	11,0	11,8	10,7	9,1		
	Área Urbana	27,9	26,2	25,7	22,9	24,3	23,4	23,7	18,9	16,1	10,8	12,2	9,1	8,3	9,3	10,0	9,3	7,2		
	Área Rural	75,0	59,7	62,3	53,7	62,9	62,2	63,9	51,5	45,5	41,8	41,1	38,8	36,1	33,3	36,6	34,6	33,4		
	Ciudades Capitales	22,8	22,3	23,9	21,7	21,8	21,1	21,9	17,6	16,5	9,3	11,6	7,5	8,3	8,1	9,3	8,9	7,2		
Incidencia de pobreza extrema (%)*	Nacional															**19,0**	**18,4**	**15,3**	**12,9**	**13,7**
	Indígena															28,6	29,4	26,5	21,1	24,1
	No Indígena															12,0	11,4	9,0	8,6	10,9
	Área Urbana															10,8	10,2	7,0	6,4	7,2
	Área Rural															37,1	37,0	34,3	27,8	28,8
	Ciudades Capitales															10,8	10,4	6,9	6,8	6,9
Índice de Gini*	Nacional	**0,62**	**0,59**	**0,60**	**n.d.**	**0,60**	**0,59**	**0,56**	**0,52**	**0,50**	**0,47**	**0,47**	**0,48**	**0,48**	**0,47**	**0,46**	**0,46**	**0,43**	**0,42**	**0,45**
	Área Urbana	0,53	0,53	0,54	n.d.	0,54	0,53	0,51	0,46	0,45	0,41	0,42	0,42	0,44	0,42	0,41	0,40	0,38	0,39	0,41
	Área Rural	0,69	0,64	0,63	n.d.	0,66	0,64	0,64	0,56	0,53	0,54	0,54	0,53	0,53	0,52	0,54	0,54	0,49	0,47	0,48
	Ciudades Capitales	0,53	0,53	0,55	0,50	0,54	0,54	0,52	0,47	0,46	0,41	0,42	0,42	0,45	0,42	0,41	0,40	0,38	0,39	0,41
Percentil 90/Percentil 10	Nacional	**51,0**	**25,1**	**27,0**	**13,5**	**30,5**	**23,6**	**19,0**	**13,9**	**14,7**	**11,4**	**12,7**	**11,5**	**11,6**	**10,3**	**12,2**	**11,1**	**9,6**	**7,9**	**9,3**
	Área Urbana	11,1	10,1	10,4	8,1	10,7	10,3	9,7	8,1	7,1	6,6	7,3	7,0	6,6	6,6	6,7	6,6	5,6	5,7	6,4
	Área Rural	44,5	33,1	41,5	16,8	34,6	24,9	34,5	22,5	24,2	17,8	27,6	17,4	17,0	16,7	22,0	20,2	12,7	11,3	12,6
	Ciudades Capitales	10,9	10,2	11,8	8,4	10,6	10,8	10,2	7,8	7,6	6,5	7,2	6,7	6,8	6,6	6,7	6,7	5,6	5,8	6,3

Decil 10/Decil 1	**Nacional**	**234,0**	**169,4**	**149,6**	**46,0**	**127,5**	**97,2**	**79,6**	**58,0**	**59,9**	**36,1**	**47,7**	**41,8**	**39,5**	**37,2**	**46,1**	**40,0**	**26,0**	**21,5**	**27,1**
	Área Urbana	36,4	42,7	37,0	24,4	34,9	32,6	25,0	23,2	22,5	15,9	17,9	17,3	18,1	17,2	18,7	16,9	12,9	13,0	15,1
	Área Rural	186,6	447,4	175,2	53,2	156,9	130,3	166,8	80,0	76,0	59,8	90,9	63,5	56,9	63,4	77,5	67,2	38,3	28,6	33,9
	Ciudades Capitales	35,9	38,5	37,3	n.d.	32,3	31,2	27,1	23,3	23,7	15,1	18,8	17,0	19,7	16,8	18,2	17,6	12,8	13,2	14,8
Población por Estrato de Ingreso (%)	Bajo	66,4	63,2	63,2	63,1	60,6	59,9	60,1	57,3	51,3	45,1	43,3	38,9	39,1	38,6	43,0	42,2	39,9	37,2	39,0
	Medio	30,6	33,2	33,0	34,0	35,2	35,5	35,9	40,1	46,2	51,6	53,2	56,7	56,3	57,3	53,5	54,2	57,1	59,3	56,9
	Alto	3,0	3,7	3,8	2,9	4,2	4,6	4,0	2,6	2,5	3,3	3,5	4,4	4,6	4,1	3,5	3,6	3,0	3,6	4,0

Fuente: Elaboración en base a datos disponibles en UDAPE.

Anexo 3: Servicios básicos, educación y salud

A.3.1 Cobertura de servicios de agua potable y saneamiento, 2010 Y 2020

Agua Potable (%)			Saneamiento (%)		
	2010	2020		2010	2020
Al menos servicio básico	87,3%	93,4%	Servicio básico	9,4%	12,8%
Servicio limitado	2,3%	1,4%	Servicio limitado	19,5%	17,3%
Agua de la superficie	8,4%	4,9%	Defecación al aire libre	21%	9,8%
Sin mejora	4,1%	1,6%	Servicio seguro	38,7%	52,9%
			Sin mejora	11,4%	7,1%

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en: UNICEF.

A.3.2 Indicadores de oferta de salud, 2000 – 2020

Indicadores	Número de Establecimiento de salud por millón de Habitantes	Establecimientos de 1er. Nivel	Establecimientos de 2do. y 3er. Nivel	Número de Camas Hospitalarias por 1000 Habitantes
2000	274,3	253,2	21,1	1,0
2001	280,4	258,7	21,7	1,0
2002	289,3	267,6	21,8	1,0
2003	295,6	272,7	22,9	1,0
2004	291,9	271,0	20,9	1,0
2005	311,0	285,0	26,0	1,6
2006	321,3	292,9	28,4	1,6
2007	328,8	300,5	28,3	1,6
2008	333,0	304,6	28,3	1,5
2009	336,4	308,9	27,5	1,5
2010	340,0	311,4	28,6	1,5
2011	344,7	316,9	27,8	1,5
2012	345,2	316,3	28,8	1,5
2013	345,2	316,1	28,8	1,5
2014	348,8	320,0	28,4	1,6
2015	349,6	320,9	28,5	1,7
2016	351,7	324,5	26,1	1,9
2017	349,0	321,3	26,7	1,9
2018	346,2	318,8	26,5	1,9
2019	346,0	317,6	27,5	1,9
2020	346,1	316,8	28,4	2,1

Fuente: Elaboración con base en datos disponibles en UDAPE.

