

ODM

PROVINCIA de  
**BOLÍVAR**



## Objetivos de Desarrollo del Milenio ESTADO de SITUACIÓN 2006

PROVINCIA de **BOLÍVAR**

La presente publicación ha sido elaborada por el CISMIL y liderada por el Gobierno de la Provincia de Bolívar; como parte del proyecto PRO-ODM del Consorcio de Consejos Provinciales del Ecuador (CONCOPE), con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), en el marco de la Plataforma Programática de la Submesa de Pobreza del Ecuador; coordinada por UNDP.

### **Elaboración técnica del informe:**

Centro de Investigaciones Sociales del Milenio, CISMIL, con el apoyo de la Dirección de Planificación y Ambiente del Gobierno Provincial de Bolívar

### **Edición**

Álvaro Campuzano Arteta

### **Corrección de estilo**

Vanessa Hogan

### **Fotografías:**

Gobierno Provincial de Bolívar

### **Concepto editorial:**

graphus 290 2760

### **Diseño de portada:**

graphus

### **Diagramación y digitalización de gráficos:**

Fraktal 240 3372

### **Impresión:**

Monsalve Moreno

### **Integrantes del CISMIL:**

Secretaría Nacional Objetivos de Desarrollo del Milenio  
Consorcio de Consejos Provinciales del Ecuador  
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales – Sede Ecuador  
Secretaría Técnica del Frente Social  
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo  
Banco Mundial  
Agencia Española de Cooperación Internacional

### **Equipo de investigación:**

René Ramírez (coordinador), María del Pilar Troya, Malki Sáenz,  
Rubén Páez, Pedro Montalvo, Juan Carlos Parra y René Villarreal

Los contenidos de este libro son de libre reproducción (parcial o total), siempre y cuando se cite la fuente, utilizando el siguiente formato:  
CISMIL, GPB2006 Objetivos de Desarrollo del Milenio.  
Estado de situación 2006 (Quito: AECI/CONCOPE/ONU)

# contenido

SIGLAS	5
PRESENTACIÓN	7
PRÓLOGO	9
INTRODUCCIÓN	11
BALANCE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ODM EN BOLÍVAR	27



## OBJETIVO 8

---

Alianzas para el desarrollo local	37
-----------------------------------	----



## OBJETIVO 2

---

Lograr la enseñanza primaria universal	73
--	----



## OBJETIVO 3

---

Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de las mujeres	101
---	-----



## OBJETIVO 4

---

Reducir la mortalidad de la niñez	133
-----------------------------------	-----



## OBJETIVO 5

---

Mejorar la salud materna 153



## OBJETIVO 6

---



Combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades 167

---



## OBJETIVO 7

---

Garantizar la sostenibilidad del ambiente 187



## OBJETIVO 1

---

Erradicar las pobrezas y la desnutrición 209

EPÍLOGO 235

LISTADO DE INDICADORES DE  
INFORMES PROVINCIALES DE LOS ODM 237

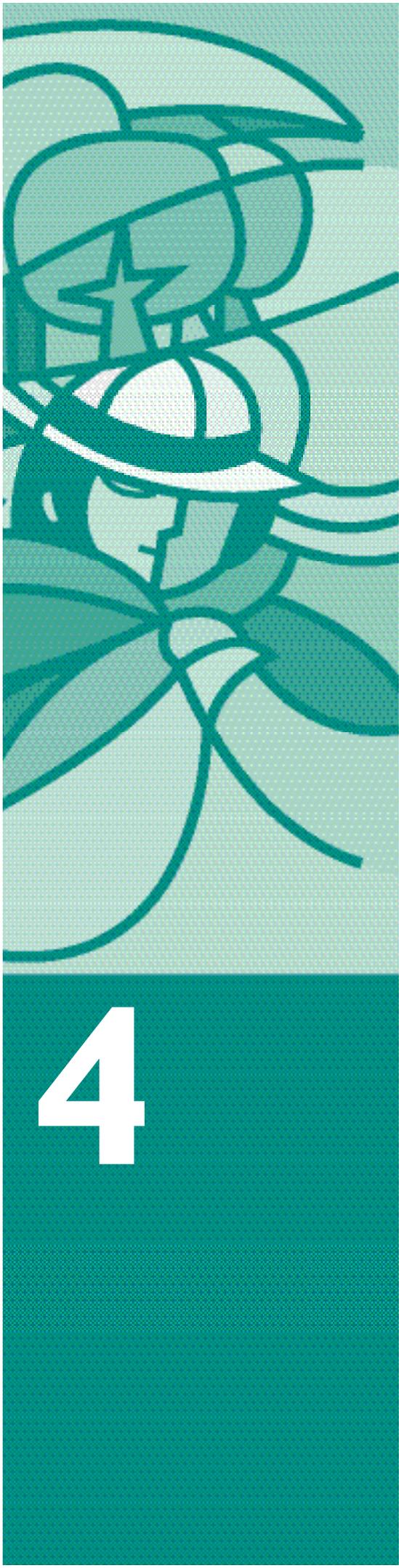
GLOSARIO DE DEFINICIONES 248

FUENTES DE DATOS 252

BIBLIOGRAFÍA 254

# OBJETIVO

REDUCIR  
LA MORTALIDAD  
DE LA NIÑEZ



4

# resumen

El objetivo 4 plantea reducir la mortalidad en la niñez y la mortalidad infantil. Estos indicadores son esenciales, pues se vinculan a los momentos más vulnerables de la vida de las personas.

A pesar de los importantes esfuerzos realizados en la provincia de Bolívar, las tasas de mortalidad en la niñez y en el período infantil siguen siendo altas. Si bien en la última década se hace evidente una clara tendencia descendente de estas tasas, es preciso optimizar la institucionalización de políticas públicas, fortalecer los servicios de salud y mejorar las condiciones y calidad de vida de la población. La tasa de mortalidad de menores de cinco años en Bolívar todavía es 1.8 veces mayor que la meta (15,9 defunciones de menores por cada mil nacidos vivos). Es importante destacar las potenciales heterogeneidades que con seguridad debe esconder la tasa global: grupos de población que habitan en el espacio rural y en los cantones con elevados niveles de pobreza deben superar significativamente este valor.

En Bolívar, la tercera parte de las defunciones de menores de un año suceden antes de que cumplan el primer mes de vida. La incidencia de enfermedades respiratorias e infecciosas digestivas es alta. Por último, se registra un problema en la baja cobertura de control prenatal y en la evidente concentración de recursos para la salud en el espacio urbano.



## Introducción

La mortalidad en general y, especialmente, la mortalidad de niñas, niños y madres constituye un importante reflejo de la importancia que le asigna el Estado a la salud. Junto a ello, este indicador evidencia las condiciones económicas, sociales y de calidad de vida de la población (específicamente, su capacidad de acceso a los servicios y los medios necesarios para satisfacer sus necesidades mínimas de vida) y constituye un factor fundamental en la definición de la estructura demográfica.

De acuerdo con las ideas más frecuentes entre la mayor parte de la población, la posibilidad de prevenir la muerte y alcanzar la salud depende fundamentalmente de la disponibilidad del servicio, del personal médico y de los medicamentos. Tal percepción es el reflejo del modelo medicalizado y curativo que predomina en el sector

salud. Entre las críticas que se pueden realizar sobre este modelo, se puede mencionar la desesperante calma y actitud pasiva que se limita a esperar en el consultorio la llegada de los y las enfermas, el escaso aporte para el mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de la población y el desconocimiento de los determinantes fundamentales en la génesis del complejo proceso salud-enfermedad. Por lo demás, como alternativa frente a este modelo, actualmente, se plantea fortalecer la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

A través de las opiniones de varias personas pertenecientes a los estratos pobres de la provincia que se presentan a continuación, se expresan varios de los problemas centrales que enfrenta la salud de las niñas y los niños en Bolívar.<sup>38</sup>

<sup>38</sup> En todas las citas directas transcritas a continuación se han omitido los datos de referencia específicos de cada una de las personas entrevistadas. La intención de esta omisión es plasmar una voz colectiva de ciudadanos y ciudadanas de Bolívar, antes que opiniones particulares.

## ESCUCHAR *la voz de la gente*

*¿Cuáles son las principales facilidades y dificultades que tienen en su localidad para atender a los niños en los centros de salud y hospitales públicos?*

“Cuando hay paro cierran, atienden sólo medio día”.

“Cuando está cerrado toca ir a Chimbo”.

“El centro de salud está lejos, son dos horas a pie y no hay carros”.

“No hay todos los materiales para que ayuden a la gente de los campos”.

“Lo que faltaría es más medicinas”.

“Cuando no se sana toca llevarle a Guayaquil”.

“Los servicios públicos son buenos, regalan las medicinas, vitaminas, los doctores son buenos”.

“Sí saben atender bien, saben regalar medicinas”.

“Tratan bien, a veces tienen todos los medicamentos, otras no, y mandan receta”.

“No tienen mucho, económicamente, no se ha podido ayudar completamente, sólo poco a poco”.

*¿Cómo obtiene los medicamentos recetados por el doctor a sus niños o niñas?*

“Pedimos en el centro de salud o en el hospital una rebaja. A veces solo podemos comprar la cuarta parte o la mitad de la receta”.

“En cualquier farmacia y cuando no es tan grave se le cura con remedios caseros”.

“También utilizamos plantas de aquí mismo, los que sabemos utilizamos más eso y no vamos casi al centro de salud, conocemos muchas plantas que son medicinales”.

“Comprábamos antes con cuatro sucres ahora todo es un dólar y más”.

*¿Cómo se podría mejorar la atención en salud a los niños en su barrio?*

“El Gobierno debería mandar más medicina, porque no hay para algunas cosas que se necesitan”.

“Capacitando aquí mismo a un promotor o enfermero de salud y poniendo un centro de salud, ahí puede mejorar un poquito”.

“Que den más equipos, un buen centro de salud y una farmacia aquí mismo”.

*¿Si no va a los servicios de salud públicos, a dónde lleva a sus niños o niñas?*

“Si está cerrado el hospital y el centro de salud les llevo donde un médico particular”.

“Toca llevarles a Santiago y si no aquí en Totoras, se les lleva donde un auxiliar que estudió en el centro de salud”.

“Nos hacemos remedios caseros”.

“Les desparasito con unas pastillas que saben mandar”.

“Yo mismo hago remedios del campo, he criado a mis nueve hijos, para las vacunas se les llevaba al centro de salud, no les llevaba al doctor porque faltaba la plata”.

## META 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de las niñas y niños menores de 5 años

### Mortalidad de la niñez

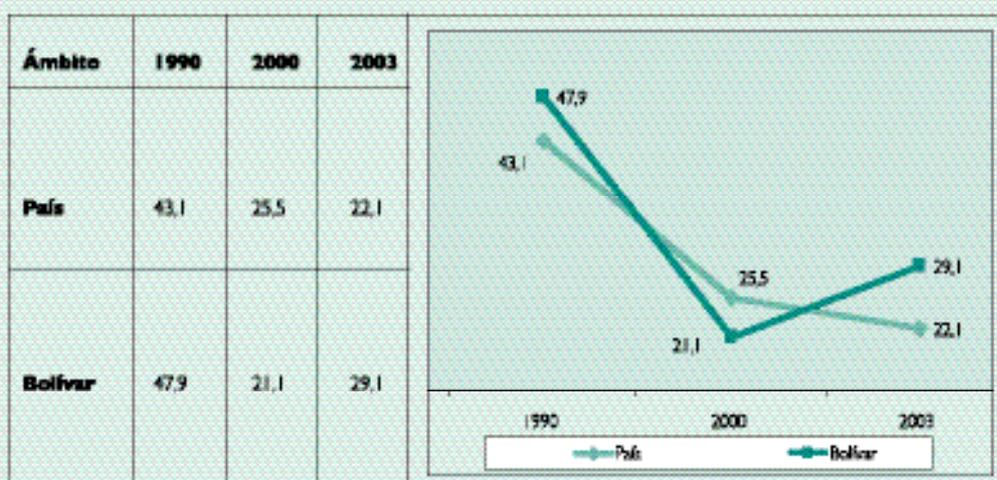
De acuerdo con los informes del INEC, en 1990, la tasa de mortalidad de menores de cinco años en Bolívar fue de 47,9 por cada mil nacidos vivos y en 2003, de 29,1 (es decir, 1,6 veces menor). Sin embargo, en relación con la meta (15,9 defunciones de menores por cada mil nacidos vivos) esta tasa es todavía 1.8 veces mayor. Por lo

tanto, si bien es cierto que se registra un importante avance, la provincia debe hacer un gran esfuerzo para cumplir con lo previsto, más aún cuando apenas restan 9 años para que la población evalúe su cumplimiento. En el último quinquenio, la tasa de mortalidad en la niñez (menores de cinco años) muestra un ligero incremento de 28,9 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1998 a 29,1 en 2003. Esta situación constituye un motivo de mucha preocupación.



**Gráfico 4.1**

Bolívar: tasa de mortalidad en menores de 5 años (1990-2003)



Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales  
Elaboración: CISMIL

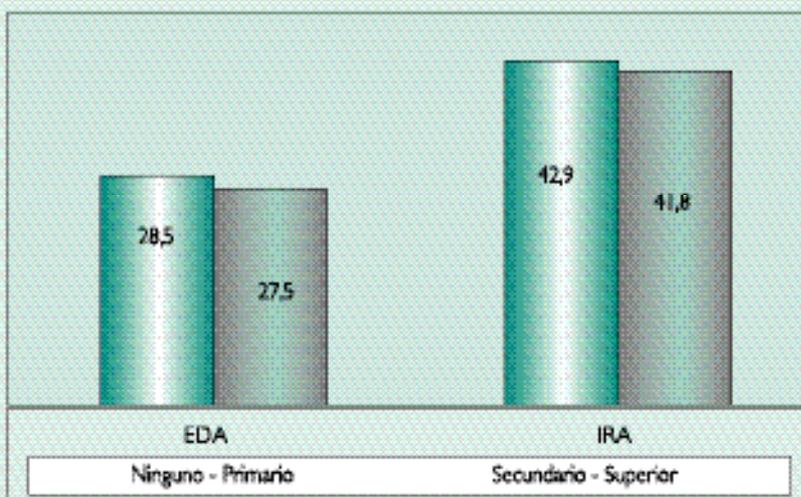
Es evidente que en estos últimos años tanto la población del país como la de Bolívar ha visto disminuir sus posibilidades para satisfacer sus requerimientos mínimos de vida. Al respecto, se considera que problemas como el incremento de los niveles de pobreza, de la desocupación y de la subocupación tienen un impacto directo sobre las actuales condiciones de salud de las y los menores de cinco años. Estas condiciones socio-económicas, evidentemente, no son homogéneas entre los diversos cantones. Lo señalado permite advertir que la tasa provincial global de mortalidad de las niñas y niños menores de cinco años debe esconder disparidades entre los diferentes cantones y parroquias de Bolívar:

Por otra parte, las normas nacionales de atención del MSP disponen que, en el caso de la niñez, se debe poner énfasis en el control de la nutrición, y en la prevención y tratamiento oportuno de la enfermedad diarreica aguda y de las infecciones respiratorias (procesos infecciosos que tienen el mayor impacto en el perfil de morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años). En cuanto al estado nutricional en Bolívar, el último informe de la ENDEMAIN señala que, en 2004, la prevalencia de la enfermedad diarreica aguda (dos semanas previas a la entrevista) en menores de cinco años fue del 28,3%. Por otra parte, la prevalencia de las infecciones respiratorias agudas en ese año fue del 42,7%. Estos valores se incrementan cuando el nivel de educación de la madre es menor y mayor es su grado de pobreza.



**Gráfico 4.2**

Bolívar: porcentaje de casos de EDA e IRA en menores de cinco años de edad (2004)

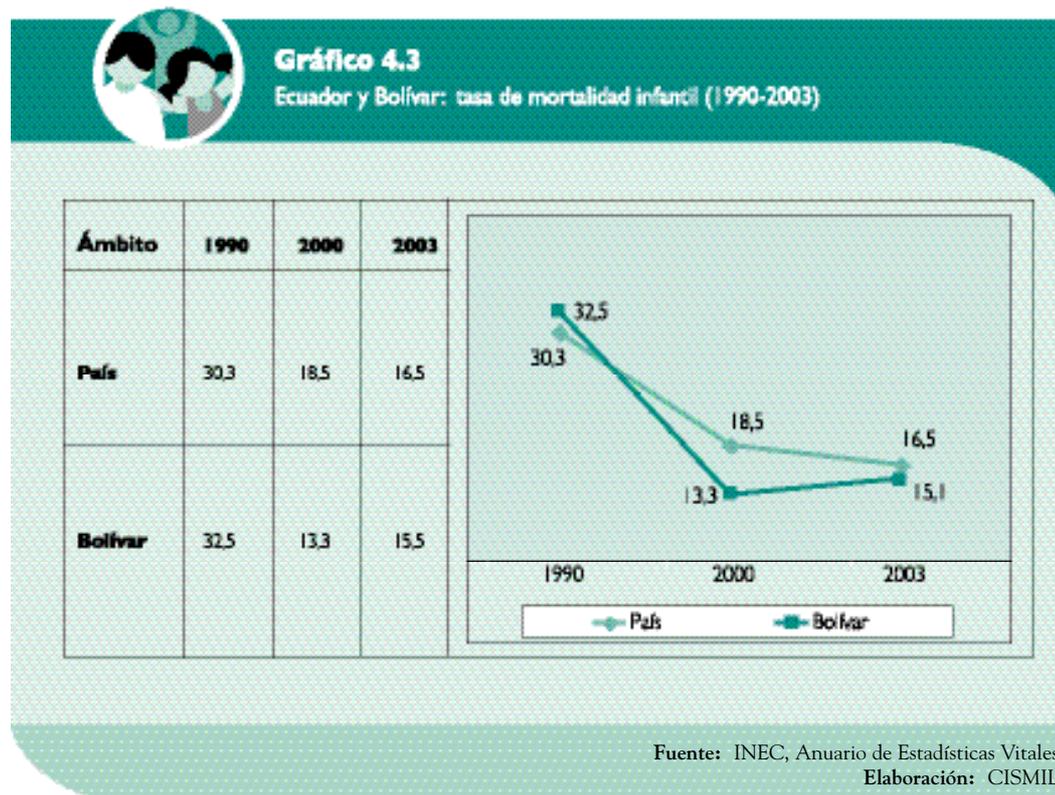


Fuente: ENDEMAIN (2004)  
Elaboración: CISMIL

## Mortalidad infantil

En Bolívar, la tasa de mortalidad en menores de un año se incrementó de 32,5 en 1990 a 15,1 en 2003.<sup>39</sup>

Se estima que además de las condiciones y calidad de vida de la población, la oferta y capacidad de acceso a los servicios de salud tiene un peso determinante en el comportamiento de la mortalidad infantil.

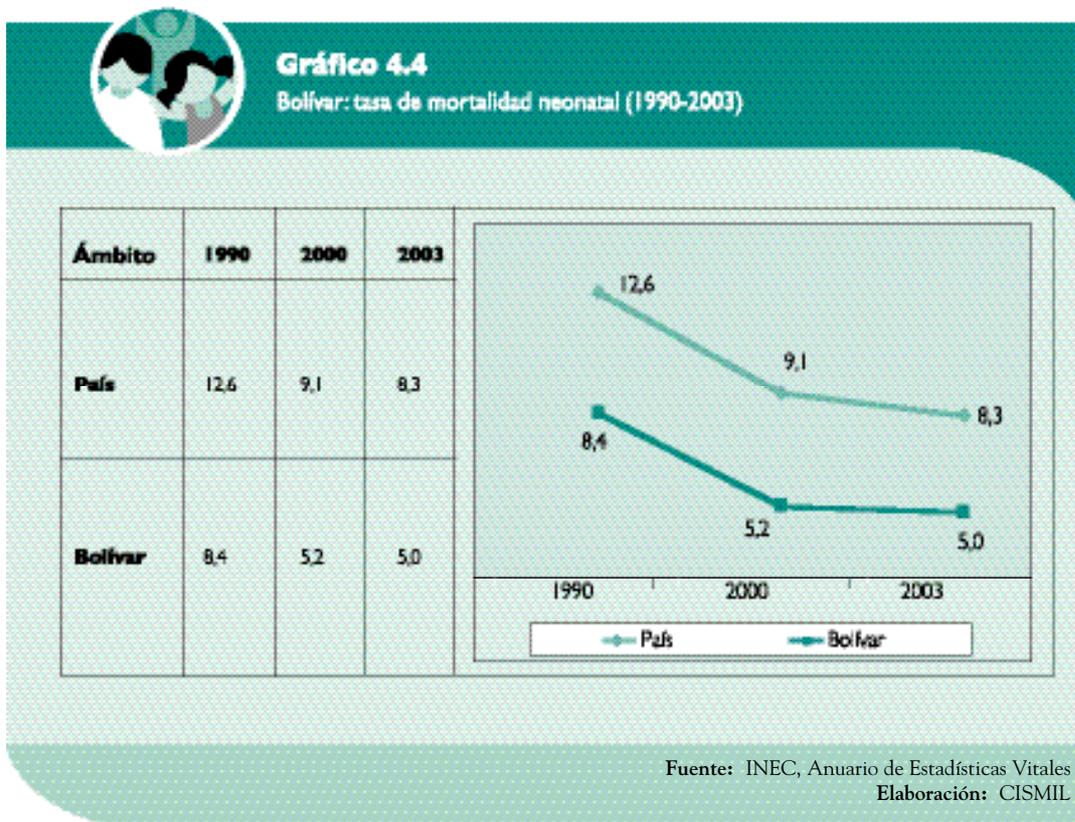


## Tasa de mortalidad neonatal

La tasa de mortalidad neonatal se encuentra vinculada fundamentalmente con el uso y la calidad de los servicios de salud. En el período 1990-2003, en Bolívar, la tasa de defunciones de menores de 28 días descendió de 8,4 a 5,0 por cada mil nacidos vivos. Esta tasa es significativamente menor que el promedio del país. Sin embargo, es

probable que exista un importante subregistro, pues si se revisan indicadores como la atención prenatal, del posparto y la cobertura de atención profesional e institucional del parto se observarán valores sensiblemente bajos. De hecho, la (ENDEMAIN) señala que en Bolívar apenas el 38,3% de los partos sucedidos a partir de 2002 se dieron en el ámbito institucional.

<sup>39</sup> Como se podrá observar, el valor y tendencia de la tasa de mortalidad infantil, reportada por el INEC, mantiene sensibles diferencias con encuestas realizadas en el país.



Es importante destacar que en Bolívar un poco más de la tercera parte de las defunciones de menores de un año suceden antes de que cumplan el primer mes de vida. Esta tendencia se mantiene durante todo el período 2000-2003. Ello demanda optimizar los esfuerzos a fin de garantizar mejores condiciones de cuidado y pro-

tección a los recién nacidos. En 1990, se registraron 47 defunciones de menores de 28 días y 134 en el grupo de 1 mes a 11 meses. Es decir, el 26,0% (181) de las defunciones de niños y niñas ocurrió entre menores de un año. Hacia 2003, esta proporción ascendió hasta el 33,3%.

**CUADRO 4.1** Bolívar: porcentaje de la mortalidad neonatal en relación con la mortalidad infantil (1990-2003)

Mortalidad	1990		2003	
	n.º	%	n.º	%
Infantil < 1 año	181	100,0	72	100,0
Neonatal < 28 días	47	26,0	24	33,3

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales  
Elaboración: CISMIL

## Tasa de mortalidad neonatal precoz

Por otra parte, la mortalidad precoz, es decir la que sucede antes de cumplir los 7 días de nacido, también muestra valores sensiblemente altos. En la provincia, en 1990, el 17,7% de la mortalidad infantil sucedió en la edad señalada y, en

2003, esta proporción se incrementó al 23,6%. Además, en 1990, la mortalidad precoz representó el 68,1% de la mortalidad neonatal y, en 2003, se registra un incremento al 70,8%. Ello denuncia el requerimiento urgente de optimizar el control prenatal y la atención profesional e institucional en la calidad del parto y en la atención al recién nacido.