A.3.3 Población matriculada en el Subsistema de Educación Regular, por nivel educativo y tipo de unidad, 2011 - 2022

	Año		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Valores absolutos	Nacional		2.707.810	2.719.956	2.758.828	2.783.894	2.819.554	2.853.148	2.859.592	2.870.794	2.901.316	2.922.832	2.973.133	2.950.859
	Sexo	Mujeres	1.322.974	1.322.087	1.341.702	1.354.194	1.370.522	1.386.675	1.390.995	1.398.440	1.414.913	1.428.638	1.451.186	1.444.829
		Hombres	1.384.836	1.397.869	1.417.126	1.429.700	1.449.032	1.466.473	1.468.597	1.472.354	1.486.403	1.494.194	1.521.946	1.506.030
	Dependencia	Fiscal	2.418.677	2.420.948	2.449.041	2.469.989	2.500.375	2.526.501	2.531.032	2.541.698	2.568.832	2.590.436	2.681.676	2.652.216
		Privada	289.133	299.008	309.787	313.905	319.179	326.647	328.560	329.096	332.484	332.396	291.457	298.643
	Nivel educativo	Inicial	258.121	280.057	297.503	317.256	331.285	348.432	349.876	353.898	367.625	371.719	353.963	352.397
		Primaria	1.389.709	1.361.227	1.348.603	1.335.013	1.334.890	1.344.818	1.359.959	1.370.726	1.378.543	1.386.448	1.400.789	1.399.778
		Secundaria	1.059.980	1.078.672	1.112.722	1.131.625	1.153.379	1.159.898	1.149.757	1.146.170	1.270.188	1.164.665	1.218.381	1.198.684
Tasas de crecimiento (%)	Nacional			0,45	1,43	0,91	1,28	1,19	0,23	0,39	1,06	0,74	1,72	-0,75
	Sexo	Mujeres		-0,07	1,48	0,93	1,21	1,18	0,31	0,54	1,18	0,97	1,58	-0,44
		Hombres		0,94	1,38	0,89	1,35	1,20	0,14	0,26	0,95	0,52	1,86	-1,05
	Dependencia	Fiscal		0,09	1,16	0,86	1,23	1,04	0,18	0,42	1,07	0,84	3,52	-1,10
		Privada		3,42	3,60	1,33	1,68	2,34	0,59	0,16	1,03	-0,03	-12,32	2,47
	Nivel educativo	Inicial		8,50	6,23	6,64	4,42	5,18	0,41	1,15	3,88	1,11	-4,78	-0,44
		Primaria		-2,05	-0,93	-1,01	-0,01	0,74	1,13	0,79	0,57	0,57	1,03	-0,07
		Secundaria		1,76	3,16	1,70	1,92	0,57	-0,87	-0,31	10,82	-8,31	4,61	-1,62
Composición de la matricula (%)	Sexo	Mujeres	48,9	48,6	48,6	48,6	48,6	48,6	48,6	48,7	48,8	48,9	48,8	49,0
		Hombres	51,1	51,4	51,4	51,4	51,4	51,4	51,4	51,3	51,2	51,1	51,2	51,0
	Dependencia	Fiscal	89,3	89,0	88,8	88,7	88,7	88,6	88,5	88,5	88,5	88,6	90,2	89,9
		Privada	10,7	11,0	11,2	11,3	11,3	11,4	11,5	11,5	11,5	11,4	9,8	10,1
	Nivel educativo	Inicial	9,5	10,3	10,8	11,4	11,7	12,2	12,2	12,3	12,7	12,7	11,9	11,9
		Primaria	51,3	50,0	48,9	48,0	47,3	47,1	47,6	47,7	47,5	47,4	47,1	47,4
		Secundaria	39,1	39,7	40,3	40,6	40,9	40,7	40,2	39,9	43,8	39,8	41,0	40,6

Fuente: Elaboración con información del Ministerio de Educación.

Anexo 4: Evolución de la pandemia

A.4.1 Número de casos y decesos por meses

Año	Mes	Decesos por meses	Contagios por meses
2020	Marzo	4	113
	Abril	55	1.052
	Mayo	252	8.815
	Junio	810	23.237
	Julio	1.854	43.571
	Agosto	2.050	39.809
	Septiembre	1.368	18.713
	Octubre	760	6.446
	Noviembre	232	2.951
	Diciembre	208	15.416
2021	Enero	1.214	56.711
	Febrero	1.270	32.175
	Marzo	608	23.401
	Abril	663	33.183
	Mayo	1.549	65.685
	Junio	2.243	68.345
	Julio	1.054	33.882
	Agosto	573	17.373
	Septiembre	283	9.474
	Octubre	155	13.366
	Noviembre	260	24.837
	Diciembre	523	68.834
2022	Enero	1.237	248.224
	Febrero	487	37.651
	Marzo	52	8.706
	Abril	15	2.906
	Mayo	8	4.069
	Junio	5	17.608
	Julio	108	110.782
	Agosto	139	64.877
	Septiembre	37	5.885
	Octubre	2	1.199
	Noviembre	2	269

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en UDAPE.

A.4.2 Casos mensuales por departamento

Año	Fecha	Chuquisaca	La Paz	Cochabamba	Oruro	Potosí	Tarija	Santa Cruz	Beni	Pando	Bolivia
2020	Marzo	1	16	20	7	4	1	63	0	1	113
	Abril	2	202	60	94	22	2	592	67	11	1.052
	Mayo	23	289	531	102	42	29	6.055	1.742	2	8.815
	Junio	681	2.522	3.029	745	606	620	12.170	2.310	554	23.237
	Julio	1.344	12.922	5.390	2.124	812	3.278	15.528	1.322	851	43.571
	Agosto	3.169	15.048	3.340	1.887	4.053	4.206	6.036	1.169	901	39.809
	Septiembre	1.880	3.312	1.241	771	2.759	5.901	2.276	526	47	18.713
	Octubre	709	666	366	280	807	2.183	1.273	153	9	6.446
	Noviembre	221	520	276	157	330	438	929	53	27	2.951
	Diciembre	872	3.588	1.209	433	487	479	7.888	253	207	15.416
2021	Enero	4.265	13.854	5.659	2.786	1.973	1.899	22.521	2.866	888	56.711
	Febrero	2.241	7.645	3.336	2.131	1.797	1.828	12.053	763	381	32.175
	Marzo	1.333	3.089	2.450	1.279	766	2.195	9.769	1.796	724	23.401
	Abril	1.237	4.978	4.889	1.377	641	2.426	14.256	2.396	983	33.183
	Mayo	3.589	9.001	17.499	4.929	1.905	4.285	21.476	2.536	465	65.685
	Junio	5.332	13.445	15.803	3.248	3.297	3.840	21.002	1.786	592	68.345
	Julio	3.840	6.199	5.919	1.115	1.941	2.770	11.474	467	157	33.882
	Agosto	1.633	3.259	2.979	575	1.168	1.906	5.585	213	55	17.373
	Septiembre	899	1.991	1.407	413	576	977	3.062	124	25	9.474
	Octubre	1.351	2.030	2.159	415	312	853	6.136	76	34	13.366
	Noviembre	1.553	3.050	3.419	606	335	2.203	13.298	163	210	24.837
	Diciembre	2.475	6.352	5.514	1.209	719	5.914	44.355	998	1.298	68.834
2022	Enero	22.650	37.656	43.791	14.676	11.370	24.770	84.430	6.408	2.473	248.224
	Febrero	1.653	8.935	7.648	813	1.485	1.555	14.105	825	632	37.651
	Marzo	303	1.496	2.127	134	215	205	4.020	113	93	8.706
	Abril	156	786	586	50	81	61	1.107	51	28	2.906
	Mayo	319	381	803	62	157	59	2.239	22	27	4.069
	Junio	2.029	2.358	3.719	124	99	292	8.756	196	35	17.608

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en UDAPE.

A.4.3 Casos mensuales acumulados por departamento

Año	Fecha	Chuqui-saca	La Paz	Cocha-bamba	Oruro	Potosí	Tarija	Santa Cruz	Beni	Pando	Bolivia
2020	Marzo	1	16	20	7	4	1	63	0	1	113
	Abril	3	218	80	101	26	3	655	67	12	1.165
	Mayo	26	507	611	203	68	32	6.710	1.809	14	9.980
	Junio	707	3.029	3.640	948	674	652	18.880	4.119	568	33.217
	Julio	2.051	15.951	9.030	3.072	1.486	3.930	34.408	5.441	1.419	76.788
	Agosto	5.220	30.999	12.370	4.959	5.539	8.136	40.444	6.610	2.320	116.597
	Septiem-bre	7.100	34.311	13.611	5.730	8.298	14.037	42.720	7.136	2.367	135.310
	Octubre	7.809	34.977	13.977	6.010	9.105	16.220	43.993	7.289	2.376	141.756
	Noviembre	8.030	35.497	14.253	6.167	9.435	16.658	44.922	7.342	2.403	144.707
	Diciembre	8.902	39.085	15.462	6.600	9.922	17.137	52.810	7.595	2.610	160.123
2021	Enero	13.167	52.939	21.121	9.386	11.895	19.036	75.331	10.461	3.498	216.834
	Febrero	15.408	60.584	24.457	11.517	13.692	20.864	87.384	11.224	3.879	249.009
	Marzo	16.741	63.673	26.907	12.796	14.458	23.059	97.153	13.020	4.603	272.410
	Abril	17.978	68.651	31.796	14.173	15.099	25.485	111.409	15.416	5.586	305.593
	Mayo	21.567	77.652	49.295	19.102	17.004	29.770	132.885	17.952	6.051	371.278
	Junio	26.899	91.097	65.098	22.350	20.301	33.610	153.887	19.738	6.643	439.623
	Julio	30.739	97.296	71.017	23.465	22.242	36.380	165.361	20.205	6.800	473.505
	Agosto	32.372	100.555	73.996	24.040	23.410	38.286	170.946	20.418	6.855	490.878
	Septiem-bre	33.271	102.546	75.403	24.453	23.986	39.263	174.008	20.542	6.880	500.352
	Octubre	34.622	104.576	77.562	24.868	24.298	40.116	180.144	20.618	6.914	513.718
	Noviembre	36.175	107.626	80.981	25.474	24.633	42.319	193.442	20.781	7.124	538.555
	Diciembre	38.650	113.978	86.495	26.683	25.352	48.233	237.797	21.779	8.422	607.389
2022	Enero	61.300	151.634	130.286	41.359	36.722	73.003	322.227	28.187	10.895	855.613
	Febrero	62.953	160.569	137.934	42.172	38.207	74.558	336.332	29.012	11.527	893.264
	Marzo	63.256	162.065	140.061	42.306	38.422	74.763	340.352	29.125	11.620	901.970
	Abril	63.412	162.851	140.647	42.356	38.503	74.824	341.459	29.176	11.648	904.876
	Mayo	63.731	163.232	141.450	42.418	38.660	74.883	343.698	29.198	11.675	908.945
	Junio	65.760	165.590	145.169	42.542	38.759	75.175	352.454	29.394	11.710	926.553

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en UDAPE.

A.4.4 Aplicación acumulada de vacunas contra el COVID-19, 2021 y 2022

		Primeras dosis	Segundas dosis	Terceras dosis	Dosis única	Cuarta dosis	Total Dosis aplicadas
2021	Febrero	20.623	7.601	0	0	0	28.224
	Marzo	193.291	109.305	0	0	0	302.596
	Abril	608.945	232.108	0	0	0	841.053
	Mayo	1.330.200	350.094	0	0	0	1.680.294
	Junio	1.883.724	705.522	0	0	0	2.589.246
	Julio	2.876.476	1.398.971	0	228.423	0	4.503.870
	Agosto	3.251.724	2.004.705	0	735.364	0	5.991.793
	Septiembre	3.419.117	2.487.482	0	872.267	0	6.778.866
	Octubre	3.623.703	2.924.170	320.124	934.251	0	7.802.248
	Noviembre	4.048.776	3.140.566	363.267	981.754	0	8.534.363
	Diciembre	4.581.246	3.583.655	532.873	983.511	0	9.681.285
2022	Enero	5.730.194	4.254.664	879.174	994.961	0	11.858.993
	Febrero	5.933.817	4.610.263	1.048.495	994.961	0	12.587.536
	Marzo	6.088.052	4.806.494	1.234.362	994.961	0	13.123.869
	Abril	6.166.658	4.918.400	1.367.039	998.652	27.665	13.478.414
	Mayo	6.203.999	4.972.246	1.533.037	998.652	108.095	13.816.029
	Junio	6.243.716	5.024.134	1.715.328	998.652	183.077	14.164.907
	Julio	6.267.684	5.050.908	1.830.085	998.652	238.286	14.385.615

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles del Ministerio de Salud (recopilación de Mauricio Foronda y Gabriel Weise).