Mortalidad	1990		2003	
	n.º	%	n.º	%
Neonatal < 28 días	47	100,0	24	100,0
Precoz < 7 días	32	68,1	17	70,8

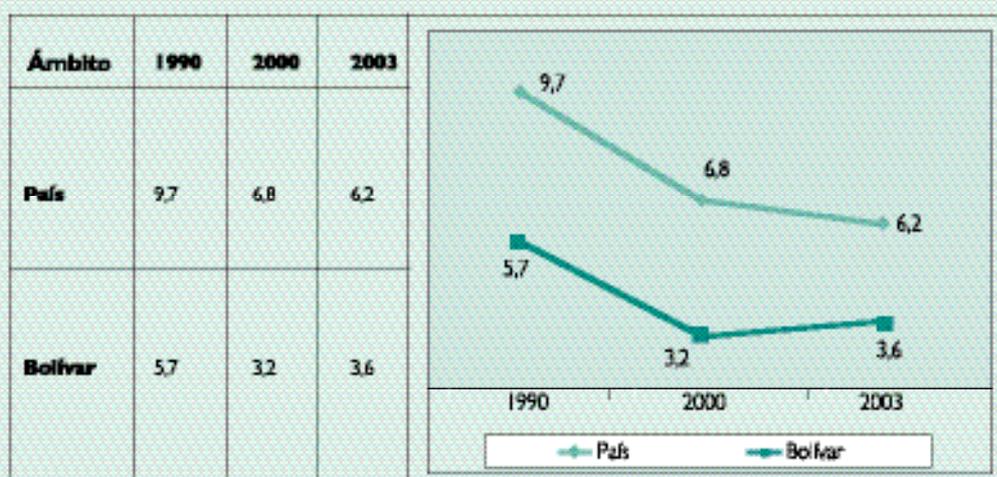
**Bolívar: porcentaje de mortalidad precoz en relación con la mortalidad neonatal (1990-2003)**

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales  
Elaboración: CISMIL



**Gráfico 4.5**

Bolívar: tasa de mortalidad neonatal precoz (1990-2003)

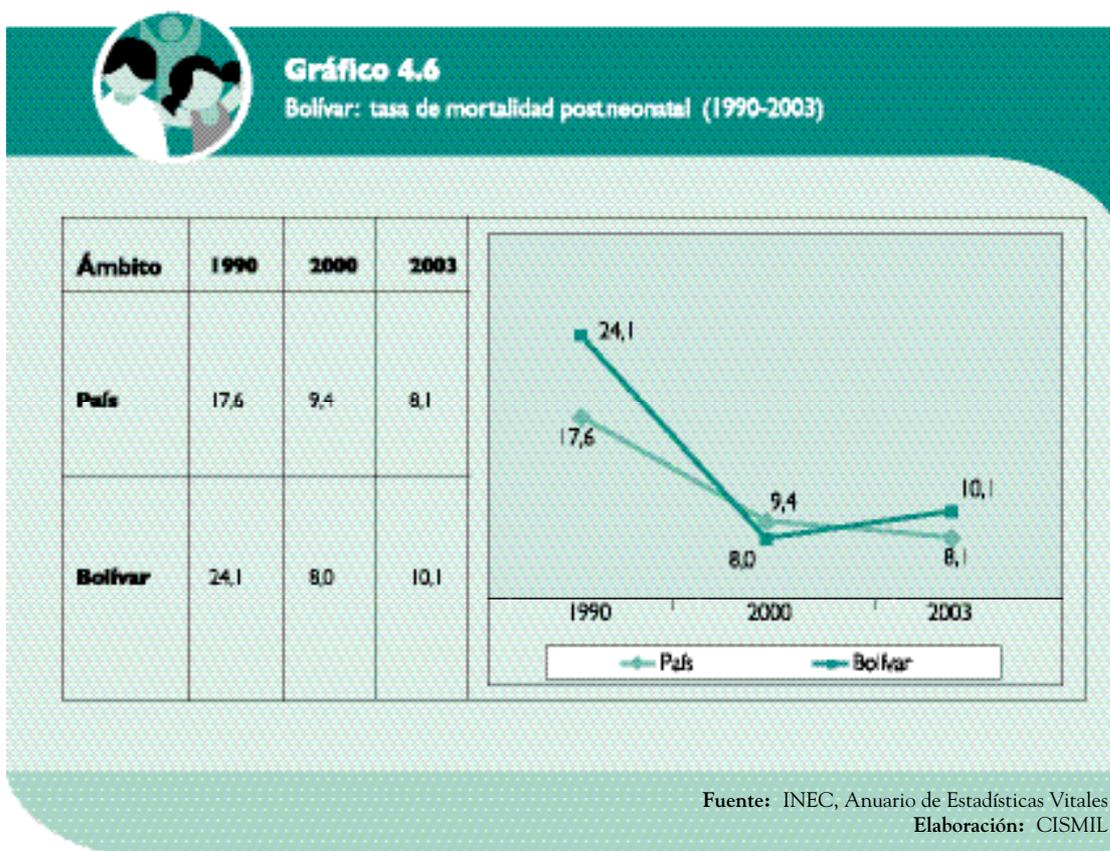


Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales  
Elaboración: CISMIL

## Tasa de mortalidad postneonatal

Esta tasa registra las defunciones de las niñas y niños entre los 29 días de nacidos y antes de cumplir un año.

En Bolívar, la tasa de mortalidad postneonatal muestra una tendencia completamente irregular: disminuye sensiblemente en el período 1990-2000 (de 24,1 defunciones por cada mil nacidos vivos a 8,0), pero se incrementa en los tres años siguientes hasta 10,1. Por lo demás, el peso de mortalidad postneonatal, en relación con la mortalidad infantil, representa un poco más de las dos terceras partes.

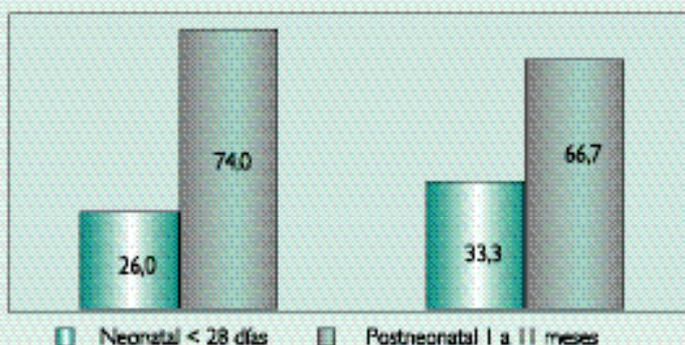


Mortalidad	1990		2003	
	n.º	%	n.º	%
Infantil < 1 año	181	100,0	72	100,0
Postneonatal 1 a 11 meses	134	74,0	48	66,7

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales  
Elaboración: CISMIL

**Gráfico 4.7**

Bolivar: porcentaje de la mortalidad neonatal y postneonatal en relación con la mortalidad infantil (1990-2003)



Mortalidad	1990		2003	
	n.º	%	n.º	%
Infantil < 1 año	181	100	72	100
Neonatal < 28 días	47	26,0	24	33,3
Postneonatal 1 a 11 meses	134	74,0	48	66,7

Fuente: INEC,  
Anuario de  
Estadísticas Vitales  
Elaboración:  
CISMIL

## Control prenatal

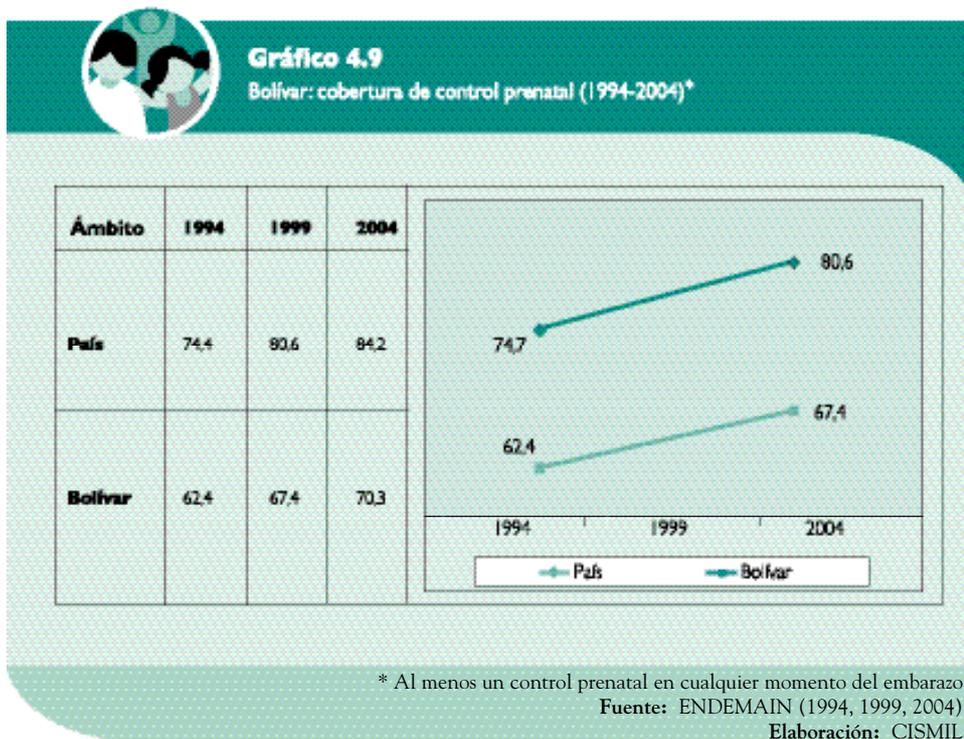
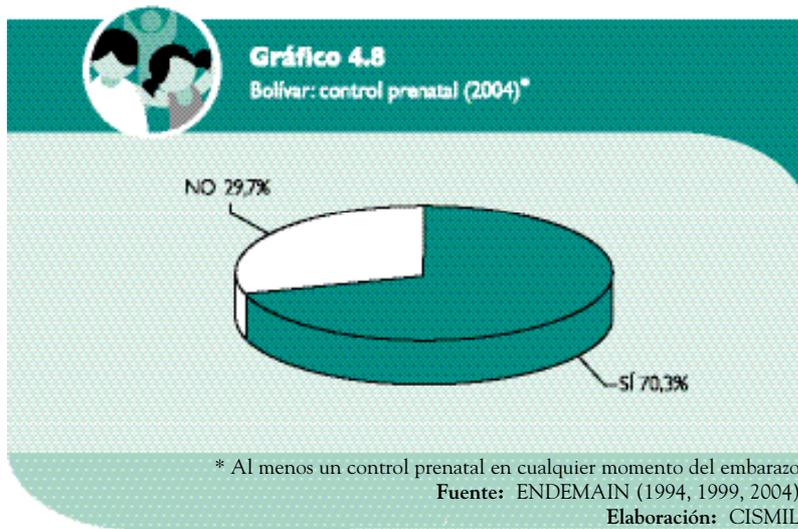
El control prenatal comprende la atención desde la concepción hasta el inicio del trabajo de parto. Los cambios fisiológicos propios del período del embarazo obligan a programar una eficiente atención médica para preparar física y psicológicamente a la mujer y así conseguir una evolución normal de su embarazo, un parto sin complicaciones y el nacimiento de un niño o niña saludables.

Se considera que la atención prenatal debe ser precoz, periódica e integral. Precoz en la medida que permita la captación de la embarazada, en lo posible, desde la primera falta de menstruación,

o por lo menos, durante el primer trimestre de la gestación. En cuanto al carácter periódico de la atención, se considera como nivel óptimo 13 consultas: una consulta mensual hasta la trigésima segunda semana de embarazo, una cada dos semanas hasta la trigésima sexta semana y una consulta semanal hasta el momento del parto. El nivel mínimo es de cinco controles: una consulta en la primera mitad del embarazo, otra en la vigésima y trigésima segunda semana gestacional, luego, una consulta en la trigésima sexta semana, y dos cada dos semanas hasta el momento del parto. La periodicidad varía ante la presencia de cualquier complicación (MSP, 2006).

Se estima que en el período prenatal se puede definir gran parte de la probabilidad de muerte de niñas y niños en sus primeros años. El MSP, preocupado por la importante magnitud de los problemas de morbilidad y mortalidad tanto infantil como materna, inició acciones destinadas a optimizar el control prenatal y a brindar cuidados integrales con la mayor cobertura posible. En Bolívar, ha ocurrido un importante incremento del control prenatal, sin embargo, es totalmente

insuficiente: en 2004, la cobertura de, al menos, un control prenatal, fue apenas del 70,3%, proporción ligeramente mayor que la registrada cinco años atrás (67,4%). La tercera parte de las mujeres embarazadas (un significativo 29,7%) no realizó ningún control prenatal en 2004. La mayor parte de mujeres de este grupo forma parte de los estratos económicos más pobres, con menores niveles educativos y son de mayor edad.



Por otra parte, es fundamental rescatar el momento en el que se inicia el control prenatal. En Bolívar, únicamente el 47,6% de mujeres embarazadas que tuvo sus hijos o hijas entre 1999 y 2004 inició el primer control prenatal durante el primer trimestre del embarazo; el 17,9% tuvo su primer control en el segundo trimestre; y, un importante 4,9%, durante el tercer trimestre. Lo precoz o temprano del primer control prenatal tiene una relación directa con varia-

bles como la edad de la madre, su nivel de educación y el quintil de pobreza. Mientras mayor es el nivel educativo de la madre, mayor es su edad y menor su nivel de pobreza, mayor es la precocidad en la demanda de control prenatal. En efecto, en Bolívar, un importante 10,3% de madres con educación secundaria y superior tienen su primer control prenatal durante el tercer trimestre del embarazo.

CARACTERÍSTICA	TRIMESTRE DE EMBARAZO			
	Primero	Segundo	Tercero	Ninguno
<b>Edad de madre en años:</b>				
Menos de 20	40,4	29,4	4,5	25,8
De 20 a 29	48,5	15,8	6,9	28,7
De 30 a 49	50,7	13,6	2,1	33,6
<b>Nivel de instrucción:</b>				
Ninguno y primario	43,1	17,1	3,3	36,5
Secundario y superior	62,9	20,6	10,3	6,2
<b>TOTAL</b>	<b>47,6</b>	<b>17,9</b>	<b>4,9</b>	<b>29,3</b>

Fuente: ENDEMAIN (1999 - 2004)

Elaboración: ENDEMAIN

Si la cobertura y el momento de inicio del control prenatal son totalmente insatisfactorios en Bolívar, el número de controles resulta aún más preocupante. Menos de la sexta parte de mujeres embarazadas logra acercarse a la norma óptima definida por el MSP. En 2004, apenas el 14,26% de mujeres embarazadas tuvo nueve o más controles; y, sólo el 38,9% de mujeres embarazadas cumplió con el mínimo recomendable de cinco controles (que, como se ha señalado, es de fundamental importancia para prevenir las altas tasas de morbilidad y mortalidad tanto materna como infantil y, en el caso de esta última, la mortalidad neonatal y neonatal precoz).

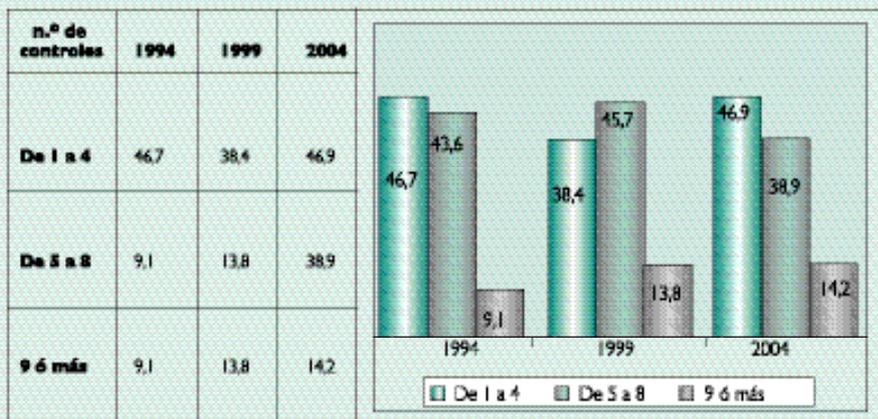
El sector al que acuden las madres para realizar el control prenatal tiene una relación directa con

su nivel de instrucción y el quintil económico al que pertenecen.

Mientras mayor es el nivel de instrucción de la madre, mayor es el porcentaje de demanda de atención en el sector privado (clínicas o consulta privada). Por otra parte, los valores también muestran una brecha significativamente amplia entre los diferentes niveles educativos. Así mismo, mientras mayor es el quintil económico de la madre, mayor es el nivel de demanda de la atención en el sector privado. Un importante 25,6% de madres prefieren asistir al sector privado y pagar por su control prenatal aún cuando en el país está vigente la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.



**Gráfico 4.10**  
Bolívar: número de controles prenatales (1994-2004)



Fuente: ENDEMAIN (1994, 1999, 2004)  
Elaboración: CISMIL

**CUADRO 4.5**

**Bolívar: lugar de atención del control prenatal por nivel de instrucción de la madre y quintil económico (2004)**

CARACTERÍSTICA	% DEL LUGAR DEL CONTROL PRENATAL	
	Sector público	Sector privado
Nivel de instrucción:		
Ninguno y primario	91,0	3,8
Secundario y superior	86,8	9,9
Edad de la madre en años		
Menos de 20	90,9	7,6
Entre 20 y 29	87,9	5,6
Entre 30 y 49	92,5	4,3
<b>TOTAL</b>	<b>85,8</b>	<b>5,6</b>

Fuente: ENDEMAIN (2004)  
Elaboración: CISMIL

## Cobertura de inmunizaciones

Los ODM solicitan valorar las coberturas de la vacuna antisarampionosa. Es reconocido que el sarampión, como varias de las enfermedades infectocontagiosas, tiene una asociación directa con las condiciones de vida de la población. Por ello se considera de fundamental importancia evaluar la tendencia del esquema general de inmunizaciones.

En el país, actualmente, la vacuna antisarampionosa forma parte de la inmunización SRP (sarampión, rubeola y paperas) que se aplica a niñas y niños entre los 12 a 23 meses de edad, en dosis única. Esquema que desde el año 1999 lo viene implementando como política nacional el MSP.

<b>CUADRO 4.6</b>		<b>Bolívar: inmunización completa por tipo de vacuna en menores de cinco años (1990-2003)</b>							
Territorio	BCG		DPT*		Penta-valente*	Antipoliomielítica*		Antisarampionosa	
	1990	2003	1990	2003		1990	2003	1990	2003**
País	88,8	135,1	68,4	58,4	30,7	67,1	100	59,5	106
Bolívar	114,1	171,8	72,2	39,1	81,3	70,6	115,7	64,5	127,7*

\*Tercera dosis \*\* SRP

Fuente: MSP, División Nacional de Estadística  
Elaboración: CISMIL

Es preciso evidenciar que las coberturas expuestas por el MSP a través de su sistema de información son mucho más altas que las descritas por varias encuestas en el país. Para el caso de la vacuna antisarampionosa, el informe de la ENDEMAIN señala que cuando la madre refiere como nivel de instrucción ninguno y primaria, el porcentaje de menores vacunados es de apenas

el 59,1%. Pero cuando la madre refiere como nivel de educación secundaria y superior, el porcentaje sube al 90,7%. Las diferencias entre estos valores y los que entrega el sistema de información del MSP generan altos niveles de incertidumbre a la hora de realizar evaluaciones y de tomar decisiones de política pública.

<b>CUADRO 4.7</b>		<b>Bolívar: inmunización completa según nivel de instrucción de la madre y edad de la niña o del niño (2004)</b>				
CARACTERÍSTICA	Inmunización por tipo de vacuna					
	BCG	Antipolio.	DPT	Antisaramp.	Todas	
<b>Nivel de instrucción:</b>						
Ninguno y primario	88,3	62,1	62,5	59,1	47,1	
Secundario y superior	98,9	86,4	80,2	90,7	80,0	
<b>Edad del menor en meses</b>						
Menos de 24	92,0	62,2	59,7	51,1	39,4	
De 24 – 35	77,2	57,0	57,7	59,5	48,1	
De 36 – 47	98,5	86,6	88,1	76,1	74,6	
De 48 – 59	93,6	68,8	67,0	77,1	58,7	
<b>TOTAL</b>	<b>90,6</b>	<b>67,4</b>	<b>66,3</b>	<b>65,9</b>	<b>54,2</b>	

Fuente: ENDEMAIN (2004)  
Elaboración: CISMIL

## Recursos en salud

Se ha señalado que la mortalidad infantil y de la niñez está determinada por la capacidad de oferta y la calidad de los servicios de salud, así como por el acceso de la ciudadanía a los mismos.

En Bolívar, se concentra el 2,1% del total de establecimiento de salud del país, el 0,9% de los establecimientos con internación y el 2,5% sin internación. De los seis establecimientos de salud con internación existentes en la provincia, apenas tres pertenecen al sector público y al MSP. La otra

mitad pertenece al sector privado. Dentro de este grupo, el 66,7% de establecimientos pertenece al sector privado con fines de lucro.

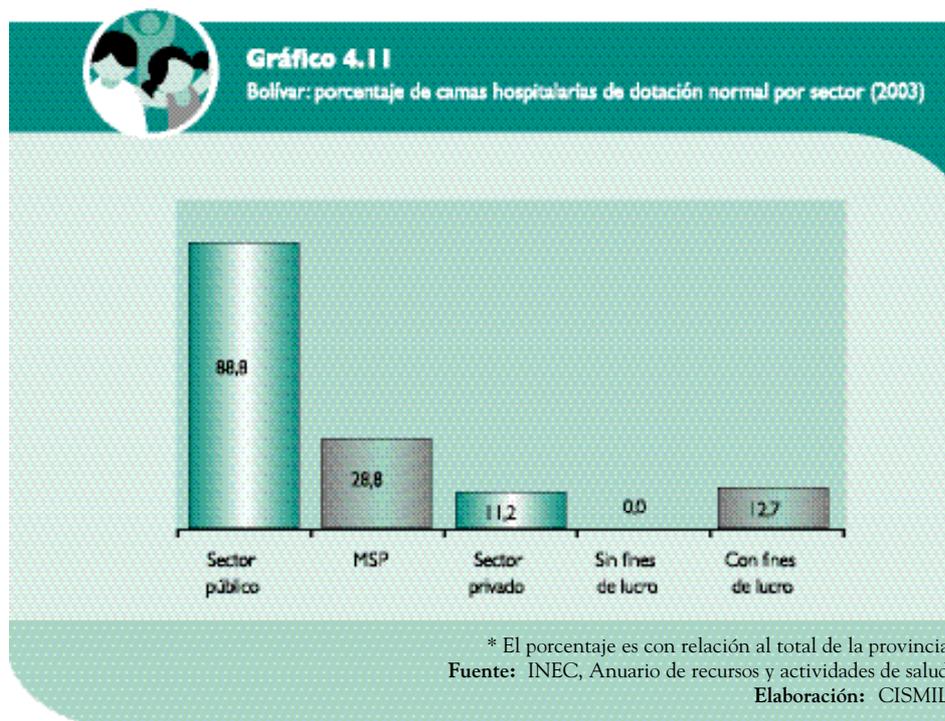
Todo lo contrario sucede con los establecimientos de salud sin internación. De las 77 unidades de salud existentes en la provincia, 75 (es decir el 97,4%) pertenecen al sector público y 61%, al MSP. El sector privado concentra sólo el 2,6% de unidades de salud sin internación, todas ellas sin fines de lucro.

<b>CUADRO 4.8 Bolívar: establecimientos de salud con internación por sector (2004)</b>		
SECTOR	Número	Porcentaje
<b>Total sector público</b>	<b>3</b>	<b>50,0</b>
Ministerio de Salud Pública	3	50,0
Otros: ministerio y el IESS	----	----
<b>Total sector privado</b>	<b>3</b>	<b>50,0</b>
Con fines de lucro	2	66,7
Sin fines de lucro	1	33,3
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Fuente: INEC, Anuario de recursos y actividades de salud  
Elaboración: CISMIL

Por otra parte, la oferta de camas hospitalarias se considera totalmente deficitaria: según informes del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en el año 2003, en la Provincia de Bolívar, apenas existían 0,9 camas hospitalarias de dotación normal por cada mil habitantes. Es fundamental destacar que, del total de camas de dotación normal existentes en la provincia, el 88,8% pertenece al sector público, es decir, el 11,2% están en el sector privado. Del total de camas disponibles en el sector público, todas están en el Ministerio de Salud Pública. En el caso del sector privado, el 100% de camas de dotación normal existente pertenece al sector privado con fines de lucro; como se señaló, ello corresponde al 11,2% del total en la provincia.

Por su parte, la oferta de personal de salud en Bolívar es sensiblemente deficitaria, aún cuando en la última década se ha incrementado. Gran parte de esta oferta se concentra en el área urbana, en la capital de la provincia y en las cabeceras cantonales. En el período 1995-2004, la tasa de médicas y médicos por cada diez mil habitantes pasó de 8,3 a 11,1. En el caso de los odontólogos, la tasa pasó de 2,2 a 2,9. Las enfermeras aumentaron de 4,1 a 5,9. Las obstétricas, de 0,5 a 0,7. Por último, la tasa de auxiliares de enfermería disminuyó de 10,0 a 9,3 por cada diez mil habitantes.



Además de ser insuficiente el número de profesionales de la salud, su distribución en el espacio territorial de la provincia es totalmente contradictorio con la realidad y necesidades de salud de la población. En el espacio rural, lugar que demanda la mayor presencia de profesionales de la salud, apenas se encuentra el 13,1% de profesionales de la salud (el 15,7% de médicos, el 32,7% de odontólogos, el 8,3% de obstétricas y el 20,0% de enfermeras).