A.4.5 Porcentaje de personas que declararon tener síntomas, según características sociodemográficas

		2020			2021		
		Media	Error estándar	CV (%)	Media	Error estándar	CV (%)
Edad	0 a 5	2,4%	0,003	11,74%	2,2%	0,003	13,56%
	6 a 10	3,2%	0,004	11,66%	3,4%	0,004	12,69%
	11 a 15	5,9%	0,008	12,99%	4,3%	0,004	9,52%
	16 a 20	8,7%	0,008	9,58%	8,1%	0,006	7,88%
	21 a 25	12,5%	0,009	7,31%	11,3%	0,008	6,72%
	26 a 30	15,9%	0,010	6,32%	14,0%	0,008	5,90%
	31 a 35	17,0%	0,010	5,75%	14,8%	0,010	6,64%
	36 a 40	15,8%	0,010	6,07%	16,1%	0,010	6,37%
	41 a 45	16,3%	0,010	6,37%	16,4%	0,010	6,11%
	46 a 50	19,6%	0,014	7,33%	15,3%	0,012	7,51%
	51 a 55	17,5%	0,014	7,81%	16,4%	0,011	6,97%
	56 a 60	19,5%	0,015	7,93%	14,9%	0,012	8,12%
	Más de 60	9,6%	0,008	8,08%	11,1%	0,007	6,57%
Sexo	Hombre	11,45%	0,005	4,18%	10,18%	0,004	3,92%
	Mujer	10,83%	0,004	3,93%	10,17%	0,004	3,57%
Área	Urbana	13,29%	0,005	3,42%	11,78%	0,004	3,64%
	Rural	6,08%	0,008	13,23%	6,35%	0,006	9,46%
Etnia	No se identifica como indígena	11,30%	0,005	4,26%	10,43%	0,004	3,77%
	Se identifica como indígena	10,74%	0,007	6,76%	9,41%	0,006	6,19%
Quintil	Q1	7,00%	0,007	9,96821	6,06%	0,005	8,1193
	Q2	9,96%	0,008	8,29614	8,03%	0,006	7,9224
	Q3	10,70%	0,007	6,23923	10,35%	0,006	6,0507
	Q4	13,01%	0,008	6,31998	11,71%	0,007	5,7091
	Q5	15,10%	0,008	5,15416	14,74%	0,007	4,5175

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en la Encuesta de Hogares del INE.

A.4.6 Porcentaje de personas que recibieron al menos una vacuna contra el COVID-19, según diferentes características sociodemográficas

		Al menos una dosis	Una dosis	Dos dosis	Tres dosis
Género	Hombres	47,7%	15,0%	30,8%	1,8%
	Mujeres	50,2%	14,3%	34,1%	1,8%
Área	Urbano	53,1%	14,9%	36,1%	2,1%
	Rural	39,1%	14,1%	24,0%	1,0%
Condición étnica	No indígena	50,2%	14,1%	34,2%	1,9%
	Indígena	45,5%	16,1%	28,0%	1,4%
Grupo de edad	0 a 4 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	5 a 13 años	2,9%	2,8%	0,2%	0,0%
	14 a 17 años	23,7%	18,8%	5,0%	0,0%
	18 a 30 años	68,8%	26,8%	41,4%	0,6%
	31 a 40 años	71,9%	21,3%	49,4%	1,2%
	41 a 60 años	71,8%	15,4%	53,8%	2,6%
	61 en adelante	76,6%	10,3%	56,9%	9,3%
Nacional		49,0%	14,6%	32,5%	1,8%

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en la Encuesta de Hogares del INE.

A.4.7 Porcentaje de personas que declararon haber realizado una prueba ante el COVID-19, según quintil de ingreso y lugar de residencia

	Quintil	2020	2021	Incremento
Urbano	Q1	4,5%	9,1%	5%
	Q2	6,3%	13,0%	7%
	Q3	7,5%	15,8%	8%
	Q4	10,7%	19,7%	9%
	Q5	17,5%	31,7%	14%
	Total	9,3%	17,9%	9%
Rural	Q1	1,2%	4,4%	3%
	Q2	1,0%	3,7%	3%
	Q3	0,9%	5,7%	5%
	Q4	1,9%	8,6%	7%
	Q5	3,0%	14,8%	12%
	Total	1,6%	7,5%	6%
Nacional		7,0%	14,8%	8%

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en la Encuesta de Hogares del INE.

A.4.8 Porcentaje de personas con síntomas que recibieron medicamentos contra el COVID-19, según quintil de ingreso y lugar de residencia

	Quintil	2020	2021	2020	2021
Urbano	Q1	16,0%	30,4%	1,00	1,00
	Q2	24,5%	35,9%	1,53	1,18
	Q3	25,3%	40,0%	1,58	1,32
	Q4	30,0%	44,8%	1,88	1,47
	Q5	46,4%	54,8%	2,90	1,80
	Total	29,7%	42,8%		
Rural	Q1	15,2%	24,5%	1,00	1,00
	Q2	8,6%	26,3%	0,57	1,07
	Q3	6,2%	27,7%	0,41	1,13
	Q4	11,3%	31,5%	0,74	1,29
	Q5	10,6%	29,8%	0,70	1,22
	Total	9,9%	28,6%		
	Nacional	26,5%	40,2%		

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en la Encuesta de Hogares del INE.

A.4.9 Porcentaje de personas que recibieron al menos una vacuna contra el COVID-19, según diferentes características sociodemográficas

Desagregación		Al menos una dosis	Una dosis	Dos dosis	Tres dosis
Género	Hombres	47,7%	15,0%	30,8%	1,8%
	Mujeres	50,2%	14,3%	34,1%	1,8%
Área	Urbano	53,1%	14,9%	36,1%	2,1%
	Rural	39,1%	14,1%	24,0%	1,0%
Condición étnica	No indígena	50,2%	14,1%	34,2%	1,9%
	Indígena	45,5%	16,1%	28,0%	1,4%
Grupo de edad	0 a 4 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	5 a 13 años	2,9%	2,8%	0,2%	0,0%
	14 a 17 años	23,7%	18,8%	5,0%	0,0%
	18 a 30 años	68,8%	26,8%	41,4%	0,6%
	31 a 40 años	71,9%	21,3%	49,4%	1,2%
	41 a 60 años	71,8%	15,4%	53,8%	2,6%
	61 en adelante	76,6%	10,3%	56,9%	9,3%
Nacional		49,0%	14,6%	32,5%	1,8%
Urbana	Q1	35,4%	12,9%	21,6%	0,9%
	Q2	42,8%	15,0%	27,4%	0,5%
	Q3	52,2%	14,7%	36,1%	1,4%
	Q4	59,7%	16,0%	41,4%	2,3%
	Q5	75,3%	15,7%	54,1%	5,5%
	Total	53,1%	14,9%	36,1%	2,1%
Rural	Q1	22,9%	9,4%	12,6%	0,9%
	Q2	32,9%	12,8%	19,4%	0,7%
	Q3	39,8%	15,5%	23,9%	0,3%
	Q4	43,7%	15,8%	26,4%	1,5%
	Q5	56,3%	17,1%	37,7%	1,4%
	Total	39,1%	14,1%	24,0%	1,0%

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en la Encuesta de Hogares del INE.

A.4.10 Distribución de razones para la no recepción de ninguna vacuna para mayores de 18 años

	Nacional	Urbana	Rural
No habían vacunas donde fue a vacunarse	4,2%	3,8%	4,8%
Vacunación programada para otra fecha	1,3%	1,5%	1,1%
No cree en la vacuna	68,7%	63,0%	76,8%
Falta de tiempo	7,3%	10,5%	2,7%
Miedo a la vacuna	8,0%	7,9%	8,1%
Otra	10,5%	13,3%	6,5%

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en la Encuesta de Hogares del INE.

A.4.11 Distribución porcentual de decesos por COVID-19 por lugar de residencia y quintiles de ingreso

	Quintil	2020	2021	Variación	2020	2021
Área urbana	**Q1**	1.456	2.573	77%	6,1%	17,1%
	Q2	3.717	1.768	-52%	15,6%	11,8%
	Q3	2.750	921	-67%	11,5%	6,1%
	Q4	5.094	1.585	-69%	21,3%	10,6%
	Q5	10.863	8.165	-25%	45,5%	54,4%
	Total	23.880	15.011	-37%		
Área rural	**Q1**	526	276	-48%	11,3%	7,7%
	Q2	503	1.822	263%	10,8%	50,6%
	Q3	694	-	-100%	14,9%	0,0%
	Q4	1.351	551	-59%	29,1%	15,3%
	Q5	1.576	953	-40%	33,9%	26,4%
	Total	4.651	3.602	-23%		

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en la Encuesta de Hogares del INE.

A.4.12 Distribución de muertes por COVID-19 por lugar de fallecimiento y lugar de residencia (En porcentaje)

Área	Lugar	2020	2021
Urbano	**Domicilio**	44,60%	36,71%
	Hospital	53,51%	62,09%
	Otro lugar	1,90%	1,20%
Rural	**Domicilio**	63,19%	76,93%
	Hospital	36,81%	23,07%
	Otro lugar	0,00%	0,00%

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en la Encuesta de Hogares del INE.

A.4.13 Distribución de muertos por COVID-19 por lugar de residencia (en porcentaje)

	2020	2021
Urbano	83,7%	80,6%
Rural	16,3%	19,4%

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en la Encuesta de Hogares del INE.

Anexo 5: Efectos de la pandemia

A.5.1 Número de muertes por departamento, 2010 - 2021

Año	Bolivia	Chuquisaca	La Paz	Cochabam-ba	Oruro	Potosí	Tarija	Santa Cruz	Beni	Pando
2010	45.349	2.822	14.664	8.476	2.326	4.252	2.053	9.191	1.407	158
2011	47.579	3.027	14.965	8.869	2.464	4.541	2.145	9.945	1.455	168
2012	48.427	2.975	15.561	8.843	2.581	4.516	2.148	9.954	1.664	185
2013	50.120	2.971	16.076	9.091	2.604	4.926	2.264	10.182	1.800	206
2014	50.847	2.916	16.098	9.453	2.661	4.690	2.307	10.733	1.799	190
2015	50.476	3.028	15.967	9.324	2.619	4.346	2.387	10.818	1.751	236
2016	51.875	3.040	16.143	9.484	2.656	4.548	2.461	11.451	1.875	217
2017	50.847	2.853	16.052	9.254	2.699	4.255	2.434	11.175	1.906	219
2018	52.388	2.897	16.676	9.281	2.879	4.210	2.451	11.904	1.865	225
2019	53.194	3.022	16.584	9.652	2.995	4.016	2.686	12.152	1.868	219
2020	79.613	3.857	27.327	13.194	4.605	5.300	3.268	18.537	3.118	407
2021 (p)	86.461	4.536	27.725	15.411	5.287	6.248	3.808	20.207	2.833	406

Fuente: Elaboración propia en base a registros del SERECI reportados por el INE.

A.5.2 Indicadores de migración, 2013 – 2021

Año	Porcentaje de la población que migró (en los últimos 5 años)		Desagregaciones del población migrante			
	Total	Interno	Migrante reciente interno	Migrante reciente externo	Hombres	Mujeres
2013	5,77%	4,5%	77,5%	22,5%	50,1%	49,9%
2014	7,80%	6,5%	83,8%	16,2%	48,4%	51,6%
2015	6,14%	4,9%	79,4%	20,6%	51,3%	48,7%
2016	7,83%	6,5%	83,2%	16,8%	49,7%	50,3%
2017	4,80%	4,0%	83,7%	16,3%	48,4%	51,6%
2018	4,51%	3,6%	79,1%	20,9%	49,4%	50,6%
2019	4,32%	3,6%	83,6%	16,4%	50,4%	49,6%
2020						
2021	3,90%	3,4%	86,5%	13,5%	49,6%	50,4%

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en la Encuesta de Hogares del INE.

A.5.3 Número de nacimientos por departamento, 2010 – 2020

Año	Bolivia	Chuqui-saca	La Paz	Cocha-bamba	Oruro	Potosí	Tarija	Santa Cruz	Beni	Pando
2010	299.424	20.356	77.949	50.824	14.634	24.257	15.687	75.171	17.260	3.286
2011	312.252	20.190	75.390	55.599	16.154	26.682	17.380	77.353	20.157	3.347
2012	310.870	19.692	74.608	50.295	15.578	23.918	16.327	87.724	19.390	3.338
2013	304.870	18.801	72.595	50.741	14.390	23.416	16.460	85.427	19.555	3.485
2014	294.165	16.729	67.842	51.247	13.575	21.749	15.354	84.107	19.724	3.838
2015	283.030	15.509	66.477	50.382	13.442	21.380	14.390	79.639	17.975	3.836
2016	261.145	14.011	58.772	47.268	12.502	19.571	13.548	76.386	15.947	3.140
2017	251.245	12.545	56.766	44.947	11.693	17.712	12.155	77.604	15.288	2.535
2018	219.807	11.102	55.012	39.583	10.767	15.647	10.341	63.733	11.372	2.250
2019	229.914	11.751	54.502	43.397	11.449	16.248	10.827	64.673	14.449	2.618
2020 (p)	213.263	10.647	51.308	38.406	10.435	15.967	9.092	63.360	11.997	2.051

Fuente: Elaboración propia en base a registros del SERECI reportados por el INE.