Por lo demás, el modelo de salud vigente en Bolívar muestra una alta concentración en las

actividades de tipo curativo, o bien, centra sus esfuerzos en la enfermedad. Actualmente, apenas el 26,6% del total de consultas que se da en la provincia es dedicada a la prevención. Es decir, el 73,4% está destinada a atender la morbilidad. En el caso de los menores de cinco años, el comportamiento es similar: el 72,9% de consultas se refiere a la morbilidad y apenas el 27,1%, a la prevención. Estos datos contradicen la actitud y políticas expresadas en los planes institucionales y de desarrollo diseñados para la provincia.

**CUADRO 4.9**

**Bolívar: médicos, odontólogos, enfermeras, obstétricas y auxiliares de enfermería por cada diez mil habitantes (1995-2004)**

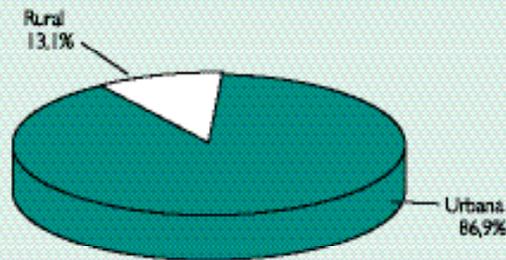
Personal de salud	1995	2004
Médicos	8,30	11,10
Odontólogos	2,20	2,90
Enfermeras	4,10	5,90
Obstétricas	0,50	0,70
Auxiliares de enfermería	10,0	9,30

Fuente: INEC, Anuario de recursos y actividades de salud  
Elaboración: CISMIL



**Gráfico 4.12**

Bolívar: porcentaje de personal de salud que trabaja en establecimientos de salud, según zona (urbano-rural) (2004)



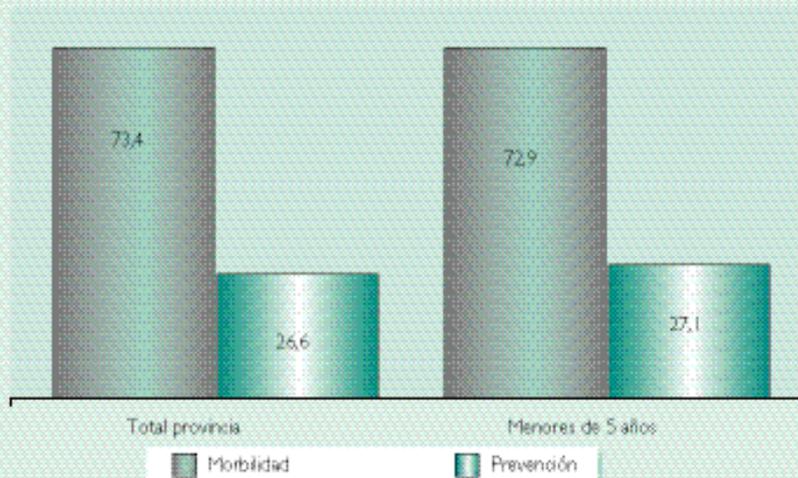
Personal de salud	Urbana	Rural
Médicos	84,3	15,7
Odontólogos	67,3	32,7
Enfermeras	80,0	20,0
Obstetrices	91,7	8,3
Auxiliares de enfermería	82,9	17,1
Total	86,9	13,1

Fuente: INEC, Anuario de recursos y actividades de salud  
Elaboración: CISMIL



**Gráfico 4.13**

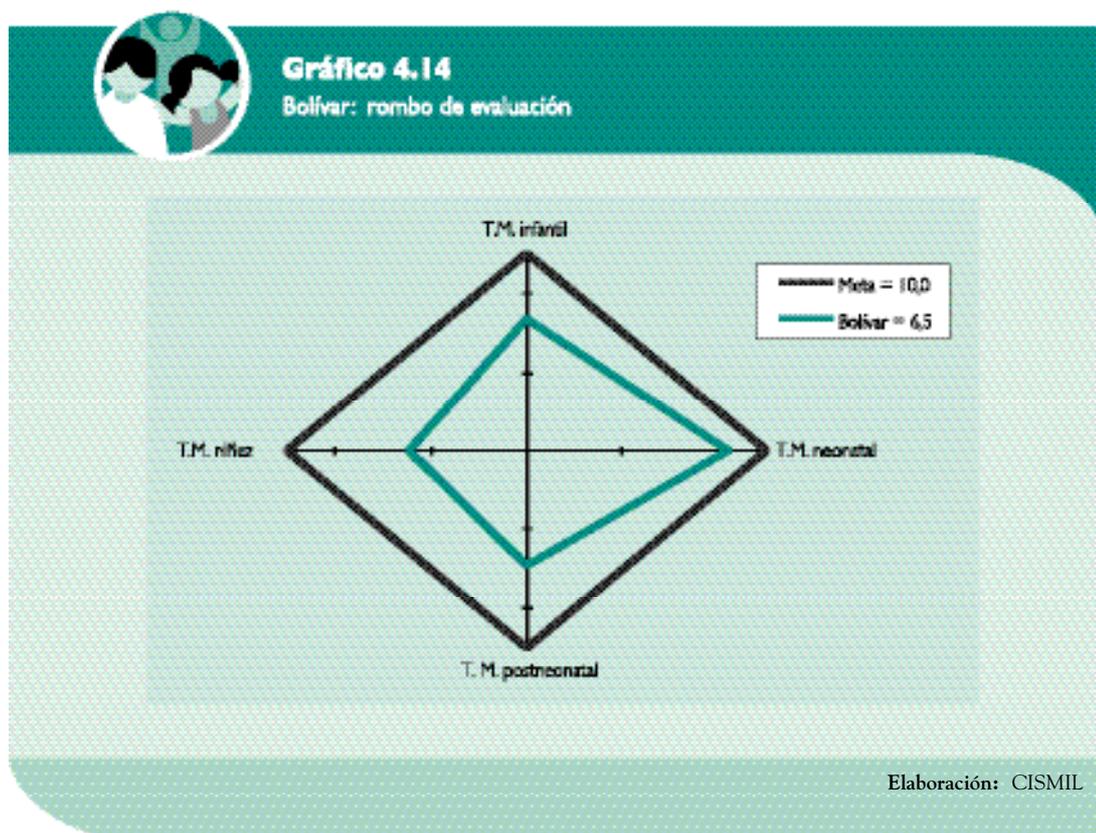
Bolívar: porcentaje de consultas relacionadas con la morbilidad y con la prevención en menores de cinco años de edad (2004)



Fuente: INEC, Anuario de recursos y actividades de salud  
Elaboración: CISMIL

## Resumen del nivel de avance

Con respecto al ODM 4, Bolívar alcanza un puntaje de 6,5 sobre 10. Los avances para disminuir la mortalidad de la niñez son muy limitados. En particular, se observa que la mortalidad postneonatal e infantil siguen presentando valores significativamente altos.



<b>CUADRO 4.10</b>		<b>Resumen de los indicadores del objetivo 4</b>		
		<b>Objetivo 4: reducir la mortalidad de la niñez</b>		
<b>META 5: reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de las/los niñas/os menores de 5 años</b>				
Indicadores	Ámbito	1990	2003	
Tasa de mortalidad de la niñez menores de 5 años	País	43,1	22,1	
	Bolívar	47,9	49,1	
Tasa de mortalidad infantil	País	30,3	16,5	
	Bolívar	32,5	15,1	
Tasa de mortalidad neonatal	Bolívar	8,4	5,0	
Tasa de mortalidad neonatal precoz	Bolívar	5,7	3,6	
Tasa de mortalidad postneonatal	Bolívar	24,1	10,1	
<b>Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales</b>				
Indicadores	Ámbito	1994	1999	2004
Cobertura de control prenatal al menos un control	País	75,0	81,0	84,0
	Bolívar	62,4	67,4	70,3
Cobertura de control prenatal en el primer trimestre del embarazo	País	75,9	75,3	64,6
	Bolívar	----	----	47,6
Cobertura de control prenatal en el segundo trimestre del embarazo	País	19,7	20,2	16,6
	Bolívar	----	----	17,9
Niñas/os vacunados contra el sarampión	País	84,7	87,0	65,9
	Bolívar	----	----	65,9
<b>Fuente: ENDEMAIN (1994, 1999, 2004)</b>				
Indicador	Ámbito	1990	2003	
Niñas/os vacunados contra el sarampión	País	59,5	106,0	
	Bolívar	64,5	127,7	
<b>Fuente: MSP, División Nacional de Estadística</b>				
<b>Elaboración: CISMIL</b>				

# OBJETIVO

MEJORAR  
LA SALUD  
MATERNA

# 5



# resumen

La mortalidad materna, incluyendo la morbilidad asociada a sus factores determinantes, constituye un grave problema de salud pública que revela algunas de las más profundas inequidades en las condiciones de vida de la población. En Bolívar, la tasa actual de mortalidad materna (84,1 por cada cien mil nacidos vivos) es superior a la del nivel nacional. En relación con la meta (35,9 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos) esta tasa es 2,3 veces mayor. Sin embargo, su tendencia muestra un comportamiento totalmente irregular. Sobre este punto, la incertidumbre en el uso de los datos exige superar el subregistro.

Lo señalado demanda multiplicar los esfuerzos para evitar las muertes maternas. Se precisa facilitar el acceso de las madres a los servicios de salud, mejorar la cobertura con la atención institucional y profesional del parto, el control prenatal y, muy especialmente, el control del posparto.



Este último mantiene coberturas extremadamente bajas, a pesar de que el posparto es un momento especialmente sensible en el que ocurren el mayor número de casos de muerte materna. La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia aún no logra garantizar el derecho de las mujeres de Bolívar a acceder a sus prestaciones y, por lo tanto, a la salud. Un importante porcentaje de mujeres está pagando por la atención y encuentra en el cobro una de las barreras más importantes para acceder a los servicios de salud.

Considerando la recomendación internacional, es fundamental insistir en la implementación del programa, en las estrategias y en los estándares que forman parte de los cuidados obstétricos esenciales (básico y completo). Sin embargo, la mayor parte del personal de los servicios de salud del MSP desconoce los fundamentos, contenidos y elementos operativos de esta estrategia, por lo que aún es muy difícil garantizar la calidad integral de la atención materna. Adicionalmente, se requiere que los municipios asuman sus responsabilidades estipuladas en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Esto permitiría evitar tres tipos de demoras: la demora de la mujer embarazada en saber que tiene un problema de salud asociado a su embarazo (toma de conciencia que impulsa su decisión de acudir a los centros de salud); la demora relacionada con el acceso (transporte, costos, hora, etc.) a los centros de salud; y, la demora en la atención, una vez que llega a la unidad de salud (punto vinculado a la calidad de atención y a las competencias técnicas).

## Introducción

Como en el caso de la mortalidad general y de la niñez, la mortalidad materna constituye parte de las medidas de impacto que mejor refleja la importancia que le asigna el Estado a la salud. Además, este indicador pone en evidencia las condiciones económicas, sociales y de calidad de vida de la población, particularmente, su capacidad de acceso a los bienes y servicios que permitan prevenirla y satisfacer de manera óptima sus derechos y necesidades de salud. En el Ecuador, la mortalidad materna, incluyendo la morbilidad asociada a sus factores determinantes, constituye un grave problema de salud pública. Revela tanto algunas de las más profundas inequidades en las condiciones generales de vida, como el estado de salud de las mujeres en edad reproductiva (su nivel de acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención que reciben).

La gestación es un período fisiológico no exento de múltiples complicaciones que pueden generar secuelas que van desde la limitación funcional hasta la muerte, pasando por la minusvalía y la discapacidad. El daño a la salud materna responde, en varios casos, a las limitaciones en los momentos del control y la atención de los embarazos y partos. Se trata entonces de defunciones y daños a la salud totalmente evitables mediante un adecuado control y atención. Lo señalado no contradice la percepción que tienen algunas de las personas entrevistadas en Los Ríos sobre la mortalidad materna: todas las opiniones concuerdan que es posible evitar la muerte.<sup>40</sup>

<sup>40</sup> En todas las citas directas transcritas a continuación se han omitido los datos de referencia específicos de cada una de las personas entrevistadas. La intención de esta omisión es plasmar una voz colectiva de ciudadanos y ciudadanas de Bolívar, antes que opiniones particulares.

*¿Cuáles son las principales dificultades que tienen en su hogar y las personas de su localidad para atender a las mujeres embarazadas en los centros de salud u hospitales públicos?*

“Ninguno, porque cuando han dado a luz mis sobrinas, primas, han ido al hospital”.

“La distancia, pero tampoco damos a luz en el hospital”.

“Si las mujeres no tienen complicaciones, dan a luz en la casa o si hay problemas se van al hospital, la mayoría dice que cuesta, por eso también no van”.

“Antes de conocer la palabra del señor había mucha brujería, no teníamos capacidad ni para dar alimentación, casi no teníamos nada, vivíamos trabajando para el patrón y los niños se enfermaban y morían, no había ni carretera y morían las mujeres. Ahora, algunas van al hospital, pero casi la mayoría da a luz en las casas; el auxiliar también ayuda a que den a luz, junto con las parteras. Cuando no pueden toca llevarles al hospital, tampoco hay plata y aunque sea toca fiar”.

“A algunas mujeres les da vergüenza ir por el hospital a dar a luz, prefieren dar a luz en la casa, dicen que ya no tienen que ir y luego otra vez regresar del hospital, sino que se quedan ahí en la casa. Hay algunas que se cuidan los 45 días y dicen que en el hospital les hacen bañar y no les gusta a algunas”.

## ESCUCHAR *la voz de la gente*

*¿Conoce lo que ofrece la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia?*

“Sí, cuando van al centro de salud les regalan medicinas y yo di a luz en Quito y el parto fue gratis en la maternidad”.

“He oído, pero no sé de qué mismo se trata”.

“Muy poco, yo me fui a dar a luz gratis en la maternidad y hasta los cinco años les atendieron a mis hijos gratis, con la primera hija me enteré de esta ley”.

“No, porque no tengo hijos y no sé nada de eso”.

*¿Cómo se puede evitar que mueran las mujeres embarazadas?*

“No sé”.

“Habiendo un hospital o un centro de salud aquí mismo”.

“Cuidando mucho cuando le toca dar a luz y si no llevándole rápidamente al hospital”.

“Acudiendo a la medicina, al doctor. Hay personas que no se han hecho ni vacunar, más que todo la gente del campo, porque dicen que cobran por todo y por no irse a chequear se pueden morir”.

*¿Cómo se podría mejorar la atención a las madres y mujeres embarazadas?*

“En el centro de salud es buena la atención, deberían traer más equipos”.

“Se mejoraría teniendo un hospital aquí cerca”.

“El Gobierno que debe apoyar”.

*¿Si no va a los servicios de salud públicos, a dónde le lleva a las mujeres embarazadas que tienen un problema, a las que van a dar a luz o a las que acaban de tener a su niño o niña?*

“Aquí todas damos a luz en la casa, yo también di a luz en la casa, no se baja a Chimbo”.

“En la casa di a luz a mis hijos, yo después de dar a luz hacía los remedios y mi hermana me ayudaba en el parto y cortaba con tijeras el cordón umbilical. Sólo uno fue con partera y me hizo doler mucho porque le jaló a mi hijo y un año quedé mal”.

## META 6: reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

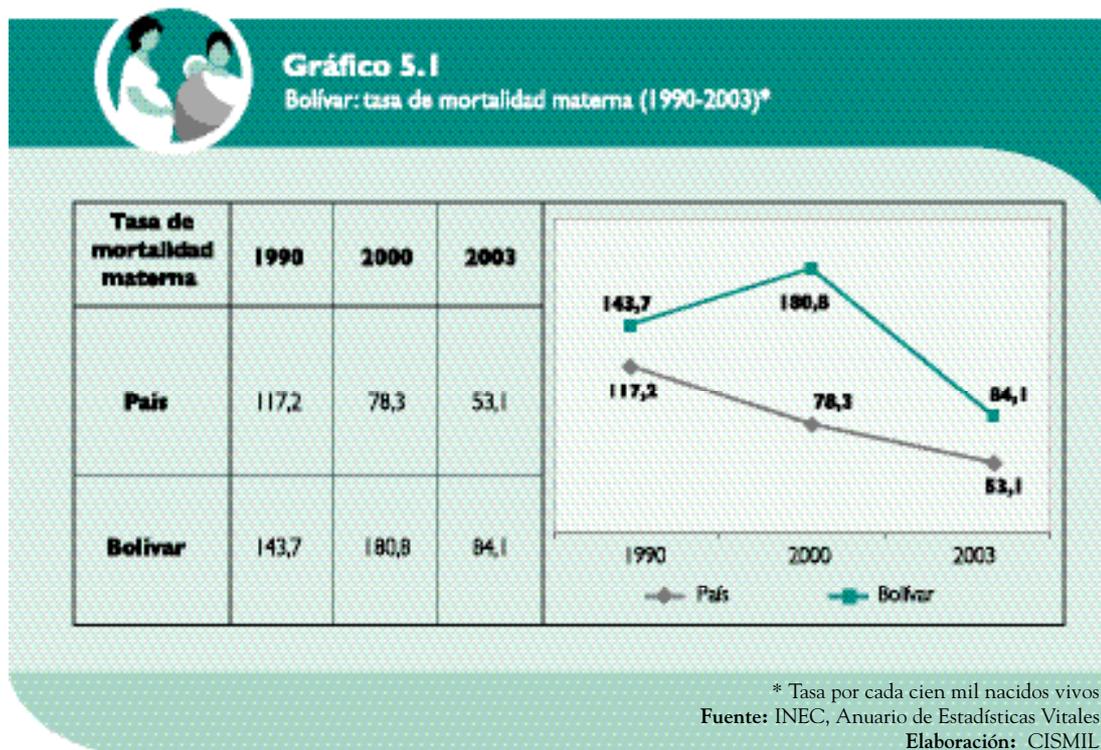
De acuerdo con el INEC, en Bolívar la tasa de mortalidad materna fue de 143,7 por cada cien mil nacidos vivos en 1990 y, hacia 2003, esta tasa disminuyó a 84,1 (es decir, 1,7 veces). Sin embargo, en relación con la meta (35,9 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos) la tasa en Bolívar es 2,3 veces mayor. Por lo tanto, si bien es posible reconocer que existe un importante avance, es necesario optimizar la institucionalización de las políticas públicas existentes. Más aún cuando apenas restan 9 años para que la población evalúe su cumplimiento.

Con respecto a los límites de la información aquí presentada, se debe señalar que las estimaciones tienen elevados márgenes de incertidumbre (mayores que los que presentan la mayoría de los indicadores demográficos y de salud). Esto se debe a varios factores, entre otros, a la escasez de fuentes, al subregistro y a la presentación de diversos valores en cada una de las diferentes fuentes investigadas (incluido el INEC). De acuerdo con la ley, todas las muertes se deben reportar en el Registro Civil dentro de un plazo de 48 horas. Pero la falta de oportunidad en la entrega de la información constituye una seria limitante. Por otra parte, las publicaciones del INEC mantienen, en el mejor de los casos, un retraso de dos años y el subregistro se estima entre el 16% al 35% (MSP, 2005).

Desde 2002, el MSP implementó el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna con el propósito de depurar la información y favorecer la oportuna intervención. Sin embargo, los valores registrados aún mantienen sensibles diferencias con los que expone el INEC.

La tasa de mortalidad materna permite evaluar la calidad de atención de salud antes y, fundamentalmente, durante y después del parto. Pone de manifiesto la capacidad de oferta de los servicios de salud y el acceso de las mujeres a ellos. Agrupa los procesos obstétricos directos y las causas de mortalidad relacionadas directamente con el embarazo, el parto y posparto. En Ecuador, la tendencia de la mortalidad materna es irregular: se alternan períodos de incremento y descenso. En Bolívar, actualmente, la tasa de mortalidad materna es superior a la del nivel nacional y su tendencia muestra un comportamiento totalmente irregular. Sin embargo, insistimos, es preciso mirar con cautela los datos, pues todavía es necesario mejorar la calidad de los registros y superar los serios problemas de subregistro.

Dentro del análisis de la mortalidad materna, es importante profundizar en las causas de la misma. Actualmente, se reconoce que, a nivel nacional, la mayor parte de las muertes maternas ocurren dentro de las primeras horas del posparto, siendo las hemorragias la principal causa. En 2005, "la hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna que representa el 43,3% y de éstas la hemorragia posparto corresponde al 31,8%, como segunda causa está la eclampsia, con el 32,7% y la sepsis con el 1,7%" (MSP, 2006). Este perfil de la mortalidad materna exige respuestas consistentes que van desde el control prenatal hasta la atención del posparto.



## Partos con asistencia de personal profesional especializado

Como se ha señalado, entre los factores de mayor asociación con la muerte materna se incluyen el lugar de atención del parto y el personal que atiende el mismo. Es decir, la calidad de la atención y del servicio de salud es decisiva. La atención por parte de personal calificado<sup>41</sup> contribuye además a evitar complicaciones y favorece la remisión y complementación con otros servicios (entre ellos, los de planificación familiar y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual).

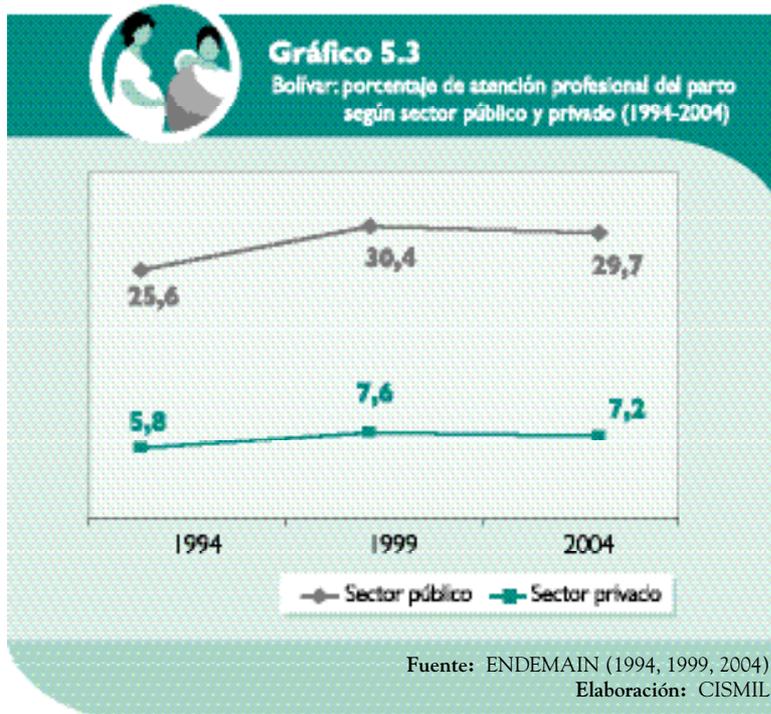
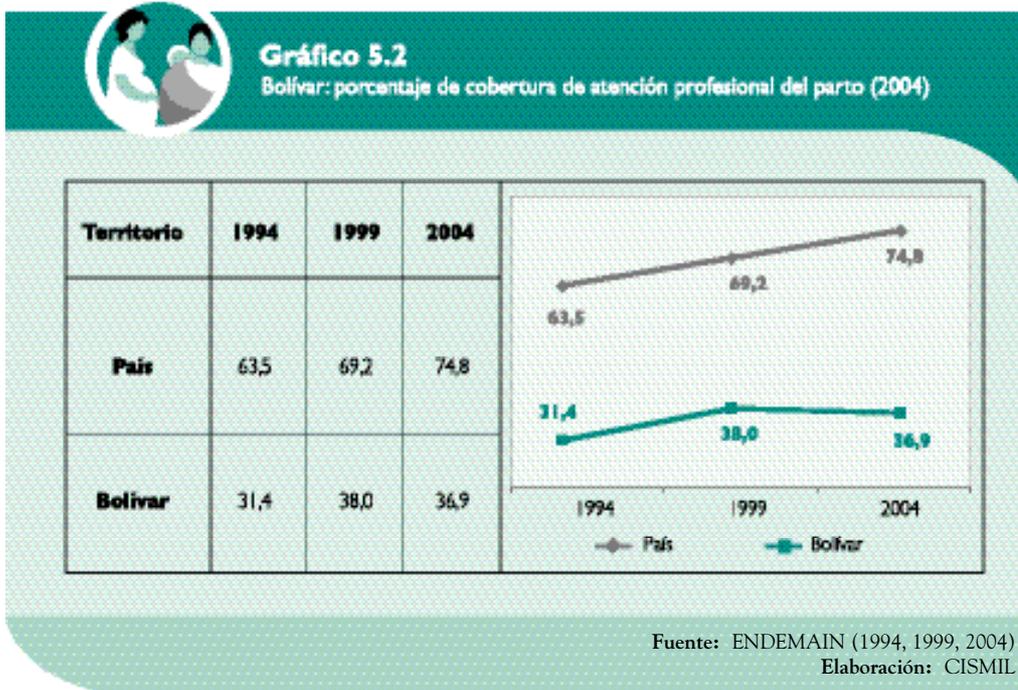
En la provincia de Bolívar, en la década 1994-2004, el porcentaje de partos atendidos por personal profesional es totalmente deficiente: apenas pasó de 31,4% a 36,9%. Actualmente, un poco más de las dos terceras partes de mujeres tienen una atención del parto con personal no profesional. Llama la atención que el porcentaje de 2004 es incluso menor que el registrado en 1999 (38,0%). Apenas el 38,3% de las atenciones de parto reportadas desde 1999 hasta el 2004 se registró como institucional. Es decir, un significativo 61,7% de mujeres embarazadas tomó la decisión de atender su parto en su propio domicilio. Quienes optan por la alternativa de atenderse en una institución de salud, lo hacen considerando tres factores: la calidad de la atención, la confianza que depositen en el personal de salud o la cercanía del servicio de salud a su domicilio. Quienes prefieren la atención domiciliaria seña-

<sup>41</sup> Se entiende por personal calificado a todo profesional de salud (matronas, médicos, enfermeras) con formación en las disciplinas necesarias para manejar embarazos normales (sin complicaciones), partos, el período inmediato del posparto, y para la identificación, administración y referencia de las complicaciones de la mujer y del recién nacido.

lan cuatro motivos: no haber alcanzado a llegar a la unidad de salud, por costumbre, por falta de recursos económicos o porque tienen mayor confianza en las parteras (ENDEMAIN, 2004).

Sin embargo, cuando se realiza un análisis de la tendencia de la atención profesional del parto en

la década 1994-2004, se observa un incremento de las atenciones en el sector privado (de 5,8%; a 7,2%, respectivamente) y, en el sector público, de 25,6% en 1994 al 29,7% en 2004; este último valor es incluso menor que el registrado en 1999 (38,0%).



Por otra parte, la atención institucional del parto muestra una relación directa con el nivel de instrucción de la madre y con el quintil económico al que pertenece. Mientras mayores son el nivel de instrucción y el quintil económico de la

madre, mayor es el porcentaje de atención institucional (y, dentro de ésta, mayor es la atención en el sector privado, particularmente, en clínicas o consultas privadas).

CARACTERÍSTICA	% del lugar de atención del parto		
	Sector público	Sector privado	Domicilio
<b>Edad de madre en años:</b>			
Menos de 20	40,4	10,1	47,2
De 20 a 29	29,7	7,4	60,9
De 30 a 49	22,9	5,0	72,1
<b>Nivel de instrucción:</b>			
Ninguno y primario	39,6	4,5	72,5
Secundario y superior	44,6	16,5	24,7
<b>Quintil económico:</b>			
Uno	25,8	4,2	69,7
Dos	38,7	6,6	54,7
Tres	26,5	23,5	47,1
<b>TOTAL</b>	<b>29,7</b>	<b>7,2</b>	<b>61,7</b>

Fuente: ENDEMAIN (2004)  
Elaboración: CISMIL

## Control del posparto

Se ha señalado que uno de los determinantes fundamentales en la mortalidad materna es el adecuado control del posparto y, sobre todo, el manejo activo del tercer período del parto, fase en la que se generan complicaciones hemorrágicas que deben ser prevenidas y que constituyen las principales causas de la mortalidad materna.

En Bolívar, en 2004, únicamente el 21,0% de mujeres que dieron a luz señalaron haber recibido control en el posparto. Este valor es incluso inferior al ya bajo y totalmente insuficiente 22,6% registrado en 1994. Si a ello se añade que un

importante 61,7% de madres tiene su parto en el domicilio, es evidente que los servicios de salud requieren multiplicar sus esfuerzos a fin de garantizar un óptimo control del posparto (momento que es uno de los más importantes pues en el mismo se están presentando las mayores causas de mortalidad materna).

Como en el caso de la atención institucional del parto, el control del posparto muestra una relación directa con el nivel de instrucción de la madre. Mientras mayor es el nivel de instrucción de la madre, mayor es el porcentaje de control del posparto.



**Gráfico 5.4**  
Bolívar: porcentaje de cobertura de atención del posparto (1994-2004)



Fuente: ENDEMAIN (2004)  
Elaboración: CISMIL

## Uso de métodos anticonceptivos

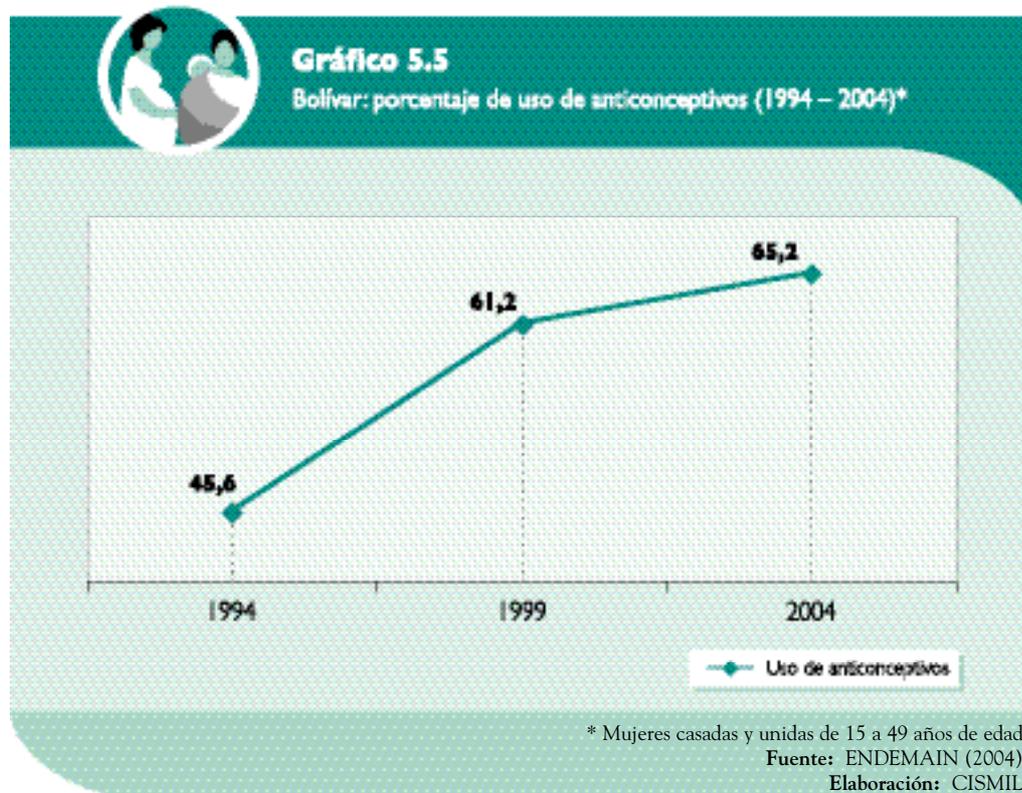
Se considera que el uso de métodos anticonceptivos es parte de los determinantes fundamentales en el comportamiento de la mortalidad materna. Por ello, a continuación, se incorpora este indicador:

En 2004, en Bolívar, el 65,5% de mujeres casadas y unidas de 15 a 49 años de edad utilizaba algún método anticonceptivo. Este porcentaje es sensiblemente superior al registrado una década antes (45,6%).

Por otra parte, el uso de anticonceptivos es mayor cuanto mayor es el nivel educativo y entre las mujeres de 30 a 39 años de edad. El 43,8% obtiene los métodos anticonceptivos en el sector

privado y, dentro de éste, fundamentalmente, en el sector con fines de lucro (38,8%). Del 56,1% de mujeres que obtiene métodos anticonceptivos en el sector público, el 55,4% lo hace en las unidades operativas del MSP. Es importante destacar que el método del retiro (15,35) junto con la esterilización femenina (12,1) son los métodos más utilizados.

En el grupo de las mujeres casadas y unidas no usuarias de métodos anticonceptivos y sin problemas de fertilidad, el 49% manifiesta su deseo de utilizar algún método de anticoncepción.



**CUADRO 5.2** Bolívar: porcentaje de uso de anticonceptivos según nivel de instrucción y edad (2004)\*

CARACTERÍSTICA	% DE USO MÉTODO ANTICONCEPTIVO
<b>Nivel de instrucción:</b>	
Ninguno y primario	59,6
Secundario y superior	81,7
<b>Edad en años:</b>	
Menos de 30	62,9
De 20 a 29	
De 30 a 39	72,0
De 40 a 49	59,4
<b>TOTAL</b>	<b>65,5</b>

\* Mujeres casadas y unidas de 15 a 49 años de edad

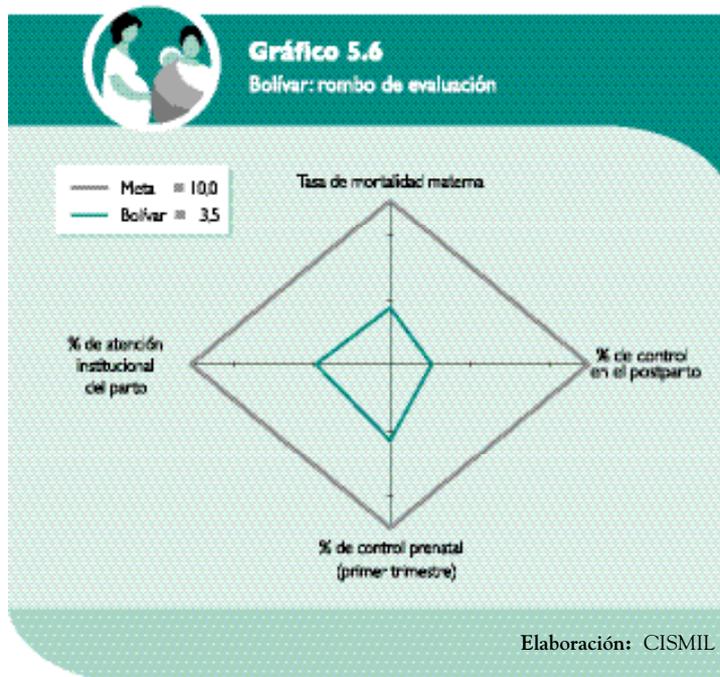
Fuente: ENDEMAIN  
Elaboración: CISMIL

Finalmente, la ENDEMAIN, en su informe sobre la provincia de Bolívar; refiere que “una de cada tres mujeres (30%) pagó por la atención recibida y el 39% compró insumos y medicinas”. Ello contradice el esfuerzo del país por institucionali-

zar la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Al respecto, una de las barreras señaladas por las mujeres embarazadas para el uso de los servicios institucionales es el pago que deben realizar:

## Resumen del nivel de avance

En resumen, si se toma como parámetro de referencia la meta país, Bolívar alcanza un puntaje de 3,5 sobre 10. El avance en la prevención de la mortalidad materna encuentra entre sus principales barreras el limitado control prenatal temprano y, fundamentalmente, el escaso control en el posparto (período especialmente sensible en el que ocurre la mayor parte de riesgos).



**CUADRO 5.3****Resumen de los indicadores del objetivo 5  
Objetivo 5: mejorar la salud materna****META 6: reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015**

Indicadores	Territorio	1990	2000	2003
Tasa de mortalidad materna*	País	117,2	78,3	53,1
	Bolívar	143,7	180,8	84,1
* Tasa por cada cien mil nacidos vivos				
Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales				
Indicadores	Territorio	1994	1999	2004
Partos con asistencia de personal sanitario especializado	País	63,5	69,2	74,8
	Bolívar	34,1	38,0	36,9
% de cobertura de atención del posparto	País	33,3	36,3	36,2
	Bolívar	22,6	24,6	31,0

Fuente: ENDEMAIN (1994, 1999, 2004), INEC (2003)

Elaboración: CISMIL

# OBJETIVO

COMBATIR  
EL VIH/SIDA  
Y OTRAS  
ENFERMEDADES

A stylized illustration in shades of teal and white. It depicts a church with a cross on its roof. In the foreground, several people are shown in profile, looking down at books or papers they are holding, suggesting a church service or a community meeting. The background features abstract, curved lines representing architectural elements or a landscape.

6

# resumen

En la provincia de Bolívar, es significativamente amplio el porcentaje de personas que conocen o por lo menos han escuchado hablar sobre el VIH/SIDA. Sin embargo, el nivel de desinformación que tiene la población es muy alto y el número de casos detectados va en aumento.

Lamentablemente, ninguna de las condiciones de la meta ha sido cumplida en la provincia. Es decir, no se ha podido detener el avance y peor aún reducir la incidencia del VIH/SIDA. A pesar del importante subregistro que existe, la tasa se ha incrementado sensiblemente en los últimos años (en el período 1993-2003, pasó de 0,6 a 3,5 por cada cien mil habitantes.) El incremento de casos en mujeres es sensiblemente alto. A ellos se suma su baja percepción de riesgo para infectarse y/o adquirir la enfermedad. El uso de preservativo o condón es totalmente menor en relación con otros métodos anticonceptivos y no necesariamente se lo utiliza como un medio para prevenir las infecciones de transmisión sexual.



Con respecto al paludismo, su incidencia ha mantenido una tendencia irregular muy asociada con las condiciones climatológicas y a la inadecuada condición sanitaria y de infraestructura básica de Bolívar. No se ha detenido la presencia de esta enfermedad y valorar su reducción depende del período analizado (existen momentos de descenso que se mezclan o combinan con otros de marcado ascenso).

Por último, la tasa global de la tuberculosis pulmonar en la última década exhibe una sensible reducción. En 1996, la tasa de incidencia de la tuberculosis pulmonar fue de 114,1 por cada cien mil habitantes. Una década más tarde, en 2005, se reporta una disminución de la tasa hasta 21,3. Cuando se segmentan los casos y en el análisis del comportamiento se considera exclusivamente la tasa de incidencia de morbilidad con baciloscopía positiva, la tendencia en el último quinquenio también muestra un descenso. Sin embargo, se ratifica el requerimiento de optimizar las estrategias de control, pues la incidencia de la tuberculosis todavía se considera alta.



## Introducción

Este ODM se relaciona con el control de enfermedades como el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis. En el Ecuador, estas enfermedades forman parte del sistema de vigilancia epidemiológica y son de notificación obligatoria.

Como sabemos, los servicios de salud deben proporcionar a la población los conocimientos que necesitan para proteger su salud y la de sus familias. Ello incluye información para la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA. Precisamente, los derechos sexuales y reproductivos se orientan a mejorar el nivel de conocimiento de la ciudadanía. A su vez, estos derechos apuntan a eliminar las reducciones y distorsiones que aún existen sobre los roles sociales

de los varones y las mujeres. En relación con nuestro tema, la reducción de las desigualdades de género es una parte fundamental para contener la propagación de procesos como el VIH/SIDA.

Como podemos constatar en las entrevistas realizadas a ciudadanos y ciudadanas pobres de Bolívar, la población reconoce la severidad de los padecimientos del SIDA y denuncia la necesidad de fortalecer las medidas para prevenir esta enfermedad. Ante su presencia, demanda facilidades para tratarla, pues en muchos casos la población se ha sentido abandonada. En varios casos, existen problemas relacionados con una absoluta desinformación.<sup>42</sup>

<sup>42</sup> En todas las citas directas transcritas a continuación se han omitido los datos de referencia específicos de cada una de las personas entrevistadas. La intención de esta omisión es plasmar una voz colectiva de ciudadanos y ciudadanas de Bolívar, antes que destacar opiniones particulares.

# ESCUCHAR

## *la voz de la gente*

*¿Ha escuchado hablar del SIDA? ¿Qué nos podría decir acerca de esta enfermedad?*

“Sí, que es contagiosa por relaciones sexuales o por la sangre”.

“Es una enfermedad incurable, que se contagia a través de la relación sexual que se tiene con uno y con otro”.

“Por acá no ha llegado esta enfermedad”.

“Sí he escuchado por la radio. Que es contagioso, pero que ya está avanzando la tecnología y que va a haber cura para esa enfermedad”.

*¿Considera que a usted o alguien cercano a usted le podría transmitir esta enfermedad?*

“Si no se cuida sí”.

“No sé, porque sabemos que viene esa enfermedad por el mucho contacto sexual, pero si evitamos no va a dar”.

“No creo, no he pensado nada de eso”.

*¿Cómo podría protegerse del SIDA?*

“Cuidándose en las relaciones íntimas con anticonceptivos”.

“Con preservativo”.

“Sin caminar por la vida con muchas mujeres”.

“Con anticonceptivos que hay ahora y ser fiel a la pareja, en hay casos los hombres y en otros las mujeres, porque hay mujeres que somos traviesas”.

“Vivir tranquilo, no estar con otras personas, yo como no tengo muchos amigos o amigas no me he preocupado”.

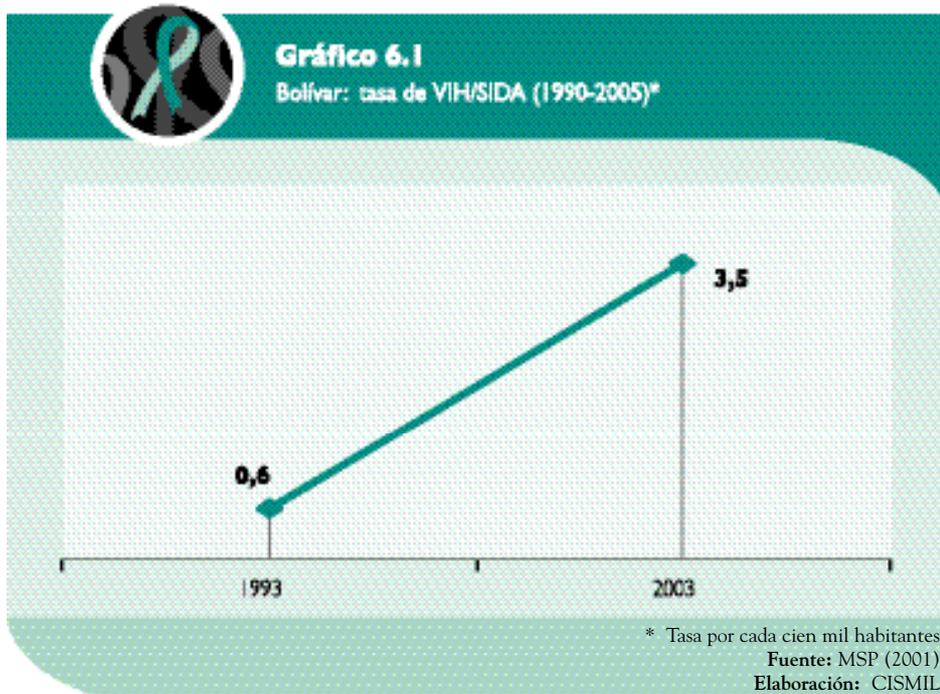
## META 7: Haber detenido y empezado a reducir, para 2015, la propagación del VIH/SIDA

Lamentablemente, ninguna de las condiciones de esta meta han sido cumplidas en Bolívar. A pesar del importante subregistro que existe en el país, la tasa se ha incrementado sensiblemente: en el período 1993-2003, pasó de 0,6 a 3,5 por cada cien mil habitantes.

Acercarse a la meta de este objetivo requiere especial atención debido al impacto del VIH/SIDA y por sus altos niveles de asociación con la pobreza, las distorsiones de género y los valores culturales. La rápida y extraordinaria propagación de esta enfermedad, en todo el mundo, la convierte en uno de los padecimientos de mayor preocupación para quienes tienen responsabilidad sobre la salud pública.

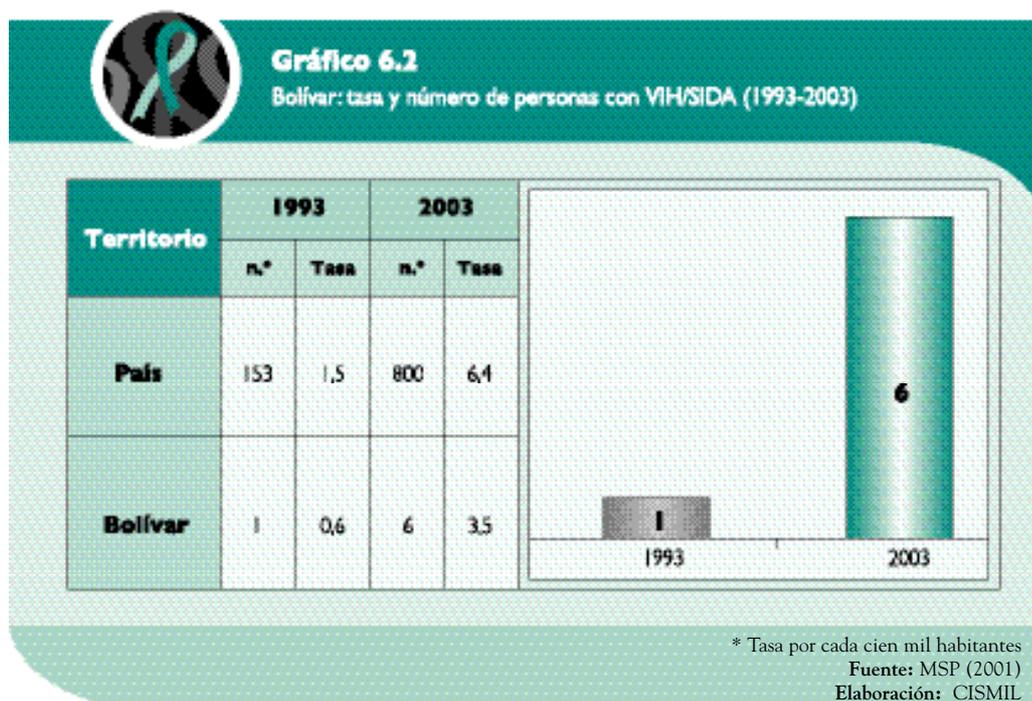
Según las estadísticas del Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA, en 1994, el número de casos reportados de VIH en el país fue de 108 y en 2004, de 627. Es decir, la incidencia se incrementó casi seis veces durante estos diez años, lo que corresponde a una variación de la tasa por cada cien mil habitantes que va de 0,96 a 4,81.

En el caso de la provincia de Bolívar, el número de personas con VIH/SIDA en 1993 correspondió al 0,7% del total nacional y en 2003, al 0,8%. Esto supone un aumento en la tasa por cada cien mil habitantes de 0,6 a 3,5.



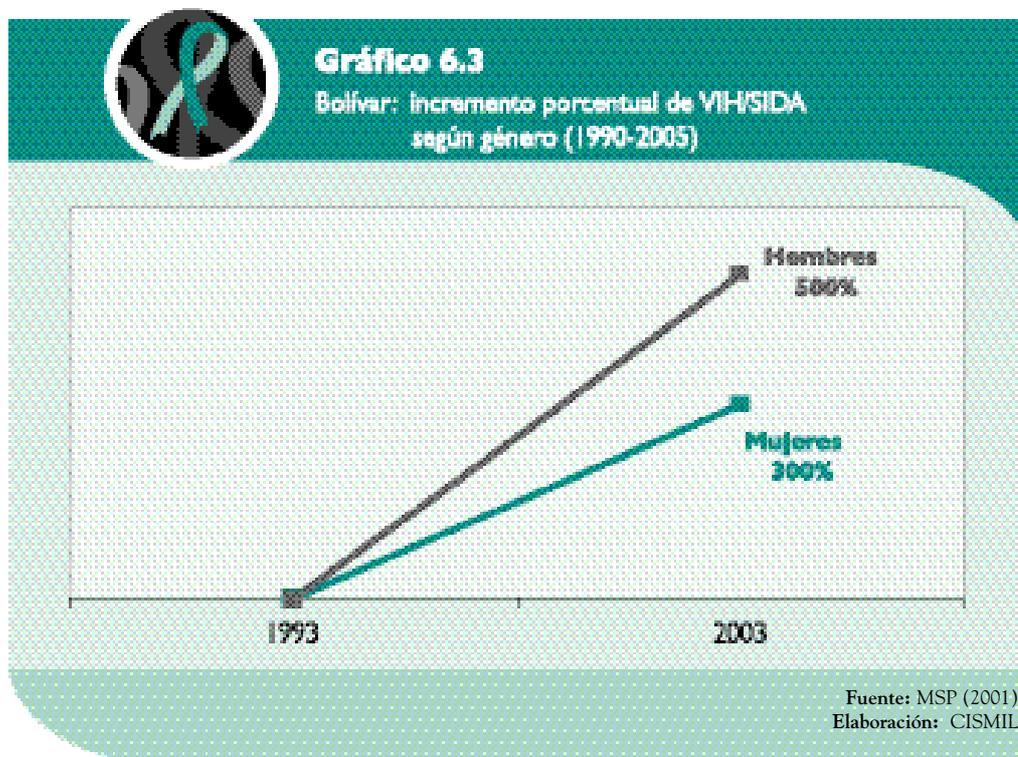
Tomando como referencia el informe del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA-ITS, en Bolívar; los casos se han incrementado desde 1993 hasta 2003 en un 600%.

Tal incremento evidencia el acelerado aumento en el número de personas afectadas por tan severo y letal proceso.