A.5.4 Tasa global de participación (PEA/PET) (%), 2015 – 2021

Trimestre	NACIONAL			RURAL			URBANO		
		Sexo			Sexo			Sexo	
	Todos	Hombre	Mujer	Todos	Hombre	Mujer	Todos	Hombre	Mujer
4t-2015	67,3	78,2	56,9	77,8	87,1	68,3	62,7	74,0	52,1
1t-2016	65,2	76,1	54,8	73,6	84,5	62,2	61,6	72,2	51,7
2t-2016	66,0	76,5	56,0	77,1	87,0	67,1	61,2	71,8	51,4
3t-2016	66,1	76,3	56,4	76,4	84,8	67,9	61,6	72,4	51,6
4t-2016	66,8	76,6	57,3	78,1	86,0	70,0	61,9	72,3	52,1
1t-2017	66,2	76,1	56,8	78,9	86,7	71,2	60,8	71,4	50,9
2t-2017	66,5	76,3	57,1	78,5	86,3	70,6	61,4	71,8	51,6
3t-2017	67,7	76,9	59,0	79,7	87,4	72,1	62,6	72,3	53,5
4t-2017	68,9	78,0	60,4	80,4	88,0	72,7	64,1	73,5	55,3
1t-2018	68,5	77,7	59,6	79,3	87,1	71,4	63,9	73,6	54,8
2t-2018	71,2	79,6	63,2	84,1	90,5	77,7	65,7	74,8	57,3
3t-2018	71,9	79,8	64,4	84,5	91,2	77,7	66,6	74,8	59,1
4t-2018	71,8	79,4	64,8	85,6	91,3	80,0	66,1	74,3	58,6
1t-2019	72,5	80,1	65,1	82,7	89,3	76,2	68,2	76,3	60,4
2t-2019	73,0	80,5	65,8	84,3	91,1	78,0	68,3	76,2	60,7
3t-2019	73,5	81,0	66,3	83,8	89,2	78,4	69,3	77,6	61,3
4t-2019	73,1	81,3	65,0	84,2	91,5	76,9	68,5	77,1	60,2
1t-2020	73,7	81,0	66,6	85,3	90,7	80,0	69,0	77,0	61,3
2t-2020							60,9	69,2	52,8
3t-2020							64,2	73,6	55,2
4t-2020							69,2	77,7	61,0
1t-2021	75,3	82,4	68,6	86,2	92,5	80,2	70,9	78,2	63,8
2t-2021	76,1	83,4	69,2	86,7	93,8	80,3	71,7	79,2	64,6
3t-2021	77,3	83,6	71,3	86,2	91,8	81,1	73,6	80,3	67,2
4t-2021	78,2	84,4	72,3	87,7	93,0	82,7	74,3	81,0	68,0

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Continua de Empleo.

A.5.5 Tasa de desempleo (PD/PEA) (%), 2015 – 2021

Trimestre	NACIONAL			RURAL			URBANO		
		Sexo			Sexo			Sexo	
	Todos	Hombre	Mujer	Todos	Hombre	Mujer	Todos	Hombre	Mujer
4t-2015	3,3	2,5	4,3	1,0	0,5	1,6	4,6	3,6	5,8
1t-2016	4,5	3,7	5,6	2,0	1,6	2,5	5,8	4,8	7,1
2t-2016	3,3	2,8	3,8	1,0	0,7	1,3	4,5	4,0	5,3
3t-2016	3,0	2,9	3,1	1,0	1,0	1,0	4,0	3,9	4,2
4t-2016	3,1	2,9	3,5	0,8	0,8	0,8	4,4	4,0	5,0
1t-2017	4,0	3,6	4,5	1,0	0,8	1,2	5,7	5,1	6,4
2t-2017	4,2	3,9	4,6	1,3	1,2	1,4	5,7	5,3	6,4
3t-2017	3,2	2,8	3,6	0,9	0,7	1,1	4,4	3,9	5,1
4t-2017	3,2	3,0	3,4	0,7	0,8	0,5	4,5	4,2	4,9
1t-2018	4,2	3,9	4,6	1,3	1,4	1,1	5,8	5,2	6,4
2t-2018	3,5	3,5	3,5	0,9	0,9	0,8	4,9	4,8	5,0
3t-2018	3,3	3,3	3,3	0,7	0,7	0,6	4,7	4,7	4,7
4t-2018	3,0	2,9	3,0	0,5	0,4	0,7	4,3	4,2	4,3
1t-2019	4,4	3,9	5,0	1,1	1,0	1,3	6,0	5,3	6,9
2t-2019	3,5	3,4	3,7	0,9	0,6	1,2	4,9	4,7	5,1
3t-2019	3,3	3,0	3,6	1,2	0,9	1,4	4,3	4,0	4,7
4t-2019	3,6	3,5	3,7	1,2	1,3	1,1	4,8	4,6	5,1
1t-2020	4,2	4,1	4,3	1,1	1,2	0,9	5,8	5,6	6,1
2t-2020							8,4	8,8	7,9
3t-2020							10,8	10,4	11,3
4t-2020							8,4	7,3	9,8
1t-2021	6,2	5,8	6,7	1,4	1,2	1,6	8,7	8,1	9,4
2t-2021	5,4	4,9	6,1	1,0	0,7	1,4	7,6	6,9	8,5
3t-2021	4,7	4,1	5,3	1,4	1,0	1,8	6,3	5,6	7,1
4t-2021	3,8	3,4	4,3	1,0	0,5	1,5	5,2	4,7	5,7

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Continua de Empleo.