Integrando al análisis la dimensión de género, observamos que la tendencia y número de personas afectadas por el VIH/SIDA refleja importantes diferencias. El Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA-ITS señala que, desde 1986 hasta 2005, tres mujeres han sido registradas con VIH/SIDA. Ello corresponde al 37,5% del total de personas registradas con VIH/SIDA en la provincia. En el caso de los hom-

bres, son cinco las personas con VIH/SIDA registrados desde 1986 hasta 2005. Ello corresponde al 62,5% de personas registradas con VIH/SIDA en la provincia. Cabe destacar que, en el período 1990-2003, el porcentaje de incremento de mujeres afectadas por el VIH/SIDA fue del 300% y, en el caso de los hombres, del 500%.



A nivel nacional, en 2005, del total de mujeres con VIH/SIDA, el 72,9% declaró como ocupación quehaceres domésticos; el 5,5%, trabajadoras sexuales; el 4,7%, desocupadas; el 4,7%, comerciantes; el 1,9%, profesional; y, el 1,9%, vendedor. En

el caso de los hombres, el 31,0% declaró como categoría ocupacional obrero; el 19,2%, desocupado; el 13,6%, comerciante; el 10,2%, empleado; el 4,7%, estudiante; el 4,5%, chofer; y, el 4,1%, profesional.

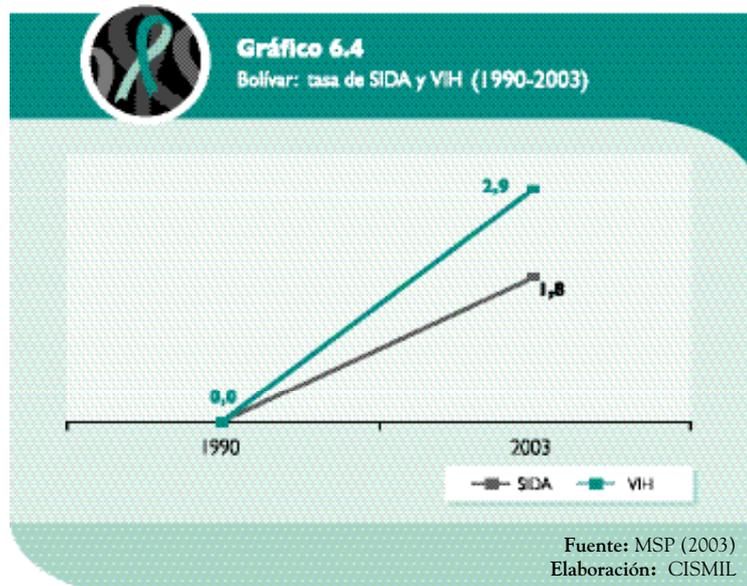
**CUADRO 6.1 Ecuador y Bolívar: número de personas con VIH/SIDA según género (1990, 2005)**

Territorio	1990			2005		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
País	85	15	70	1 369	436	933
Bolívar	0	0	0	8	3	5

Fuente: MSP (2005)  
Elaboración: CISMIL

Por otra parte, en el período 1990-2003, el número de personas con SIDA en Bolívar se incrementó en el 300%. En el último año, el número de casos representó el 1,0 del total país y, en el período señalado, la tasa de personas con SIDA por cada cien mil habitantes pasó de 0,0 a 1,8

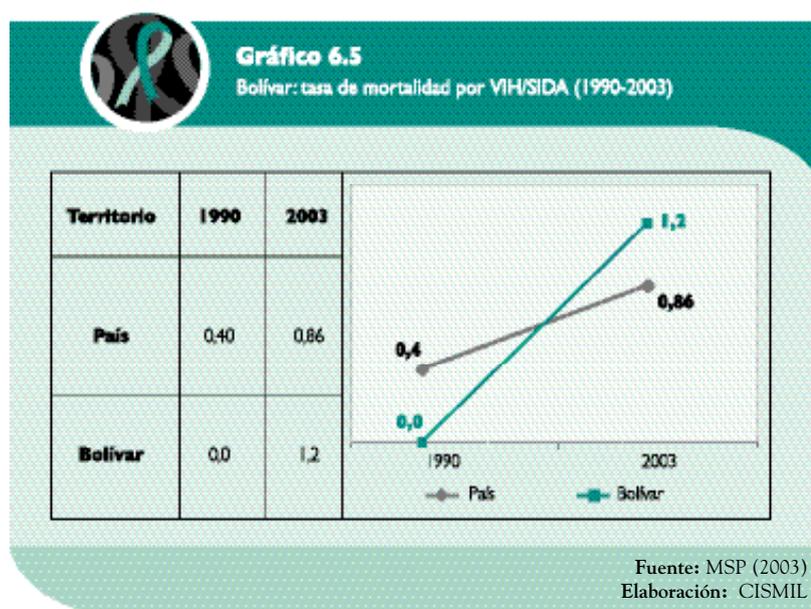
En contraste, el número de personas infectadas con VIH se incrementó de manera mucho más sensible y significativa. Durante el mismo período (1990-2003), este aumento fue del 500%. En el último año, el número de casos de VIH representó el 1,0% del total país y en el período señalado, la tasa de personas con VIH por cada cien mil habitantes pasó de 0,0 a 2,9.



## Mortalidad VIH/SIDA

En el país, la tasa de mortalidad por VIH/SIDA se ha incrementado significativamente. En 1990, se reportó una tasa de 0,40 por cada cien mil habitantes, en tanto que en 2003, ésta se incrementó a 0,86 (es decir, 2,2 veces). Por lo demás, llama la atención que en 2001 la tasa reportada por el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA fue de 2,31.

En el caso de la provincia de Bolívar, la tasa de mortalidad por VIH/SIDA también se incrementó de manera significativa. En 1990, se reportaron 0,0 defunciones por cada cien mil habitantes y en 2003, 1,2.



## Conocimiento e información

Como se ha señalado, la información es un factor esencial en el comportamiento epidemiológico de la infección. El nivel de conocimiento de la población determina la práctica de medidas preventivas.

En Bolívar, de acuerdo con la ENDEMAIN, el nivel de conocimiento de las formas más comunes de prevención es absolutamente limitado. Apenas un 27,0% de mujeres conoce o ha escuchado hablar del uso del preservativo como método de prevención; únicamente el 7,5%, la abstinencia; y, 14,8%, la monogamia.

En relación con la percepción del riesgo de infectarse o adquirir la enfermedad, llama la atención que en Bolívar apenas el 22,8% de mujeres considera que esto es probable. Este porcentaje es ligeramente mayor en las mujeres de 35 a 49 años de edad y entre las casadas. Lo señalado obliga a replantear las estrategias y contenidos

de la información y comunicación para la prevención del VIH/SIDA, pues a pesar de que la mayor parte de la población de mujeres señala conocer de la enfermedad, muy pocas consideran tener riesgo de infectarse y/o contraerla (especialmente, las mujeres jóvenes 15 a 24 años de edad y las solteras).

Se debe insistir en el hecho de que las mujeres adolescentes y jóvenes tienen una escasa percepción del riesgo de infectarse. Este hecho señala la necesidad de trabajar con este grupo a fin de concienciar el riesgo, más aún si se toma en cuenta que el proceso de inicio de la vida sexual tiende a ocurrir a más temprana edad en el país.

Finalmente, del total de mujeres que conocen o han escuchado hablar sobre el VIH/SIDA, únicamente el 38,9% sabe que existe una prueba de laboratorio a través de la cual es posible hacer un diagnóstico oportuno. Adicionalmente, sólo el 20,8% sabe dónde se la puede realizar y apenas el 3,3% se la ha realizado.

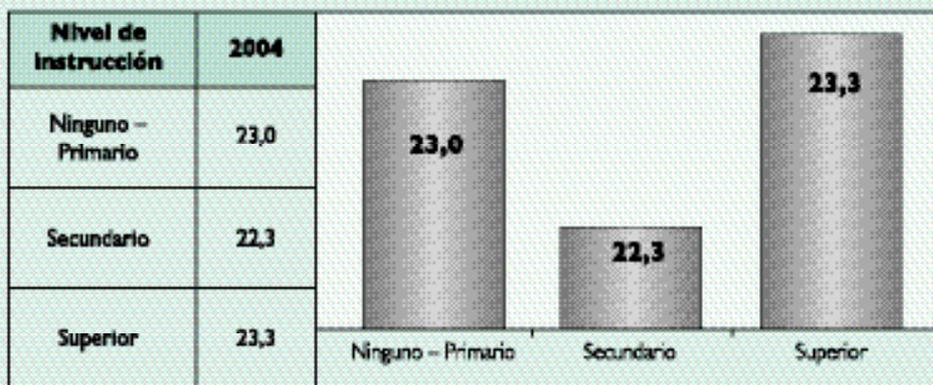
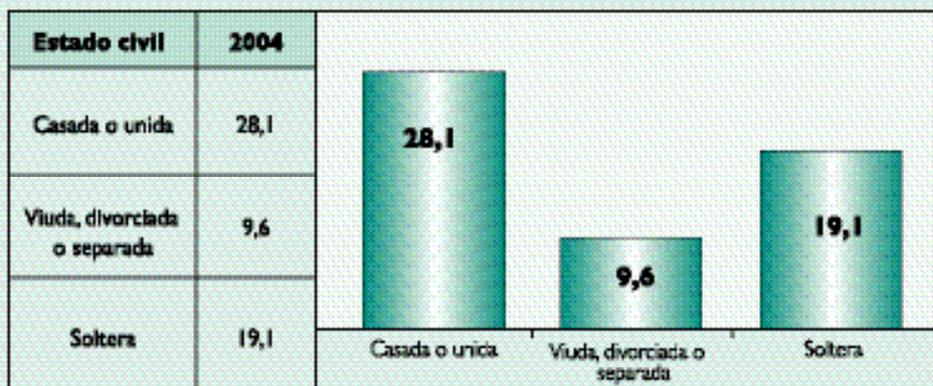
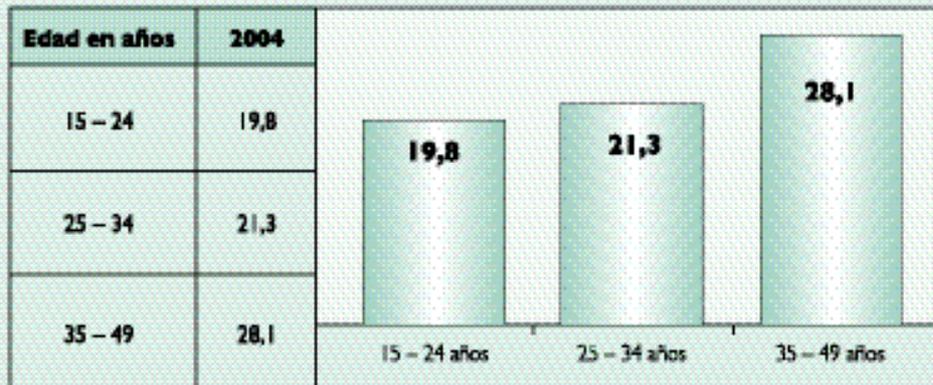
<b>CUADRO 6.2 Bolívar: conocimiento de las formas de prevención del VIH/SIDA entre mujeres de 15 a 49 años (2004)</b>			
<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>% de conocimiento</b>		
	<b>Abstinencia</b>	<b>Monogamia</b>	<b>Uso condón</b>
<b>Edad en años</b>			
De 15 – 24	13,0	8,5	31,1
De 25 – 34	5,9	17,6	23,5
De 35 – 49	2,2	20,1	25,2
<b>Nivel de instrucción:</b>			
Ninguno y primario	4,1	11,1	14,7
Secundario	8,6	13,1	36,6
Superior y postgrado	16,7	33,3	43,3
<b>Estado civil</b>			
Casada – unida	3,4	18,5	25,6
Viuda, separada, divorciada	3,8	21,2	34,6
Soltera	14,8	7,4	26,5
<b>TOTAL</b>	<b>7,5</b>	<b>14,8</b>	<b>27,0</b>

Fuente: ENDEMAIN (2004)  
Elaboración: CISMIL



**Gráfico 6.5a**

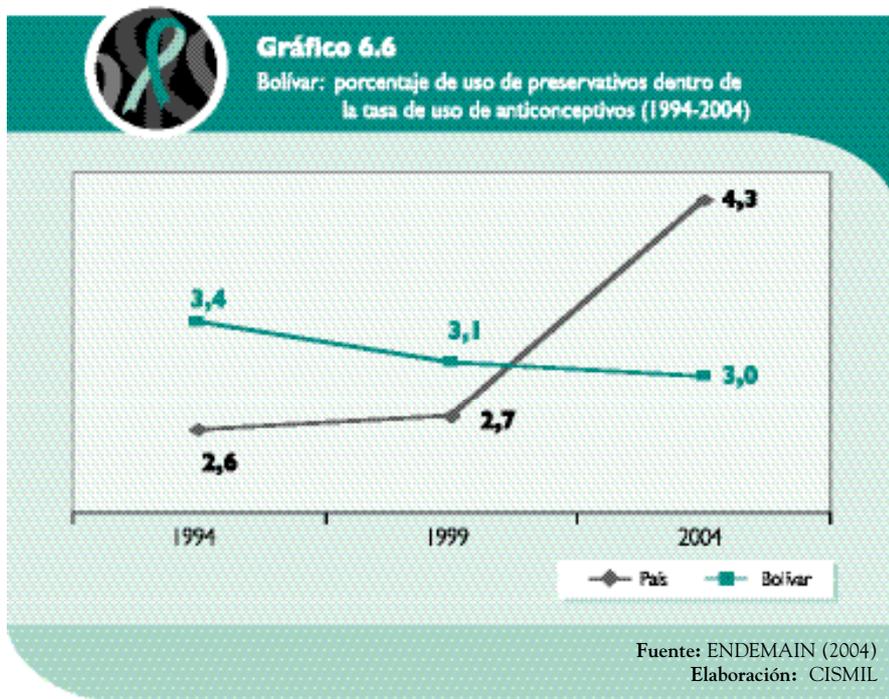
Bolívar: percepción del riesgo de infectarse o enfermarse con VIH/SIDA entre mujeres de 15 a 49 años de edad (2004)



Fuente: ENDEMAIN (2004)  
Elaboración: CISMIL

## Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos

En la provincia de Bolívar, un poco más del 65% de mujeres entre 15 a 49 años de edad conoce varios de los métodos anticonceptivos. Por otra parte, el uso de los mismos se ha incrementado progresivamente: del 45,6% en 1994 pasó al 65,2% en 2004. Sin embargo, el uso del condón o preservativo es sensiblemente menor comparado con el uso de otros métodos. Actualmente, en Bolívar, apenas el 3,0% de mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años utiliza este método y lo hace pensando fundamentalmente en la anticoncepción antes que en la prevención de infecciones de transmisión sexual.



## Otras enfermedades

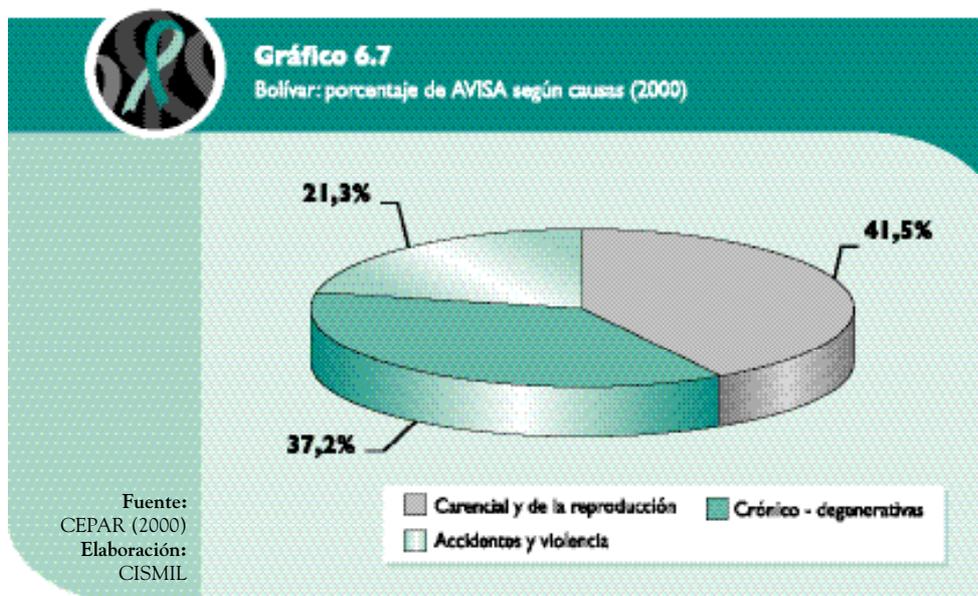
Tomando en consideración el perfil epidemiológico generado a partir de las enfermedades y eventos de notificación obligatoria sujetas a vigilancia epidemiológica, las diez principales causas de morbilidad en Bolívar son las siguientes: (ver cuadro 6.3).

El comportamiento epidemiológico medido a través de los años de vida saludables perdidos por muerte prematura y discapacidad (AVISA) señala que, al iniciar el presente milenio, “la provincia de Bolívar contribuye con 56 095 años de vida saludable perdidos por muerte prematura y discapacidad, ello corresponde al 2,6% del total país y a una tasa de 335 años de vida saludable por cada mil habitantes residentes [...]. En el espacio rural, se pierde el mayor número de años de vida saludable (60,4%) [...]. Los hombres contribuyen con el 53,3% y las mujeres con el 46,3% [...]. El grupo de edad de menores de cinco años es el que más años de vida saludable pierde tanto en hombres como en mujeres [...]. Considerando el grupo de enfermedades, el 41,5% de los años de vida saludable perdidos por

Bolívar: diez principales causas de morbilidad (2005)		
Enfermedades	Casos	Tasa*
Enfermedad diarreica aguda	12 710	7 136,9
Infección respiratoria aguda	3 976	2 232,6
Otras enfermedades venéreas	1 106	621,0
Hipertensión arterial	268	150,5
Leshmaniasis	189	106,1
Hepatitis vírica	147	82,5
Paludismo	137	76,9
Dengue clásico	116	65,1
Diabetes	39	21,9
Intoxicación alimentaria	9	5,1

\* Tasa por cien mil habitantes  
 Fuente: MSP, Subproceso de Epidemiología  
 Elaboración: CISMIL

muerte prematura y discapacidad corresponde a procesos carenciales y de la reproducción, enfermedades infecciosas y parasitarias; el 37,2%, a procesos crónico-degenerativos; y, el 21,3%, debido a los accidentes y la violencia” (CEPAR, 2000).



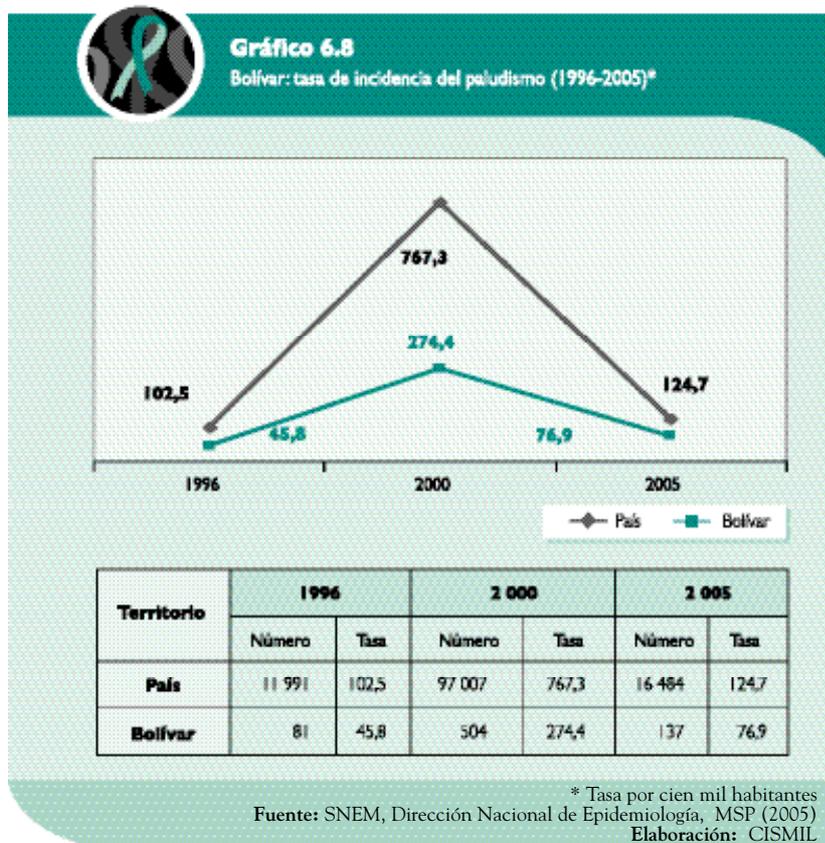
## META 8: Haber detenido y comenzado a reducir el paludismo para el año 2015

Acogiendo la resolución del consejo directivo de la OPS/OMS (septiembre de 2005), a esta meta se debe sumar el propósito de reducir la carga de la malaria en, al menos, el 50% para 2010 y en 75% para 2015.

La incidencia de paludismo se concentra en las zonas tropicales y subtropicales y en espacios donde el desarrollo socioeconómico, las condiciones y la calidad de vida son deficientes. En Bolívar, la incidencia de esta enfermedad ha mantenido una tendencia irregular muy asociada con las condiciones climatológicas y con la inadecuada condición e infraestructura sanitaria. En términos generales, los casos de paludismo no se han detenido y valorar su reducción depende del período que se analice. En todo caso, la necesi-

dad de extremar medidas que permitan mejorar las condiciones y calidad de vida de amplios sectores de la población a fin de asegurar el control de la enfermedad es bastante clara.

Como en el país, en Bolívar la tendencia en el número de casos de paludismo ha sido sumamente irregular. Según los informes del MSP (Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria), en 1996, se registraron 81 casos, lo que corresponde a una tasa de 45,8 por cada cien mil habitantes. En 2000, el número de casos ascendió a 504 (tasa de 274,4) y cinco años más tarde (año 2005), el número de casos fue de 137. lo que corresponde a una tasa de 76,9 por cada cien mil habitantes.



En el último quinquenio, el número de muertes a causa del paludismo por *plasmodium falciparum* ha disminuido sensiblemente. Pero la proporción de casos de muerte por paludismo *plasmodium vivax* se ha incrementado significativamente.

**CUADRO 6.4** Bolívar: porcentaje de casos de paludismo por *plasmodium falciparum* y *vivax* (2001-2005)

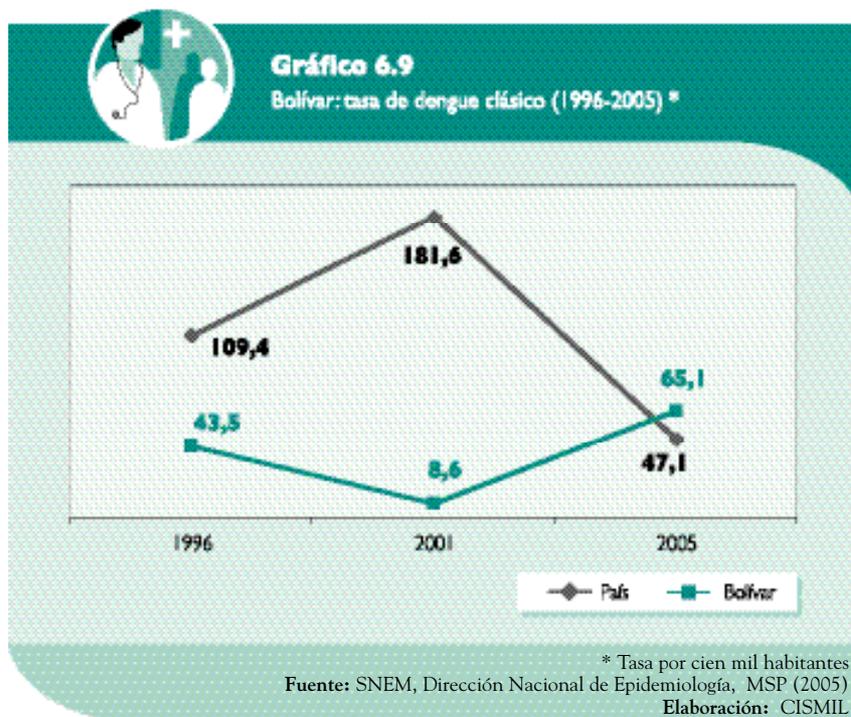
Territorio	2001		2005	
	<i>Falciparum</i>	<i>Vivax</i>	<i>Falciparum</i>	<i>Vivax</i>
País	33,1	66,9	12,9	87,1
Bolívar	36,3	63,7	10,2	89,8

Fuente: SNEM, Dirección Nacional de Epidemiología, MSP (2005)  
Elaboración: CISMIL

Como era de esperar, debido a que las determinaciones del dengue clásico son muy similares a las del paludismo, esta enfermedad muestra una tendencia y comportamiento similares. Según los informes del SNEM, en Bolívar, en 1996, se registraron 77 casos, lo que corresponde a una tasa de 43,5 por cien mil habitantes. En 2001, disminuyeron sensiblemente los casos (15 casos, tasa

de 8,6), pero en 2005, se incrementaron significativamente (el dengue clásico afectó a 116 personas, tasa de 65,1).

Con relación al dengue hemorrágico, desde 2003, se han reportado tres casos. La tasa ha pasado del 0,2 en 2003 al 1,2 por cien mil habitantes en 2005.



## La Tuberculosis

En la última década, la tasa global de tuberculosis pulmonar muestra una tendencia descendente (de 114,1 a 21,3 por cada cien mil habitantes). Cuando se segmentan los casos y se considera exclusivamente la tasa de incidencia de morbilidad con baciloscopia positiva (BK+ casos confirmados de tuberculosis por cada 100 000 habitantes), la tendencia en el último quinquenio muestra un comportamiento similar: la tasa pasó de 41,3 a 20,8.

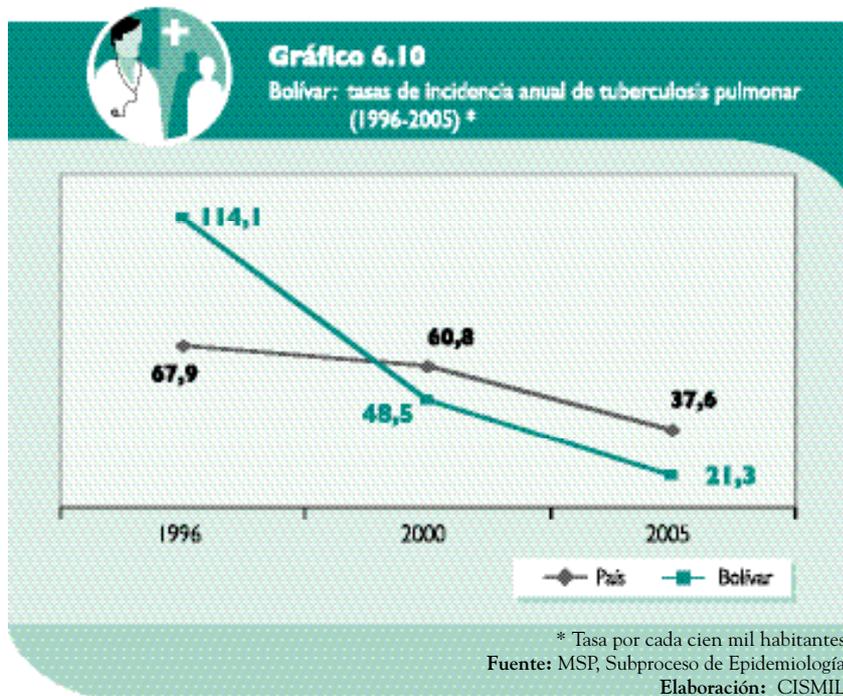
La tuberculosis es una enfermedad que ya se consideró controlada. Sin embargo, actualmente es calificada como un proceso reemergente, objeto de control y vigilancia epidemiológica. La provincia de Bolívar forma parte de las unidades geopoblacionales que entrará a formar parte de la implementación progresiva de la estrategia DOTS (tratamiento acortado y directamente observado), que se inició en el país a partir de 2002. La norma nacional del Programa de Control de la Tuberculosis establece los criterios para que el tratamiento antituberculoso sea administrado bajo supervisión directa de acuerdo con el antecedente de tratamiento. Actualmente, "el Programa Nacional de TB en

Ecuador se encuentra en la fase de implementación y extensión de la estrategia DOTS. Con una cobertura de población del 100% en las provincias de Guayas, Pichincha, Azuay y Tungurahua" (MSP, 2005).

La incidencia de tuberculosis es un indicador que se vincula claramente con otros: la mayor ocurrencia sucede en espacios donde el desarrollo socioeconómico, las condiciones y la calidad de vida son deficientes.

En Bolívar, en 1996, la tasa de incidencia de la tuberculosis pulmonar fue de 114,1 por cada cien mil habitantes. Una década más tarde, en 2005, se reporta que esta tasa bajó a 21,3.

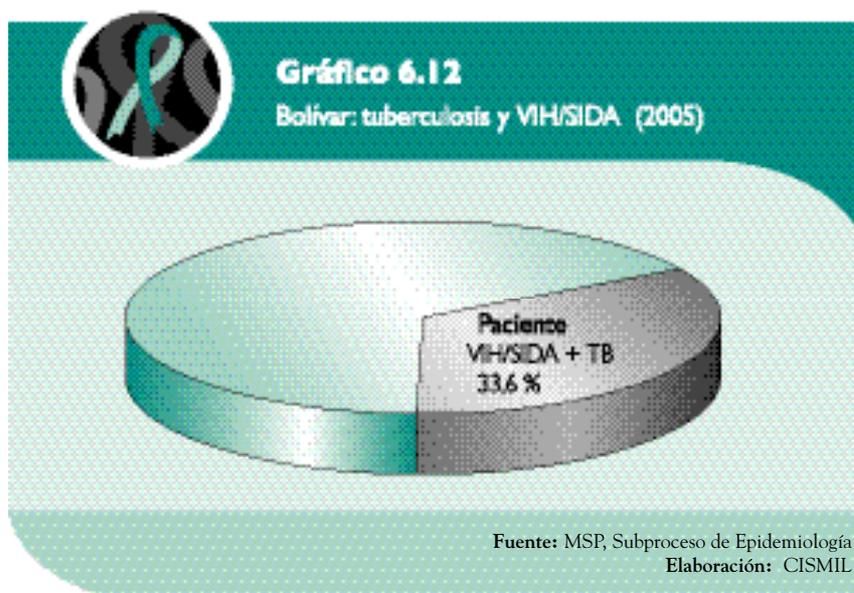
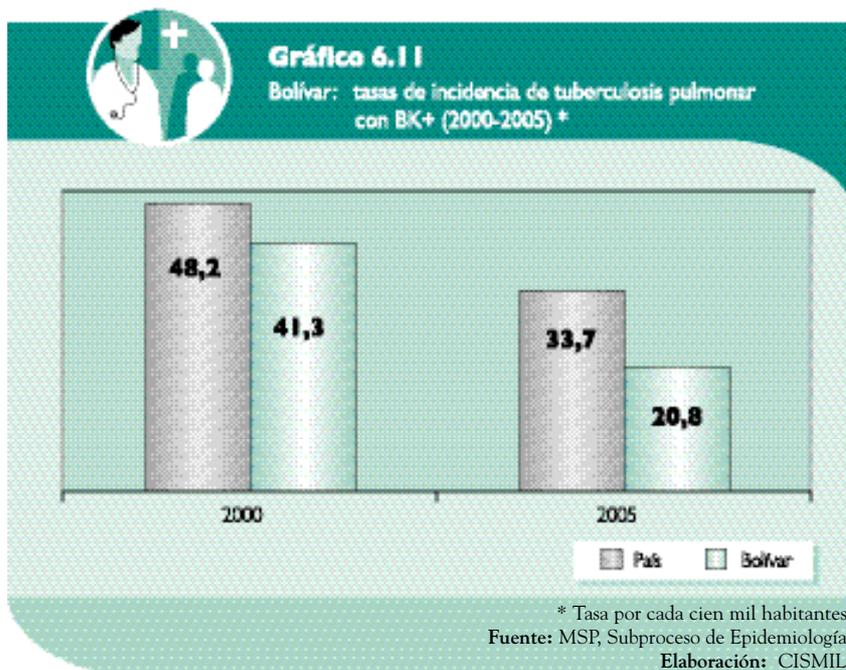
Cuando se segmentan los casos y en el análisis del comportamiento se considera exclusivamente la tasa de incidencia de morbilidad con baciloscopia positiva (BK+ casos confirmados de tuberculosis por cada 100 000 habitantes), la tendencia en el período 2000-2005 también muestra un descenso: de 41,3 en 2000 pasó a 20,8 en 2005. A pesar de esta disminución, los valores todavía se consideran altos, lo que ratifica el requerimiento de optimizar las estrategias de control.



Actualmente, se estima que la incidencia de tuberculosis pulmonar (1,2 por cada cien mil habitantes) es 72 veces mayor que todas las formas extrapulmonares.

tuberculosis y el VIH/SIDA. Del total de casos reportados como confirmados de tuberculosis en la provincia de Bolívar, el 33,6% tiene una relación con el VIH/SIDA.

Para cerrar esta sección, incluimos información sobre las relaciones complementarias entre la



<b>CUADRO 6.5</b>		<b>Resumen de los indicadores del objetivo 6</b>				
		<b>Objetivo 6: combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades</b>				
<b>META 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA</b>						
<b>Indicador</b>	<b>Territorio</b>	<b>1990</b>	<b>2005</b>			
Tasa de VIH/SIDA por cada cien mil habitantes	País	0,9	10,6			
	Bolívar	0,0	3,5			
Número de personas con VIH/SIDA	País	85	1 369			
	Bolívar	1	6			
<b>Indicador</b>	<b>Bolívar</b>	<b>1990</b>	<b>2004</b>			
Tasa de SIDA y VIH por cada cien mil habitantes	SIDA	0,40	1,80			
	VIH	0,00	2,90			
<b>Indicador</b>	<b>Territorio</b>	<b>1990</b>	<b>2004</b>			
Tasa de mortalidad por VIH/SIDA	País	0,40	1,80			
	Bolívar	0,00	1,20			
Porcentaje de conocimiento de VIH/SIDA en mujeres de 15 a 49 años de edad	Bolívar	65,00				
Porcentaje de conocimiento de las formas de prevención del VIH/SIDA en mujeres de 15 a 49 años de edad	<b>Territorio</b>			<b>2004</b>		
	Bolívar	Abstinencia	Monogamia	Uso condón		
		7,5	14,8	27,0		
Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos en mujeres unidas o casadas de 15 a 49 años de edad	<b>Territorio</b>	<b>1994</b>	<b>1999</b>	<b>2004</b>		
	País	2,6	2,7	4,3		
	Bolívar	3,4	0,9	2,0		
<b>Fuente:</b> Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, ENDEMAIN (1994, 1999, 2004) <b>Elaboración:</b> CISMIL						
<b>META 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves</b>						
<b>Indicadores</b>	<b>Territorio</b>	<b>1996</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>		
Tasa de incidencia de paludismo por cada cien mil habitantes	País	102,5	767,3	124,7		
	Bolívar	95,8	274,4	76,9		
Porcentaje de casos de paludismo por <i>plasmodium falciparum</i> y <i>vivax</i>	<b>Territorio</b>	<b>1996</b>	<b>2001</b>		<b>2005</b>	
	<b>Morbilidad Palúdica</b>	-----	<i>Falciparum</i>	<i>Vivax</i>	<i>Falciparum</i>	<i>Vivax</i>
	País	-----	33,1	66,9	12,9	87,1
	Bolívar	-----	36,3	63,7	10,2	89,8
<b>Indicadores</b>	<b>Territorio</b>	<b>1996</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>		
Tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar por cada cien mil habitantes	País	67,9	60,8	34,2		
	Bolívar	114,1	60,8	37,6		
<b>Indicador</b>	<b>Territorio</b>	<b>1996</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>		
Tasa de incidencia de morbilidad con BK+ por cada cien mil habitantes	País	-----	48,2	33,7		
	Bolívar	-----	41,3	20,8		
% de relación complementaria entre la tuberculosis y el VIH/SIDA	Bolívar	-----	-----	33,6		
<b>Fuentes:</b> MSP, Dirección Nacional de Epidemiología, SNEM, Departamento de Epidemiología, DPSA, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis <b>Elaboración:</b> CISMIL						

## Conclusiones y recomendaciones

### Objetivos 4, 5 y 6

- Se precisa fortalecer y garantizar la sostenibilidad de los espacios intersectoriales, interinstitucionales y ciudadanos que trabajan por la salud y que se generan en las diferentes delimitaciones geopoblacionales de la provincia. También se requiere optimizar la rectoría y construir un verdadero liderazgo en salud que permita tomar y poner en práctica decisiones consensuadas que aporten a mejorar las condiciones y calidad de vida de la población, a satisfacer sus necesidades mínimas de salud y a acumular capacidades básicas que permitan su autocuidado y protección.
- Se requiere implementar políticas locales que garanticen el derecho a la salud, que apunten el ejercicio de la ciudadanía y que fortalezcan la coordinación y articulación funcional entre los actores de la salud. Se necesita institucionalizar de manera participativa y consensuada un verdadero sistema de salud que permita superar la fragmentación e incoordinación entre los distintos proveedores y subsectores que actúan dentro del territorio. Se deben acoger disposiciones constitucionales y legales que demandan implementar modelos de atención integrales e integrados, articulados funcionalmente a través de una red de servicios que funcionen con procesos de gestión desconcentrados y descentralizados. Finalmente, se debe incorporar la visión de la demanda en los servicios y complementar la atención curativa y de rehabilitación con la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.
- A pesar de los importantes esfuerzos realizados por mejorar las condiciones y calidad de vida de la población, la tasa global de mortalidad en la niñez y en el período infantil siguen

siendo altas, a pesar de que, actualmente, se evidencia una clara tendencia descendente. Si bien la mortalidad neonatal, postneonatal precoz y postneonatal tardía muestran una tendencia descendente, es preciso destacar que las defunciones de menores de un año antes de que cumplan el primer mes de vida son todavía muy altas. Se requerirá multiplicar los esfuerzos a fin de cumplir con la meta propuesta y el compromiso con la salud de la población.

- En relación con la mortalidad materna, si bien en el último quinquenio su tendencia muestra un descenso en la provincia de Bolívar, el número de muertes maternas se considera sensiblemente alto, considerando factores como la escasez de fuentes, el subregistro y la presentación de diversos valores en cada una de las diferentes fuentes investigadas. Como en el caso de la mortalidad de la niñez, se requerirán multiplicar los esfuerzos por cuanto la actual tasa de mortalidad materna es todavía mayor que la de la meta.

Adicionalmente, se precisa facilitar el acceso de las madres a los servicios de salud, mejorar la cobertura con la atención institucional y profesional del parto, el control prenatal y, muy especialmente, el control del posparto. La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia aún no logra garantizar el derecho de las mujeres para acceder a sus prestaciones: un importante porcentaje de mujeres todavía paga por la atención y encuentra en el cobro una de las barreras más importantes para acceder a los servicios de salud.

- Es fundamental insistir en la implementación del programa, las estrategias y estándares que forman parte de los cuidados obstétricos básicos y completos. La mayor parte del personal de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública desconoce los fundamentos,

contenidos y elementos operativos de esta estrategia por lo que aún es muy difícil garantizar la calidad integral de la atención materna. Además y de manera conjunta, se requiere que los municipios asuman sus responsabilidades estipuladas en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, y así contribuyan a evitar: 1) la demora de la mujer embarazada en tomar conciencia de que tiene un problema de salud asociado a su embarazo y en tomar la decisión de acudir a un centro de salud; 2) la demora relacionada con el acceso (transporte, costos, hora, etc.); y, 3) la demora en la atención una vez que llega a la unidad de salud (punto vinculado con la calidad de atención y competencias técnicas).

- Como en el país, la meta de contener o por lo menos comenzar a reducir el VIH/SIDA no se cumple en Bolívar. En la provincia se observa un sensible incremento en el número de personas afectadas. A ello se suma la baja percepción del riesgo de infectarse que prevalece en la población. El uso de preservativo o condón es sensiblemente menor en relación con otros métodos anticonceptivos, y no necesariamente se lo utiliza como un medio para prevenir las infecciones de transmisión sexual. El porcentaje de personas que por lo menos han escuchado hablar sobre el VIH/SIDA es significativamente amplio. A la vez, los niveles de desinformación son muy amplios. Ello exige mejorar el conocimiento, uso y aplicación de medidas preventivas e incrementar la alerta frente al riesgo para infectarse.
- En relación con el paludismo y el dengue, se observa un comportamiento totalmente irregular asociado a las deficientes condiciones sanitarias y cobertura con servicios de infraestructura básica. En el caso de la tuberculosis pulmonar, en la última década su tasa global muestra una sensible reducción. Sin

embargo, cuando se segmentan los casos y se considera exclusivamente la tasa de incidencia de morbilidad con baciloscopía positiva, la tendencia en el último quinquenio muestra un sensible incremento. La situación descrita ratifica la reemergencia de esta enfermedad y señala el requerimiento de optimizar las estrategias de control y vigilancia epidemiológica.

- Es preciso llamar la atención respecto de la oferta de recursos y servicios para atender las demandas de salud de la población: esta oferta, además de ser insuficiente, está concentrada fundamentalmente en el espacio urbano y de la capital provincial. En el sector privado, se aprecia un crecimiento importante de las unidades que ofertan servicios con hospitalización y, en el público, un progresivo ocaso de la atención primaria de salud: muchas unidades han iniciado la oferta de servicios de especialidad, transformando sus unidades en maternidades de corta estancia y servicios de especialidades.
- Se requiere organizar e implementar un óptimo sistema de información en salud, que garantice la disponibilidad de información actualizada y de manera oportuna a quienes la requieran. Conjuntamente, se necesita desarrollar un programa de control, monitoreo y evaluación de los problemas prevalentes y sus determinantes. Parecería ser evidente el elevado subregistro que existe para padecimientos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria, de la misma manera para situaciones como la mortalidad, especialmente, infantil y materna.

# OBJETIVO

GARANTIZAR  
LA SOSTENIBILIDAD  
DEL AMBIENTE

7



# resumen

La provincia de Bolívar es un territorio eminentemente agrícola. La cobertura productiva ocupa más del 70% de su superficie total. Esto ha implicado que la remanencia natural de la provincia esté restringida a menos del 25% del total de la superficie.

Los suelos erosionados constituyen más del 5% del territorio. Otros aspectos preocupantes son el deterioro en la calidad del agua de riego y consumo y la contaminación de varias fuentes hídricas.

En el Plan de Desarrollo se documenta la insuficiencia en la cobertura de servicios básicos de saneamiento: el agua entubada, la red de alcantarillado, el sistema de eliminación de excretas y la recolección de basura están muy por debajo del promedio nacional de cobertura por hogar.

Así mismo, los niveles de hacinamiento y falta de seguridad en la vivienda todavía mantienen altos índices en comparación con otras provincias de la sierra.



## Introducción

La evaluación del objetivo 7 es analizada a dos escalas: la primera, que contempla el análisis de la meta 9, se refiere a los procesos de uso del suelo, la protección ecosistémica, la conservación de la biodiversidad y la inversión pública en control y reparación ambiental. La segunda, que contempla el análisis de las metas 10 y 11, se refiere a los procesos ambientales ligados a la salud pública, vivienda, saneamiento ambiental y cobertura de los servicios básicos (como el acceso a agua entubada o los sistemas de reducción de residuos).

Si bien el objetivo 7 (garantizar la sostenibilidad del medioambiente) todavía expresa un universo amplio de evaluación, a través del marco conceptual del CISMIL<sup>43</sup> y de la ubicación nacional y provincial de los indicadores de las tres metas, pretendemos cubrir los aspectos ambientales relevantes para la provincia en función de las particularidades territoriales y de la gestión local.

El análisis de las metas ambientales de los ODM es tomado desde su concepto amplio, incluyendo los preceptos de sostenibilidad, irreversibilidad, incertidumbre, identidad y multirrelación (CISMIL, 2006). Si bien creemos que existen un sin número de criterios de valoración e interpretación sobre el medioambiente, usaremos una aproximación cuantitativa respecto a los factores y aspectos de la evaluación de la sostenibilidad sugeridos en las metas de los ODM. Trabajaremos en la lectura y análisis de algunos indicadores consignados en los Censos de Población y Vivienda de 1990 y 2001 y sobre la

base de datos geográficos tomados de diferentes fuentes cartográficas. La evaluación de los indicadores a nivel global y nacional fue necesaria para enfatizar la problemática particular del Ecuador y la disponibilidad de información para su análisis.

Las metas del objetivo 7 serán evaluadas a partir del concepto de necesidades mínimas y el derecho humano a un ambiente sano. En tal virtud, la condición ambiental y los factores de cambio se consideran, en sí mismos, una evaluación de las necesidades mínimas humanas. La primera de las metas de este objetivo (meta 9), referida a la incorporación de los principios del desarrollo sustentable en las políticas y programas nacionales, nos da un amplio margen de acción respecto a la forma de evaluación y línea de información. Sin embargo, tomaremos principalmente los elementos e indicadores descritos en los ODM internacionales y nacionales y haremos una verificación respecto a la información existente y los instrumentos de la gestión ambiental nacional relevantes dentro de la política pública ambiental. La segunda y tercera meta del objetivo 7 (metas 10 y 11) hacen referencia a la evaluación de los condicionantes ambientales de la salud pública y el saneamiento ambiental. Por ello, la evaluación central versará sobre el acceso a recursos ambientales básicos (como el agua) o sobre las condiciones de vida evaluadas por el tipo de vivienda, su localización, nivel de hacinamiento y acceso a servicios básicos (sistema de eliminación de excretas, recolección de basura y red de alcantarillado).

<sup>43</sup> Invitamos a revisar el documento conceptual realizado por CISMIL (2006) para conocer en profundidad los indicadores utilizados en la evaluación de las metas, así como las potencialidades y limitantes en la información y la metodología de análisis del presente trabajo.

## META 9: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas locales y revertir la pérdida de recursos del medioambiente

La evaluación de esta meta se realiza a través de la descripción de tres elementos de análisis. Primero, la evaluación del estado de los ecosistemas naturales y el uso del suelo. Segundo, la discusión sobre los sistemas de áreas protegidas y bosques protectores, como parte de respuesta pública al deterioro de la biodiversidad, los recursos hídricos y los suelos. Tercero, la evaluación de la gestión pública de los recursos naturales y la calidad ambiental.

Al igual que los demás objetivos y metas del milenio, la meta 9 no describe ni evalúa todos los aspectos, condicionantes y dinámicas del desarrollo sostenible o las políticas públicas ambientales. No se trata de un documento evaluatorio de las políticas y programas nacionales de la biodiversidad o los recursos naturales, sino de algunos aspectos fundamentales y comparativos del estado ambiental territorial y de los principales programas locales de gestión ambiental. A continuación, se ofrece un análisis sobre cada uno de los indicadores incluidos dentro de esta meta.

### La cobertura vegetal y el proceso de erosión del suelo

En 2001, la proporción de cobertura vegetal remanente reportado en Bolívar fue de un 23,1% del total de la superficie provincial. Esto sitúa a Bolívar como una de las provincias de menor remanencia natural en la región sierra del

Ecuador. A nivel nacional continental, el valor de remanencia es del 55,8% (ver cuadro 7.1 y el gráfico 7.1).

En el ámbito cantonal, Las Naves (31,5%), Chillanes (29,3%) y Guaranda (28,3%) están por encima de la media provincial de remanencia. Pero ninguno de estos cantones alcanza, por lo menos, el mismo valor del promedio nacional. En contraste, en Echeandía y San Miguel no se sobrepasa el 20% de remanencia natural y en Caluma y Chimbo, al nivel de nuestro análisis (a escala 1:250.000 en 2001), no se reporta ninguna remanencia natural (ver mapa 7.1). Las formaciones vegetales remanentes en Bolívar corresponden, principalmente, a bosques, páramos y vegetación interandina.

Según la información de PROMSA, para el año 2001, el porcentaje de superficie erosionada o en procesos de erosión en la provincia asciende a 2,1%. De acuerdo con esta fuente, Guaranda aparece como el cantón con mayor proporción de la superficie erosionada (4,3%). Sin embargo, según datos del Plan de Desarrollo de Bolívar, la cifra de erosión alcanza al 5,9%. El promedio a nivel nacional de erosión es del 5,3% de la superficie continental (ver cuadro 7.1). Al nivel de nuestro análisis (a escala 1:250.000 en 2001, como ya señalamos), los cantones Chillanes, Chimbo, Echeandía, San Miguel, Caluma y Las Naves no reportan superficies erosionadas (ver mapa 7.1).