A.5.6 Tasa de ocupación (PO/PET) (%), 2015 – 2021

Trimestre	NACIONAL			RURAL			URBANO		
		Sexo			Sexo			Sexo	
	Todos	Hombre	Mujer	Todos	Hombre	Mujer	Todos	Hombre	Mujer
4t-2015	65,1	76,2	54,4	77,0	86,6	67,2	59,8	71,4	49,1
1t-2016	62,3	73,3	51,7	72,1	83,1	60,6	58,0	68,7	48,0
2t-2016	63,9	74,4	53,8	76,4	86,4	66,2	58,4	68,9	48,7
3t-2016	64,2	74,1	54,7	75,7	83,9	67,3	59,2	69,6	49,4
4t-2016	64,7	74,4	55,3	77,5	85,3	69,4	59,2	69,4	49,5
1t-2017	63,6	73,4	54,3	78,1	85,9	70,3	57,4	67,8	47,6
2t-2017	63,8	73,3	54,5	77,5	85,2	69,6	57,9	68,0	48,3
3t-2017	65,6	74,7	56,8	79,0	86,8	71,3	59,9	69,5	50,8
4t-2017	66,7	75,6	58,3	79,9	87,3	72,4	61,2	70,5	52,6
1t-2018	65,6	74,7	56,9	78,3	85,9	70,6	60,2	69,8	51,3
2t-2018	68,7	76,8	61,0	83,4	89,7	77,0	62,5	71,2	54,4
3t-2018	69,5	77,1	62,3	83,9	90,5	77,3	63,5	71,3	56,3
4t-2018	69,7	77,1	62,8	85,1	91,0	79,5	63,3	71,2	56,1
1t-2019	69,3	77,0	61,8	81,7	88,4	75,3	64,1	72,2	56,3
2t-2019	70,4	77,8	63,4	83,5	90,5	77,1	65,0	72,6	57,6
3t-2019	71,1	78,6	63,9	82,8	88,4	77,3	66,3	74,5	58,4
4t-2019	70,4	78,5	62,6	83,2	90,3	76,1	65,2	73,5	57,1
1t-2020	70,6	77,7	63,8	84,4	89,6	79,2	65,0	72,7	57,5
2t-2020							55,8	63,1	48,7
3t-2020							57,3	66,0	49,0
4t-2020							63,4	72,1	55,0
1t-2021	70,6	77,6	64,0	85,0	91,4	78,9	64,7	71,9	57,9
2t-2021	71,9	79,3	65,0	85,8	93,1	79,1	66,3	73,7	59,1
3t-2021	73,6	80,1	67,5	85,0	90,8	79,6	69,0	75,8	62,4
4t-2021	75,2	81,5	69,2	86,8	92,5	81,5	70,5	77,2	64,1

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Continua de Empleo.

A.5.7 Promedio de los ingresos de la actividad principal, remunerados y no remunerados

Trimestre	NACIONAL			RURAL			URBANO		
		Sexo			Sexo			Sexo	
	Todos	Hombre	Mujer	Todos	Hombre	Mujer	Todos	Hombre	Mujer
4t-2015	2.524	2.751	2.137	1.502	1.633	1.170	2.927	3.280	2.405
1t-2016	2.494	2.719	2.114	1.491	1.595	1.232	2.893	3.258	2.361
2t-2016	2.618	2.864	2.205	1.720	1.850	1.394	2.980	3.361	2.432
3t-2016	2.632	2.920	2.158	1.760	1.966	1.268	2.986	3.382	2.417
4t-2016	2.621	2.904	2.148	1.604	1.805	1.133	3.026	3.420	2.448
1t-2017	2.569	2.799	2.183	1.634	1.804	1.216	2.953	3.291	2.464
2t-2017	2.588	2.846	2.152	1.693	1.830	1.352	2.957	3.349	2.385
3t-2017	2.626	2.914	2.164	1.697	1.882	1.278	3.003	3.413	2.429
4t-2017	2.664	2.945	2.222	1.792	1.968	1.383	3.013	3.420	2.460
1t-2018	2.713	3.006	2.232	1.937	2.152	1.387	3.016	3.418	2.455
2t-2018	2.723	2.994	2.301	1.793	1.982	1.320	3.088	3.490	2.556
3t-2018	2.792	3.096	2.330	1.958	2.143	1.506	3.127	3.580	2.548
4t-2018	2.784	3.070	2.356	1.770	1.916	1.414	3.180	3.643	2.598
1t-2019	2.916	3.244	2.424	2.128	2.293	1.782	3.222	3.683	2.611
2t-2019	2.897	3.263	2.355	2.109	2.372	1.562	3.200	3.671	2.583
3t-2019	2.884	3.262	2.332	2.065	2.332	1.551	3.203	3.680	2.573
4t-2019	2.877	3.212	2.375	2.022	2.237	1.585	3.223	3.675	2.620
1t-2020	2.905	3.236	2.414	2.108	2.341	1.622	3.210	3.643	2.641
2t-2020							2.913	3.275	2.425
3t-2020							2.673	2.954	2.282
4t-2020							2.820	3.151	2.374
1t-2021	2.513	2.785	2.120	1.844	2.055	1.439	2.787	3.137	2.338
2t-2021	2.442	2.734	2.020	1.764	1.951	1.386	2.708	3.103	2.208
3t-2021	2.540	2.916	2.035	1.945	2.256	1.434	2.783	3.219	2.243
4t-2021	2.495	2.830	2.031	1.852	2.048	1.470	2.749	3.199	2.198

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Continua de Empleo.

A.5.8 Tasa de informalidad (%), 2015 – 2021

Trimestre	NACIONAL			RURAL			URBANO		
		Sexo			Sexo			Sexo	
	Todos	Hombre	Mujer	Todos	Hombre	Mujer	Todos	Hombre	Mujer
4t-2015	80,0	78,7	81,7	94,3	93,1	95,9	71,9	70,6	73,7
1t-2016	77,7	76,5	79,2	94,0	93,1	95,4	68,7	67,3	70,7
2t-2016	77,5	75,4	80,3	92,1	89,6	95,3	69,2	67,2	71,7
3t-2016	78,1	75,9	81,1	93,1	91,0	95,7	69,9	67,6	72,9
4t-2016	79,0	76,4	82,5	94,1	92,3	96,2	70,5	67,5	74,5
1t-2017	79,4	77,7	81,7	94,2	92,5	96,4	70,8	69,3	72,7
2t-2017	79,1	76,7	82,2	93,3	91,1	96,0	70,9	68,6	74,0
3t-2017	79,3	77,0	82,2	93,7	91,9	95,7	71,2	68,9	74,2
4t-2017	80,1	77,7	82,9	94,6	93,0	96,5	72,0	69,4	75,3
1t-2018	80,0	77,8	82,8	94,5	92,9	96,5	72,0	69,5	75,2
2t-2018	80,1	77,7	82,9	94,6	92,7	96,8	71,9	69,5	74,9
3t-2018	79,3	76,9	82,2	92,2	90,0	94,9	72,2	69,7	75,1
4t-2018	80,0	77,7	82,8	94,7	93,4	96,2	71,8	69,0	75,0
1t-2019	80,0	77,8	82,6	92,7	91,9	93,5	73,2	70,5	76,6
2t-2019	79,8	76,9	83,1	91,7	89,3	94,2	73,5	70,7	76,9
3t-2019	80,0	77,7	82,8	92,6	91,2	94,3	73,5	71,0	76,7
4t-2019	80,9	78,9	83,3	93,1	91,7	94,8	74,4	72,3	77,1
1t-2020	82,6	80,6	84,9	94,7	93,5	96,1	76,1	74,0	78,6
2t-2020							74,2	73,0	75,7
3t-2020							75,4	74,3	76,9
4t-2020							77,3	75,4	79,7
1t-2021	83,2	81,0	85,6	93,6	92,0	95,4	77,5	75,3	80,2
2t-2021	83,1	80,5	86,2	94,4	92,7	96,1	77,2	74,3	80,6
3t-2021	82,3	79,3	85,6	92,0	90,3	93,8	77,4	74,0	81,3
4t-2021	83,3	80,6	86,3	93,6	92,5	94,8	78,1	74,9	81,8