En el Plan de Desarrollo provincial (2004), los principales problemas ambientales diagnóstica-

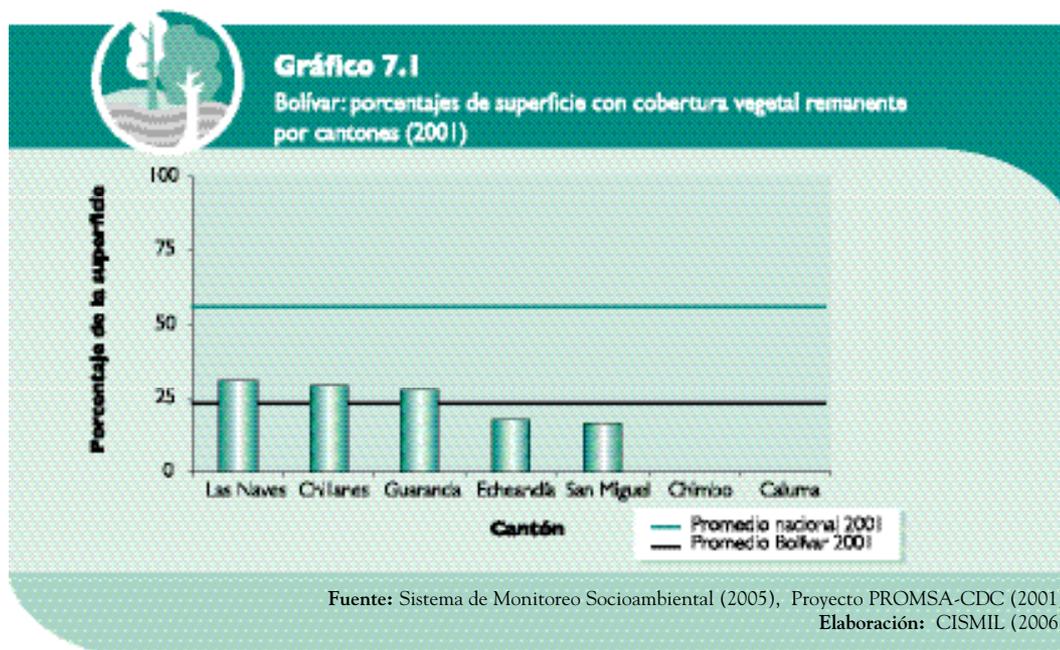
dos corresponden a la contaminación de ríos, que ocurre en el 73% de los mismos (vertederos de aguas negras, aguas servidas sin previa purificación, botaderos de basura de más de 14 toneladas por día y uso de pesticidas en la agricultura);

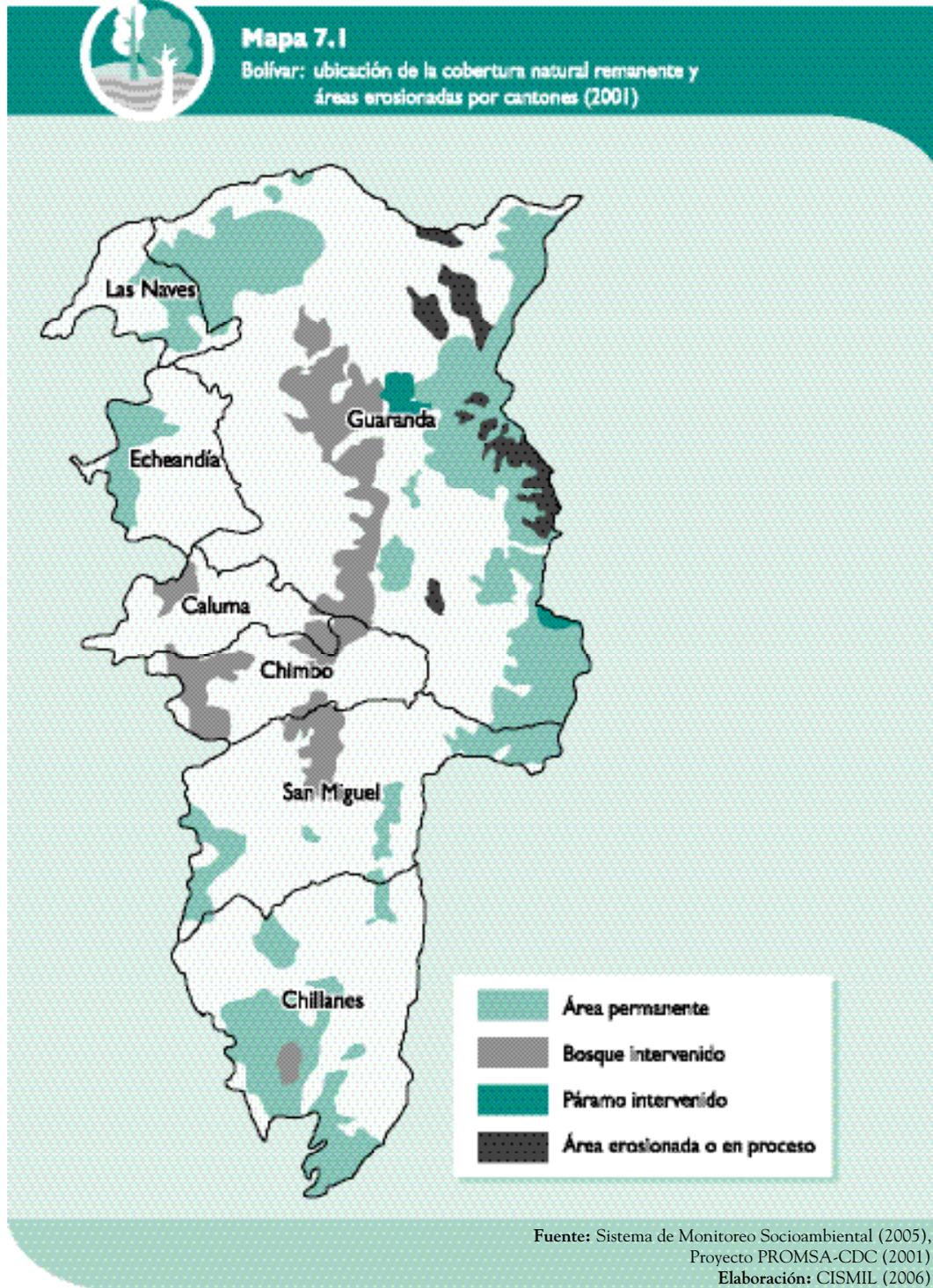
al flujo erosivo y a la sedimentación; a la deforestación asociada a la pérdida del caudal de agua; y, a la erosión (actualmente sólo el 22% de la superficie provincial corresponde a bosques).

**CUADRO 7.1** **Bolívar: superficie de remanencia ecosistémica y suelos erosionados por cantones (2001)**

División política	Superficie total (km <sup>2</sup> )	% de cobertura vegetal remanente	% de suelos erosionados
Nacional	248 196,90	55,80	5,30
<b>BOLÍVAR</b>	<b>3 931,50</b>	<b>23,10</b>	<b>2,10</b>
Guaranda	1 888,50	28,30	4,30
Chillanes	659,00	29,30	0,00
Chimbo	263,00	0,00	0,00
Echeandía	229,40	17,80	0,00
San Miguel	567,20	16,10	0,00
Caluma	175,40	0,00	0,00
Las Naves	148,90	31,50	0,00

Fuente: Sistema de Monitoreo Socioambiental (2005), Proyecto PROMSA-CDC (2001)  
Elaboración: CISMIL (2006)





## Los sistemas productivos y la extracción de recursos naturales no renovables

Como señala el Plan de Desarrollo del Gobierno Provincial de Bolívar (2004), la agroproducción constituye la principal actividad económica de la provincia. La superficie inventariada de cultivos cubre 380 812 hectáreas. Según el reporte de PROMSA de 2001, el 74,9% de la superficie provincial es destinada a algún tipo de uso, superando por más de 30 puntos porcentuales el valor nacional (38,7%) (ver cuadro 7.3). A nivel cantonal, Caluma y Chillanes reportan un 100% de su superficie en uso, seguidos por San Miguel (83,9%), Echeandía (82,2%) y Chillanes (70,7%). Los valores más bajos de superficie en uso se encuentran en Las Naves (68,5%) y Guaranda (67,4%) (ver gráfico 7.2).

Los tipos de uso del suelo reportados para la provincia, como notifica el III Censo Agropecuario, son los cultivos de maíz suave seco (alrededor de 30 000 hectáreas), los de caña de azúcar (alrededor de 6 000 hectáreas) y los cultivos de maíz duro seco, banano y cacao (alrededor de 3 500 hectáreas por tipo de cultivo). Los cultivos de fréjol seco, plátano, papa, arveja seca y arroz ocupan menos de 3 000 hectáreas. Por último, también existen algunos cultivos menores de maíz suave, café, maracuyá y tomate de árbol. Dentro de la distribución del uso del suelo, se destacan las zonas de bosque natural intervenido, que constituyen un importante 7% del total de la superficie de la provincia (ver gráfico 7.3 y el mapa 7.3).

En cuanto a la erosión del suelo, vemos que este proceso se concentra en el cantón Guaranda y que las concesiones mineras se localizan principalmente en Echeandía, Chimbo y Guaranda (ver mapa 7.3). La extracción de recursos minerales en Bolívar se refiere a la explotación de yacimientos de mármol, de carbón, de plata, de oro, de cobre, de mercurio y de hierro. Actualmente, existen 19 concesiones mineras correspondien-

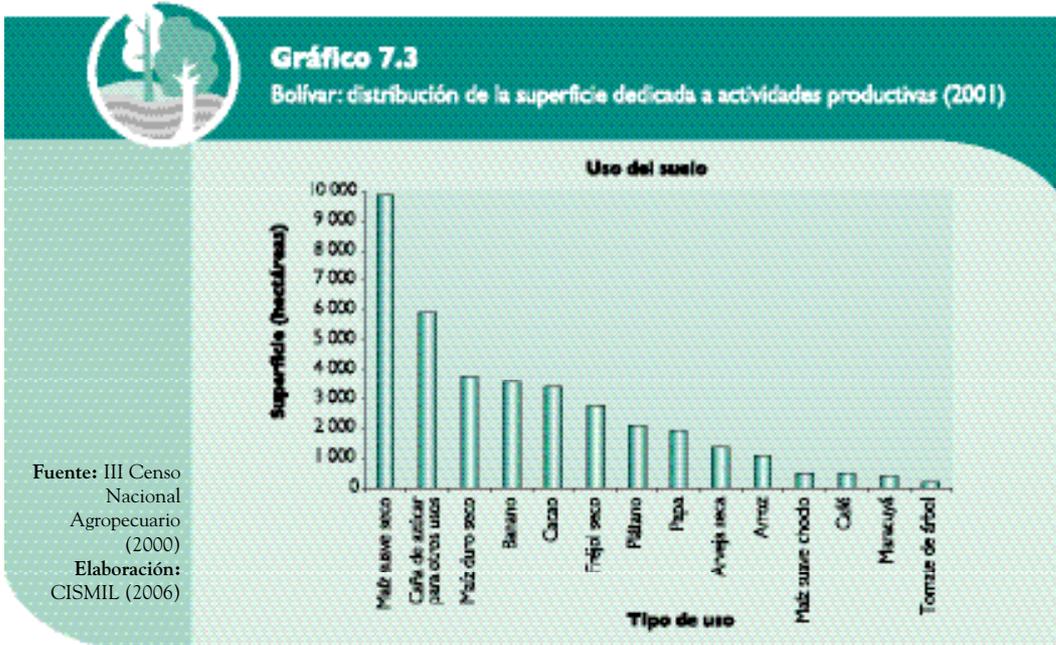
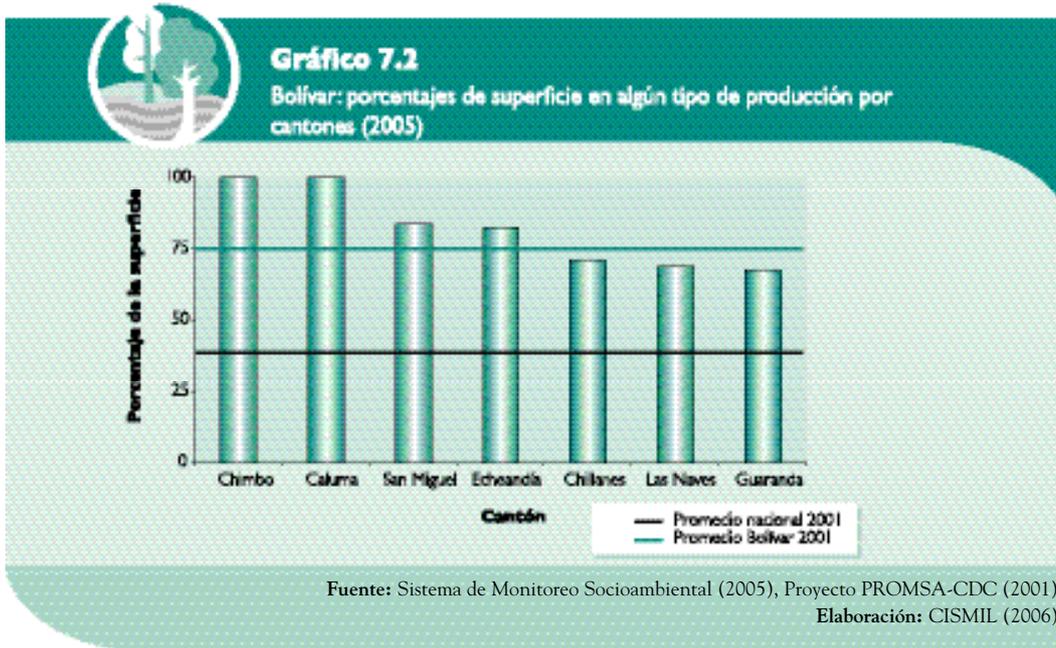
tes a cobre, molibdeno, plomo, zinc y oro (Plan de Desarrollo, 2004).

Observar la evolución del producto interno bruto permite analizar el uso de recursos naturales dentro de la economía de Bolívar. Desde 1993 a 2001, los cultivos tropicales de la provincia han disminuido en alrededor del 25%. Así mismo, en estos ocho años, la explotación de minas y canteras y la fabricación de productos textiles han disminuido su producción (en -7% y -43%, respectivamente). En contraste, la cría de animales, el sector de los recursos naturales de mayor producción en la provincia, ha crecido en un 33% durante este período. Tal crecimiento se halla claramente vinculado a la alta superficie de pastos plantados de la provincia (ver cuadro 7.4).

Con respecto al Índice de Capital Natural (ICN), la medida de conservación más alta de la provincia se encuentra en Guaranda (51,9 puntos sobre 100). A este cantón le siguen Las Naves (68,5 puntos) y Chillanes (46,5 puntos). Sin embargo, estos valores se ubican muy por debajo del promedio nacional (72,8 puntos sobre 100). Los cantones donde se registra el menor valor de ICN corresponden a aquellos donde se da el mayor uso agropecuario: Caluma (29,9 puntos) y Echeandía (36,6 puntos).

<b>Bolívar: superficie de producción e índice de capital natural (ICN) por cantones (2001)</b>		
<b>División política</b>	<b>% de áreas de producción</b>	<b>Índice de capital natural</b>
Nacional	38,70	72,80
BOLÍVAR	74,90	46,50
Guaranda	67,40	51,90
Chillanes	70,70	46,90
Chimbo	100,00	37,90
Echeandía	82,20	36,60
San Miguel	83,90	40,20
Caluma	100,00	29,90
Las Naves	68,50	50,40

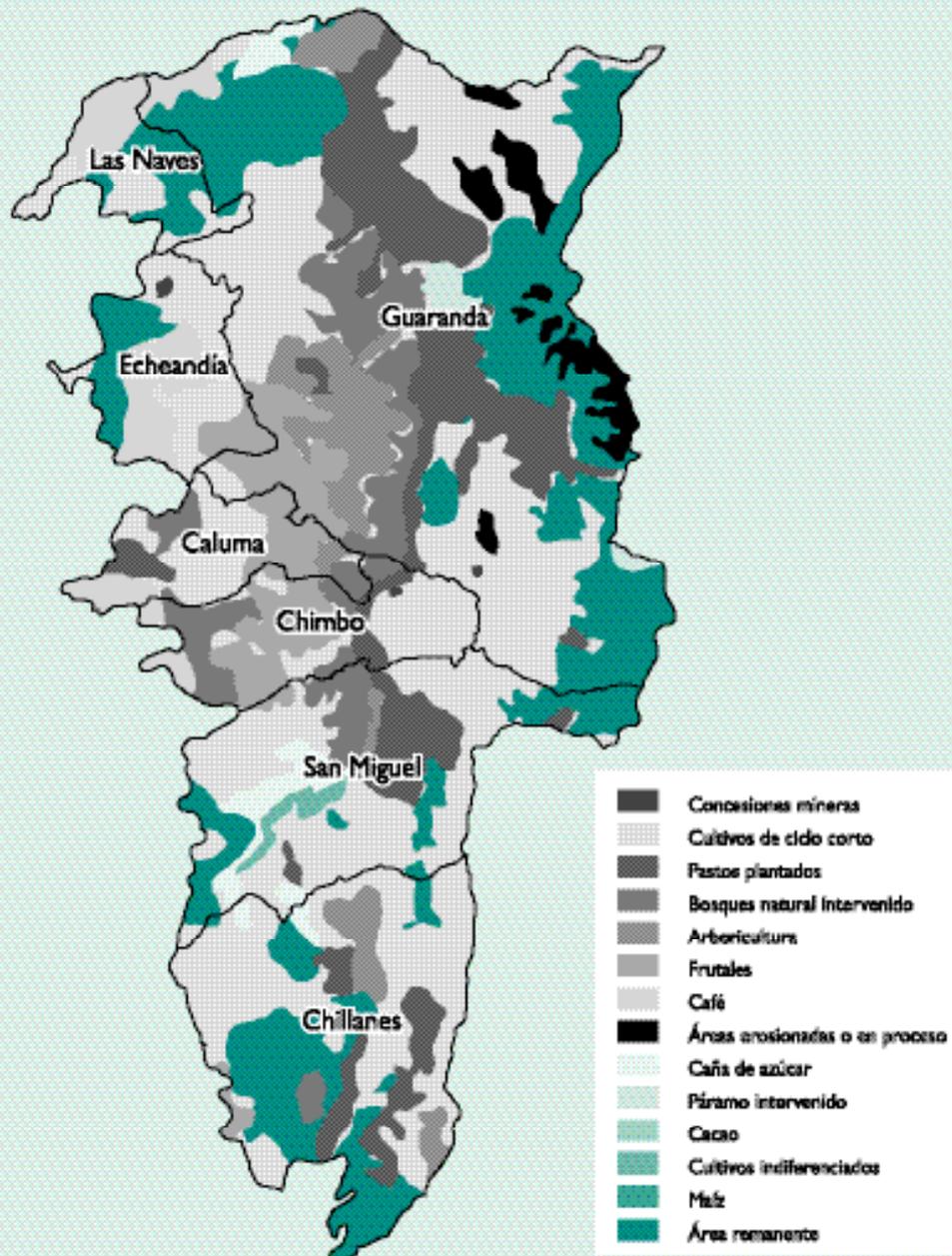
Fuente: Sistema de Monitoreo Socioambiental (2005), Proyecto PROMSA-CDC (2001)  
Elaboración: CISMIL (2006)





**Mapa 7.2**

Bolívar: ubicación y distribución del uso del suelo (2001)\*



\* Se incluyen las áreas mineras concesionadas hacia 2005

Fuente: Sistema de Monitoreo Socioambiental (2005), Proyecto PROMSA-CDC (2001)

Elaboración: CISMIL (2006)

<b>CUADRO 7.3 Bolívar: evolución del producto interno bruto por sectores</b>			
Producto / Sector	1993	2001	% var
Cultivo de banano, café y cacao	4 455	3 360	-25
Cría de animales	24 732	32 891	33
Silvicultura y extracción de madera	3 709	5 497	48
Explotación de minas y canteras	1 120	1 043	-7
Fabricación de productos textiles, prendas de vestir; fabricación de cuero y artículos de cuero	1 148	650	-43

\* Miles de dólares constantes de 2000

Fuente: Anuario de Cuentas del Banco Central del Ecuador (1993-2001)

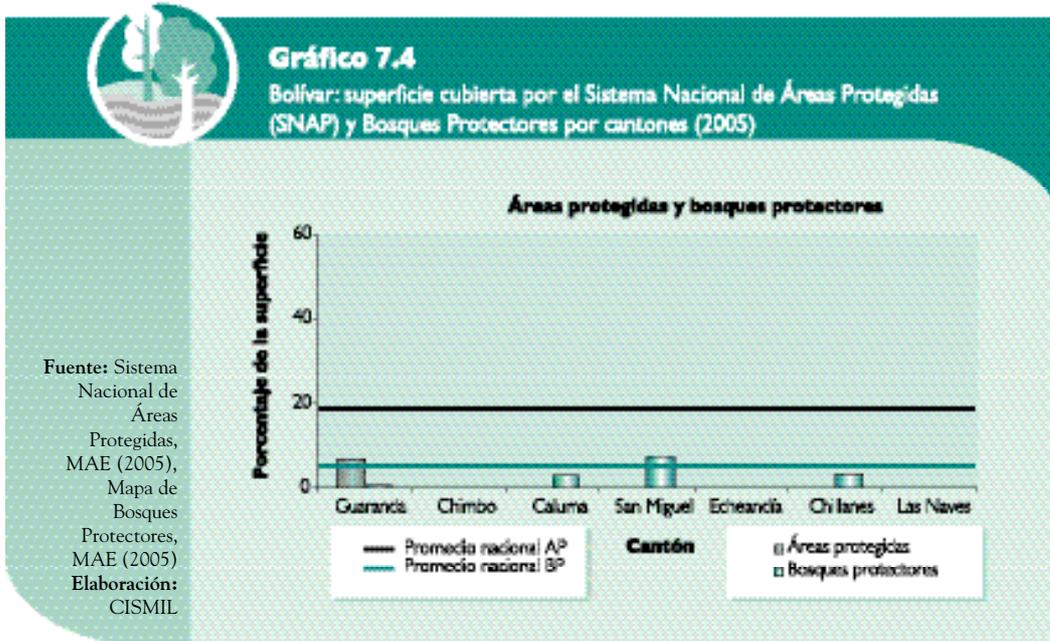
Elaboración: CISMIL

## Áreas protegidas y bosques protectores

Con respecto a la protección territorial, Bolívar tiene un 4% del total de su superficie incluida dentro del Sistema Nacional de Áreas Protegidas y un 3% dentro de bosques protectores (Ministerio del Ambiente, 2003). Sin embargo, a nivel cantonal, solo el 7% del territorio de Guaranda se halla dentro del Sistema Nacional, y únicamente Chillanes, San Miguel y Caluma tienen una pequeña proporción de su territorio

administrada bajo el sistema de bosques protectores (en estos casos, la cobertura no alcanza el 8%). Chimbo, Echeandía y Las Naves, por su parte, no tienen superficie alguna dentro de algún tipo de protección territorial (ver gráfico 7.4).

Comparando a la provincia con el promedio nacional, vemos que Bolívar se sitúa muy por debajo del nivel de protección estatal (19%) y del sistema de bosques protectores (5%). Dicho sea de paso, a nivel internacional, se procura la protección de, al menos, el 10% de cada una de las formaciones vegetales de un territorio.





**Mapa 7.3**

Bolívar: ubicación de la Reserva de Producción Faunística Chimborazo y de los diferentes bosques protectores (2005)



Fuente: Sistema Nacional de Áreas Protegidas, MAE (2005), Mapa de Bosques Protectores, MAE (2005)  
Elaboración: CISMIL

## El Plan de Gestión Ambiental

En 2004, El Gobierno Provincial de Bolívar publicó el Plan Estratégico de Desarrollo de la Provincia de Bolívar (2004 - 2024). En este documento, podemos hallar algunas políticas, estrategias y acciones coincidentes con los puntos tratados en las metas 9, 10 y 11 de la Declaración del Milenio.

Respecto de la meta 9 de los ODM, en el plan se reconoce la necesidad del “cuidado del medioambiente para su sostenimiento”.<sup>45</sup> Al nivel del diagnóstico, se señala que los principales problemas a enfrentar en este campo son la pérdida acelerada de la biodiversidad, la poca conciencia ambiental respecto a los problemas ambientales, la reducción de los caudales y la contaminación de los sistemas hídricos y la pérdida acelerada de los bosques.

La dimensión estratégica de la visión territorial ambiental de Bolívar propone un trabajo en dos aspectos: 1) Reconocimiento de la riqueza natural, de la biodiversidad y de la posición territorial estratégica de la provincia por parte de las provincias vecinas. 2) Respeto a la biodiversidad y a la relación intercultural.

Respecto del reconocimiento a la riqueza natural, se propone como línea estratégica “establecer y negociar acuerdos con los usuarios de los recursos naturales en las provincias vecinas para que retribuyan recursos a favor del manejo sostenible de los recursos naturales y la biodiversidad de la provincia”.

En cuanto al respecto a la biodiversidad, se proponen tres líneas estratégicas: 1) “Preservar las

áreas naturales y las zonas de alta biodiversidad”. 2) “Recuperar las costumbres milenarias del manejo de la verticalidad ambiental en la práctica de las labores agropecuarias”. 3) “Considerar la variable ambiental en todas las actividades que se ejecuten sobre el territorio”.

En la propuesta operativa sectorial del Plan de Desarrollo, constan algunos proyectos de manejo ambiental. Estos se resumen en seis puntos: 1) Generación de conciencia ambiental a favor de la conservación del ambiente de la provincia. 2) Fortalecimiento socio-organizativo. 3) Investigación para la protección de la biodiversidad. 4) Planificación y ordenamiento del territorio. 5) Recuperación y manejo de ecosistemas deteriorados y frágiles. 6) Establecimiento de incentivos y condiciones para la protección ambiental y la producción orgánica.