* Informalidad: Siguiendo a la OIT la informalidad se define como aquellos trabajadores que: (i) trabajan sin remuneración; (ii) trabajan como trabajadores domésticos; (iii) son independientes en un negocio o empresa que no tiene NIT; (iv) son asalariados en una empresa que no tiene NIT y que son menos de cinco trabajadores; (v) patrón o empleador de una empresa que no tiene NIT y que son menos de cinco trabajadores; (vi) son asalariados que no reciben seguridad social.

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Continua de Empleo.

A.5.9 Tasa de subempleo (%), 2015 – 2021

Trimestre	NACIONAL			RURAL			URBANO		
		Sexo			Sexo			Sexo	
	Todos	Hombre	Mujer	Todos	Hombre	Mujer	Todos	Hombre	Mujer
4t-2015	6,8	5,5	8,5	5,9	6,1	5,8	7,3	5,2	10,0
1t-2016	6,1	5,0	7,7	4,6	4,5	4,6	7,0	5,3	9,2
2t-2016	5,1	4,4	6,1	3,7	3,9	3,4	5,9	4,7	7,6
3t-2016	4,6	3,9	5,4	3,3	3,1	3,5	5,2	4,3	6,5
4t-2016	4,6	3,8	5,6	3,5	3,3	3,8	5,2	4,0	6,7
1t-2017	4,1	3,5	4,8	2,4	2,8	1,9	5,0	3,9	6,5
2t-2017	4,1	3,5	5,0	2,8	2,7	2,9	4,9	3,9	6,2
3t-2017	4,2	3,5	5,0	2,5	2,5	2,5	5,1	4,0	6,5
4t-2017	4,2	3,4	5,1	2,6	2,6	2,6	5,1	3,9	6,5
1t-2018	4,1	3,2	5,1	2,6	2,5	2,7	4,8	3,6	6,5
2t-2018	3,8	3,1	4,5	2,1	1,8	2,4	4,7	3,8	5,8
3t-2018	4,0	3,4	4,6	2,3	2,2	2,5	4,8	4,0	5,9
4t-2018	3,5	2,8	4,2	1,5	1,4	1,5	4,6	3,6	5,7
1t-2019	4,0	3,4	4,8	2,9	3,0	2,8	4,6	3,5	5,9
2t-2019	3,8	3,2	4,4	1,8	1,8	1,9	4,8	3,9	5,9
3t-2019	4,5	3,3	5,8	2,7	1,9	3,7	5,3	4,0	7,0
4t-2019	4,3	3,4	5,4	2,7	2,4	3,2	5,1	3,9	6,6
1t-2020	4,3	3,3	5,5	3,2	2,9	3,5	5,0	3,6	6,6
2t-2020							12,0	9,4	15,2
3t-2020							16,5	13,9	19,9
4t-2020							13,1	10,5	16,5
1t-2021	10,4	9,0	12,0	6,5	6,9	6,1	12,5	10,1	15,4
2t-2021	10,7	8,8	12,9	7,3	7,3	7,3	12,5	9,5	16,0
3t-2021	8,2	6,8	9,8	4,8	4,6	5,1	9,9	7,9	12,3
4t-2021	7,0	5,8	8,3	4,3	4,1	4,5	8,3	6,6	10,3

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Continua de Empleo.

A.5.10 Porcentaje de asistencia para todos los niveles (inicial, primaria y secundaria), 2016 - 2021

	Año		2016	2017	2018	2019	2020	2020 después de la clausura	2021
Nacional		Nacional	88,92%	88,53%	90,53%	90,46%	66,91%	39,25%	92,10%
	Sexo de las personas	Hombre	88,92%	87,57%	91,10%	90,23%	66,21%	38,35%	92,07%
		Mujer	88,92%	89,54%	89,93%	90,70%	67,65%	40,18%	92,14%
	Área	Urbano	90,84%	89,64%	92,03%	92,07%	76,62%	44,05%	92,61%
		Rural	85,48%	86,34%	87,57%	87,24%	47,18%	29,49%	91,03%
	Grupo étnico	No Indígena	88,75%	88,37%	90,81%	90,31%	69,18%	40,55%	92,15%
		Índigena	89,36%	88,97%	89,31%	91,15%	58,20%	34,25%	91,92%
Urbano	Sexo	Hombres Urbano	90,57%	88,85%	92,75%	91,82%	75,66%	42,64%	92,37%
		Mujeres urbano	91,12%	90,47%	91,28%	92,33%	77,64%	45,53%	92,86%
Rural	Sexo	Hombres Rural	85,90%	85,09%	87,89%	87,12%	46,65%	29,47%	91,42%
		Mujeres Rural	85,06%	87,69%	87,23%	87,37%	47,72%	29,51%	90,62%
Nacional	Tipo de establecimiento	Público	98,97%	98,89%	99,35%	99,15%	71,43%	41,21%	99,71%
		Privado	99,44%	98,68%	99,30%	98,50%	93,88%	61,16%	99,34%
Urbano	Tipo de establecimiento	Público	98,86%	98,68%	99,38%	99,09%	81,03%	45,42%	99,61%
		Privado	99,41%	98,68%	99,30%	98,42%	94,21%	60,92%	99,33%
Rural	Tipo de establecimiento	Público	99,16%	99,28%	99,29%	99,26%	53,74%	33,44%	99,90%
		Privado	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	74,78%	74,78%	100,00%

Fuente: Elaboración propia con base en datos disponibles en la Encuesta de Hogares del INE.

Fondo de Población de las Naciones Unidas
Oficina Nacional
Calle 11 de Calacoto N° 503, esquina Av. Ballivián.
Edificio Torre Calacoto, Piso 6
Teléfono: 2 2121693

bolivia.unfpa.org
UNFPA Bolivia
@UNFPABolivia
@UNFPABol
unfpa_bolivia

La Paz, Bolivia