En la propuesta operativa sectorial, también se hace referencia al manejo de las cuencas hidrográficas. Al respecto, se han descrito cinco programas: 1) Concienciación para la conservación y manejo adecuado de las subcuencas y microcuencas hidrográficas. 2) Organización y coordinación interinstitucional para la gestión de las microcuencas de la provincia. 3) Investigación para el desarrollo de las cuencas. 4) Planificación y ordenamiento del territorio de las microcuencas. 5) Limpieza y descontaminación de los sistemas hídricos en subcuencas y microcuencas.

Con respecto a las metas 10 y 11 de los ODM (referidas a los servicios básicos de saneamiento y a la calidad de la vivienda), el Plan de Desarrollo de Bolívar reconoce la importancia del “mejora-

<sup>45</sup> El objetivo estratégico del plan plantea: “Contribuir a que se consolide la unidad territorial provincial a través del mejoramiento del sistema vial intraprovincial y regional bajo criterios estratégicos de priorización, para que, de esta manera, las acciones de desarrollo se canalicen de forma equitativa y con respeto y reciprocidad a la biodiversidad y al medioambiente”.

miento de los servicios básicos y la salud de nuestra población".<sup>46</sup> Desde esta perspectiva, se señalan algunos problemas de cobertura y equidad en el acceso a servicios de agua, de alcantarillado, de recolección de basura, del sistema de eliminación de excretas, entre otros.

Dentro de la dimensión estratégica social del plan, existe un componente centrado en los servicios básicos y el saneamiento (propuesta operativa sectorial). Allí se delinearán cinco programas operativos: 1) Agua para el consumo humano: construcción, mejoramiento y seguridad del uso del agua y sus fuentes. 2) Saneamiento ambiental: construcción de letrinas, alcantarillado, letrini-

zación e infraestructura del manejo de alimentos. 3) Manejo de desechos: sensibilización ciudadana, construcción de infraestructura y dotación de maquinaria de manejo de desechos. 4) Vivienda: mejoramiento rural y urbano y creación de empresas de agua potable y alcantarillado. 5) Fortalecimiento institucional y organizacional: creación de veedurías sociales para garantizar la eficiencia de los servicios básicos.

Por último, dentro del componente ambiente, áreas naturales y biodiversidad, también existe una propuesta de fomento a la construcción de infraestructura para el manejo de desechos sólidos, líquidos y efluentes.

## **META 10: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carece de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento**

La aproximación a la meta 10 recomendada por las Naciones Unidas responde al criterio de presencia de mejores servicios relacionados a la calidad ambiental y a la salud de la población. El acceso directo a un servicio de agua entubada influye directamente sobre la salud pública y el control de riesgos en enfermedades. Los servicios de saneamiento ambiental como medida de salud pública han sido generalizados en la verificación del acceso a un sistema de eliminación de excretas, el servicio de recolección de basura y acceso a una red de alcantarillado. Al igual que el servicio de agua entubada, estas medidas nos

permiten relacionar la calidad de la vivienda y el sistema de salud más próximo al hogar. A continuación, se analizan cada uno de los indicadores de esta meta.

### **Acceso a agua entubada**

En el Ecuador no se han encontrado fuentes estadísticas, comparativamente utilizables, para evaluar el acceso al agua potable. Como alternativa, si bien el acceso a agua entubada no se refiere directamente al acceso al agua potable, enten-

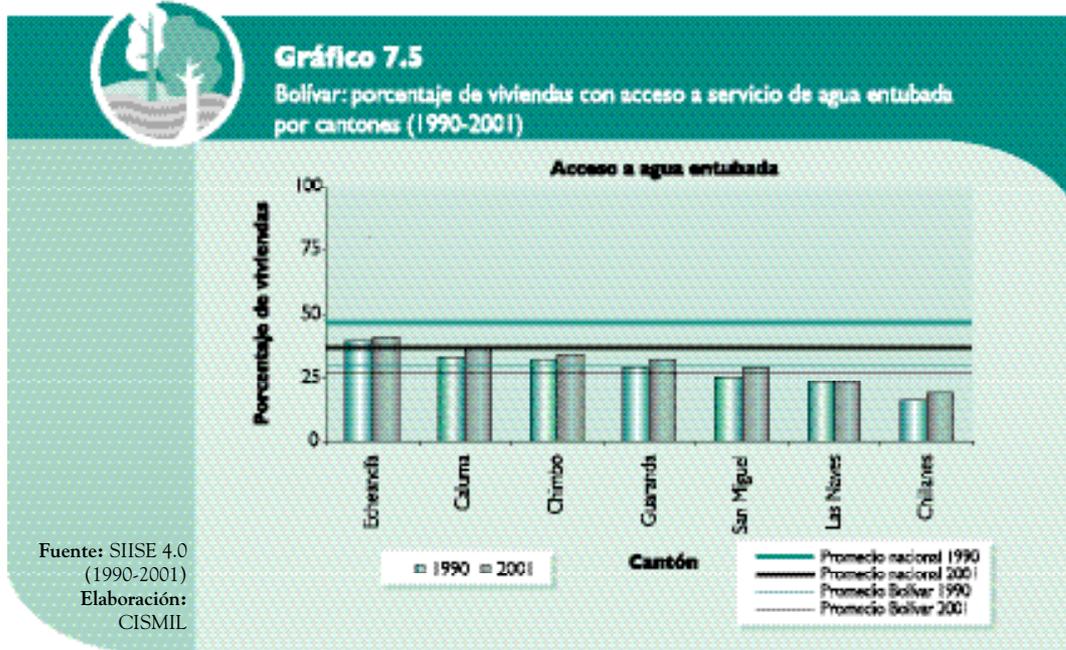
<sup>46</sup> El objetivo estratégico del plan plantea: "Contribuir a generar en la población bolivariense una conciencia positiva y proactiva para apoyar el desarrollo, fortaleciendo su identidad sociocultural, a través de verdaderos procesos de desarrollo humano, basados en el mejoramiento de la educación no formal y formativa y la identificación y desarrollo de líderes y procesos de liderazgo con una amplia participación ciudadana en todos los ámbitos."

demos a esta variable como una aproximación a la evaluación de la meta 10, pues evalúa la infraestructura necesaria para que el acceso al agua potable sea posible.

Bolívar es una de las provincias de la sierra con mayor déficit en el acceso a agua entubada. El porcentaje de cobertura por vivienda en la provincia se ubica por debajo del promedio nacional. Entre 1990 y 2001 se ha registrado muy poco crecimiento de la cobertura y una persistencia de la carencia de agua entubada. En 2001, sólo el 30% de las viviendas de Bolívar tenían servicio de agua entubada, mientras que el promedio

nacional es de 42%. A nivel cantonal, se mantiene la tendencia del promedio provincial, con las excepciones de Echeandía que se ubica por encima del promedio provincial (40%) y de Chillanes ubicado muy por debajo del promedio (19%) (ver gráfico 7.5).

Desde 1990, el crecimiento de la cobertura no llega a los 3 puntos porcentuales y es menor que el ritmo de crecimiento de los hogares. Sobre este punto, llama la atención que en el cantón Las Naves no se registra crecimiento alguno.

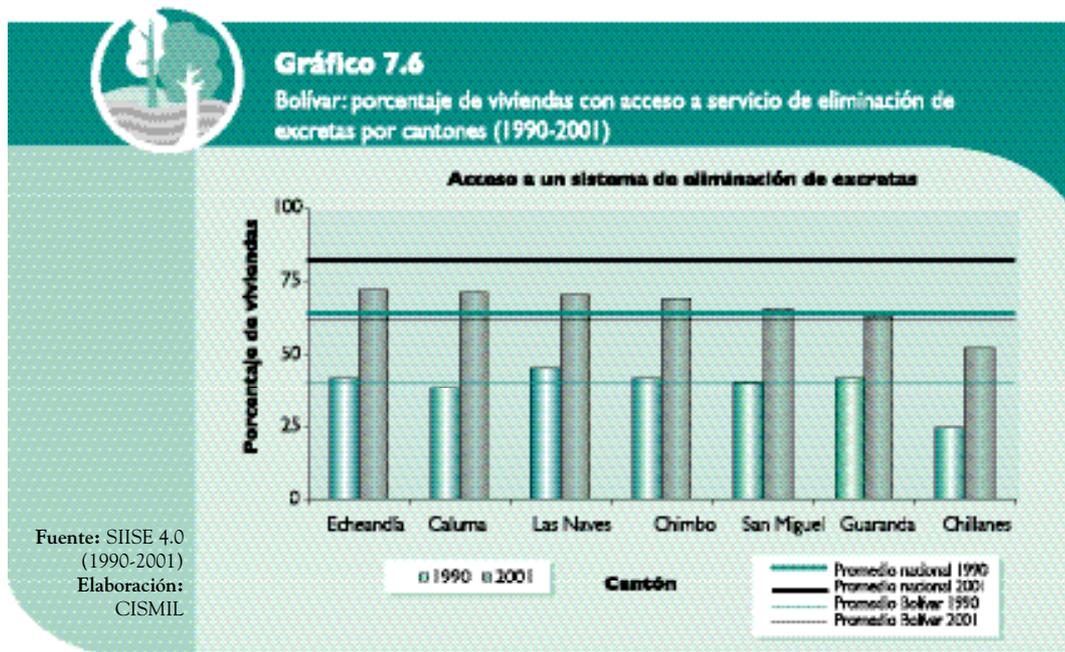


## Acceso a un sistema de eliminación de excretas

Para 2001, el promedio provincial de cobertura de los sistemas de eliminación de excretas era de un 62%. Esto ubica a Bolívar a 20 puntos porcentuales del promedio nacional. Con excepción de Chillanes (50% de cobertura), la cobertura a

nivel cantonal se ubica por encima del 60%. El cantón Echeandía, por su parte, exhibe el valor más alto (70%) (ver gráfico 7.6).

A pesar de que se ha registrado un importante crecimiento desde 1990 hasta 2001 (que alcanza los 22 puntos porcentuales), si se considera la proporción de viviendas y el promedio nacional, Bolívar sigue siendo una provincia deficitaria con respecto al acceso a sistemas de eliminación de excretas.



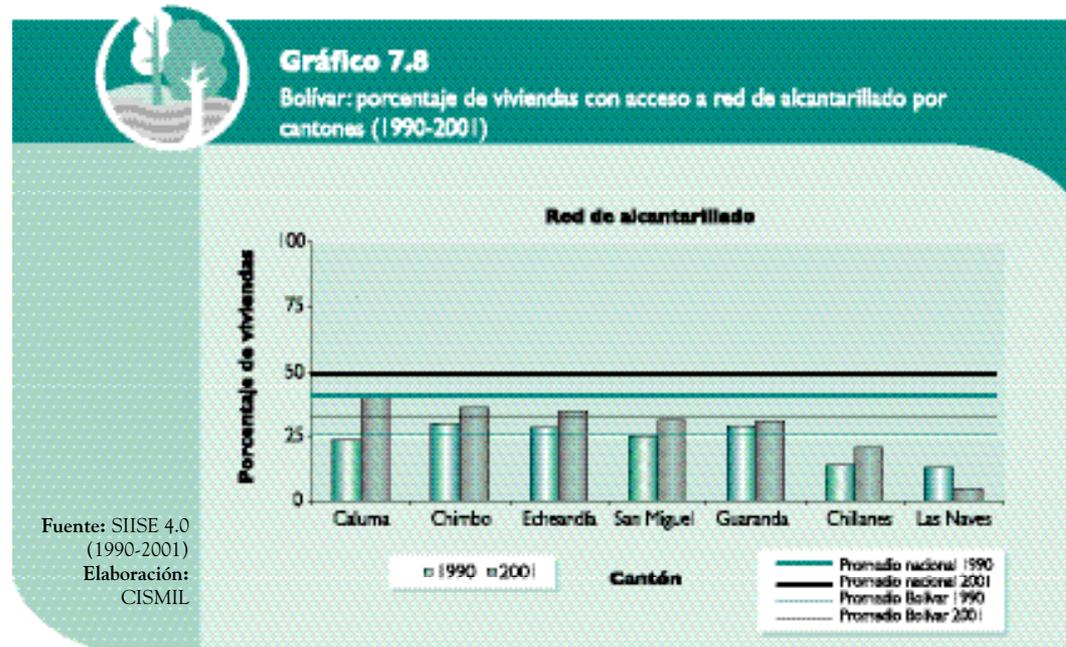
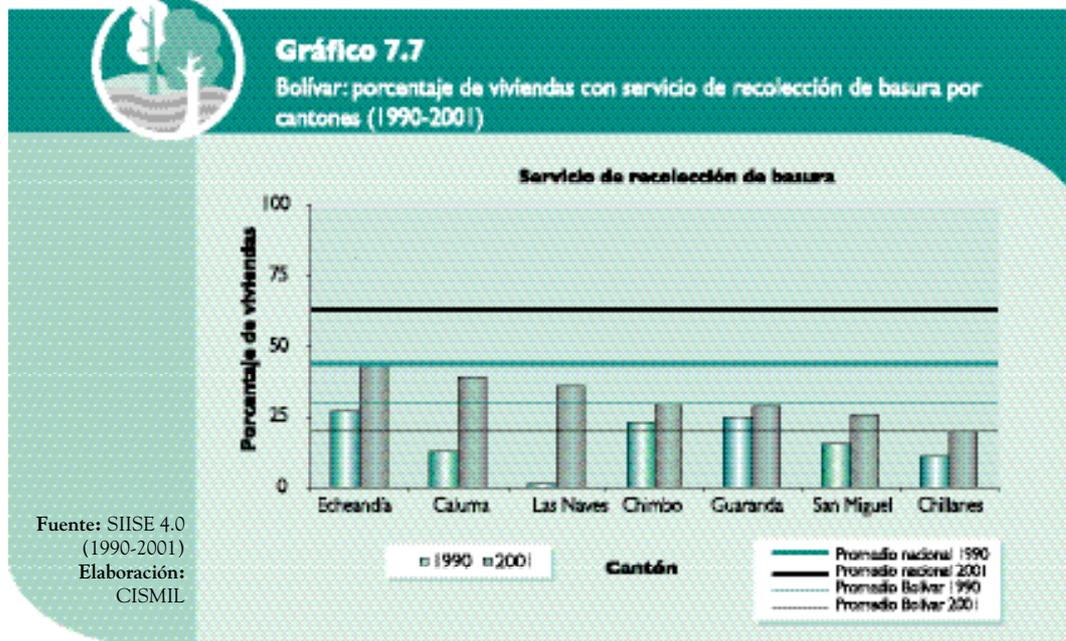
## Servicio de recolección de basura

El déficit provincial en la cobertura de servicios básicos también se refleja en el escaso porcentaje de hogares con servicio de recolección de basura. El promedio de Bolívar es del 30%, lo que ubica a la provincia a más de 30 puntos porcentuales del promedio nacional. Echeandía es el único cantón que llega a superar el 40% de cobertura por vivienda (ver gráfico 7.7). En el resto de cantones, la proporción de viviendas se ubica por debajo del 40%. Incluso hay casos críticos, como de San Miguel (14%) y Chillanes (20%), donde el servicio de recolección de basura no cubre ni la cuarta parte de las viviendas. Por último, cabe señalar que el crecimiento más importante de este servicio ha ocurrido en Las Naves: allí la cobertura pasó de un 3% en 1990 a un 37% en 2001.

## Red de alcantarillado

Al igual que el resto de indicadores de servicios básicos, para 2001, el porcentaje de viviendas con una red de alcantarillado en Bolívar se encuentra por debajo del promedio nacional (30% y 48%, respectivamente). Caluma es el único cantón que registra un valor del 40% de cobertura. El resto de cantones no sobrepasa el 38%. Chillanes (21%) y Las Naves (4%) son los casos más críticos de la provincia (ver gráfico 7.8).

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda (1990 y 2001), el caso del cantón Las Naves tiene una especial importancia pues allí se registra un decrecimiento del porcentaje de cobertura desde 1990 hasta 2001. Sólo Caluma evidencia un importante crecimiento de la cobertura: se ha incrementado en más de 10 puntos porcentuales con respecto a su valor en 1990.



## **META 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios (Para el caso ecuatoriano, 40% de habitantes de tugurios)**

### **Estatus residencial seguro**

En lo que sigue, adoptamos el criterio de residencia y condiciones de vivienda segura para todo hogar con estatus de casa, villa y departamento de acuerdo con los censos de población y vivienda de 1990 y 2001 en el Ecuador. Sin embargo, este indicador no detalla ni especifica los niveles de seguridad de la vivienda referidos a su construcción y ubicación. Frente a esta ausencia, hacemos una inferencia al considerar a casa, villa o departamento como viviendas de mayor seguridad y protección. Como complemento al análisis residencial, hemos incluido la variable vivienda propia pues nos proporciona información sobre la estabilidad residencial familiar y nos permite realizar comparaciones entre las proporciones de viviendas que cuentan con seguridad y protección y las que no tienen este estatus.

A diferencia de la situación de los servicios básicos y de las condiciones ambientales en otras provincias de la región sierra, Bolívar está por encima de la media nacional con respecto al número de viviendas consideradas como de

estatus seguro (casa, villa o departamento). El porcentaje de viviendas seguras es superior al 80% a nivel provincial y la mayor parte de sus cantones bordea el 90% (ver gráfico 7.9).

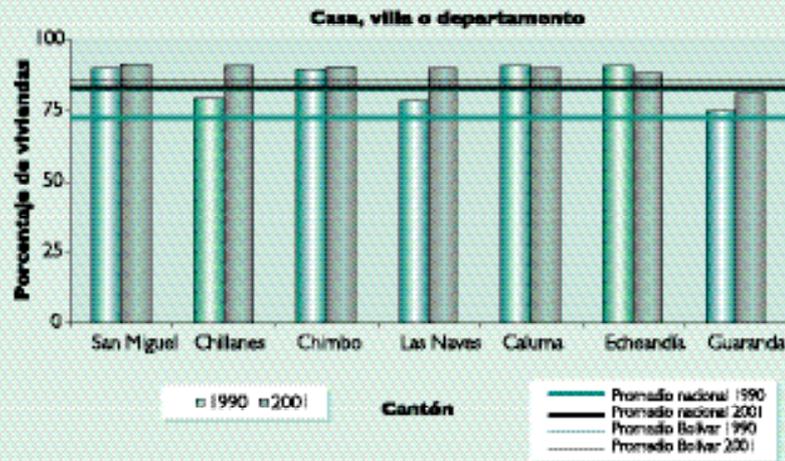
Sin embargo, los casos de los cantones de Echeandía y Caluma se apartan de los demás. Allí, aunque en un porcentaje muy pequeño, el porcentaje de viviendas consideradas como seguras ha decrecido. Esto podría explicarse por un error de muestreo del Censo de Población y Vivienda o por un aumento en el porcentaje de viviendas y de la urbanidad en general, acompañado de un deterioro en la calidad de la vivienda construida.

Respecto del estatus de vivienda propia, el reporte del censo entre 1990 y 2001 nos muestra un decrecimiento tanto a nivel provincial (de 80% a 77%) como en el ámbito cantonal. Sin embargo, los valores reportados en Bolívar están por encima del promedio nacional en más de 9 puntos porcentuales (gráfico 7.10). El cantón Guaranda, Chimbo y San Miguel están por encima del 75% de viviendas catalogadas como propias, mientras que Las Naves tiene el valor más bajo, con un 68%.



**Gráfico 7.9**

Bolívar: porcentaje de viviendas seguras (casa, villa o departamento) por cantones (1990-2001)

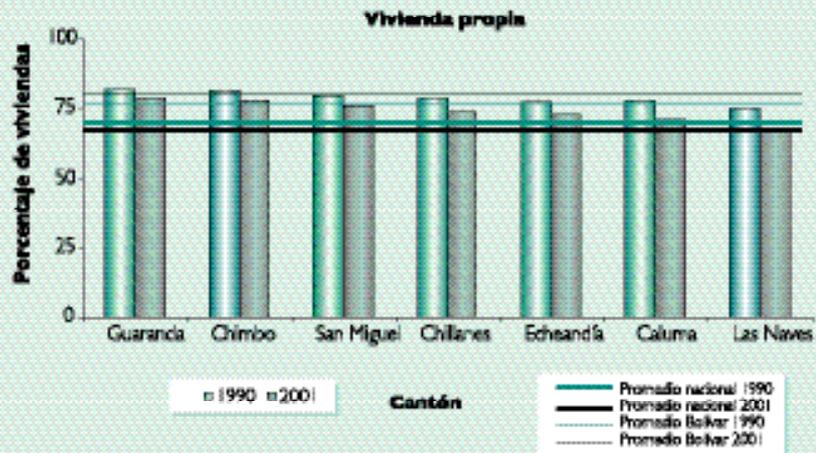


Fuente: SIISE 4.0 (1990-2001)  
Elaboración: CISMIL



**Gráfico 7.10**

Bolívar: porcentaje de viviendas propias por cantones (1990-2001)

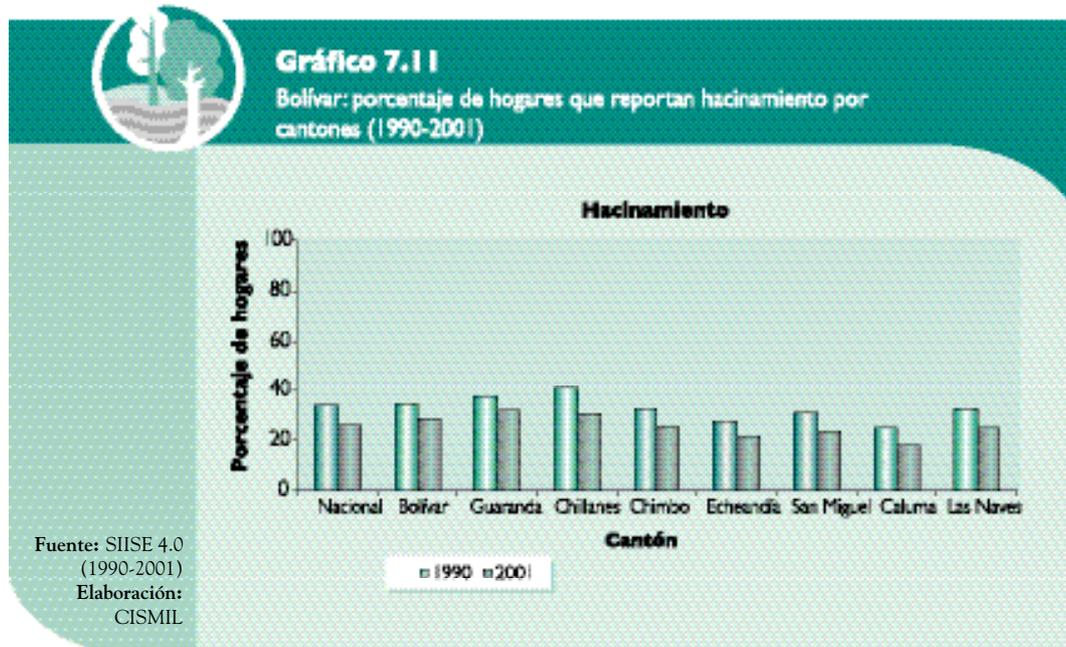


Fuente: SIISE 4.0 (1990-2001)  
Elaboración: CISMIL

## Proporción del hacinamiento

El monitoreo de las condiciones del hacinamiento por hogar refleja un aspecto importante de la calidad de vida. La STFP define como hacinado a todo hogar en el que “cada uno de los dormitorios con los que cuenta sirve, en promedio, a un número de miembros mayor que tres. Se define como dormitorio a los cuartos o espacios dedicados sólo a dormir; no se incluyen otros espacios disponibles para habitar que pueden dedicarse ocasional o parcialmente a dormir, así como las cocinas, baños, pasillos, garajes y espacios destinados a fines profesionales o negocios”.

Los niveles de hacinamiento en Bolívar corresponden al promedio nacional (34% de hogares). A nivel cantonal, Chillanes registra un hacinamiento crítico, por encima del 40%, en 1990 y, al igual que Guaranda, un 30% en 2001. Por su parte, Echeandía, Chimbo y Caluma registran los menores porcentajes: allí menos del 15% de hogares tienen estatus de hacinamiento (gráfico 7.11).



## Conclusiones y recomendaciones

### Meta 9

El Gobierno Provincial reconoce explícitamente la pérdida acelerada de la cobertura vegetal en la provincia de Bolívar. Actualmente, se registra una remanencia natural del 23,1% del total de su territorio. Dentro de este porcentaje, el Sistema Nacional de Áreas Protegidas y los Bosques Protectores apenas llegan a proteger el 6% de la superficie de la provincia. Esta protección, sin embargo, no necesariamente se realiza en lugares estratégicos ni cubre toda la gama de formaciones vegetales de Bolívar. En el propio Plan de Desarrollo se ha reconocido la persistencia de una serie de prácticas agrícolas incompatibles con los procesos de sostenibilidad (contaminación de suelos por uso de agroquímicos, botaderos de basura y aguas servidas), con la gestión de los suelos agrícolas y con el uso del agua para consumo y riego.

Frente al alto nivel de dependencia en la agricultura, se hace indispensable desarrollar una política activa de protección de cuencas, de fuentes de agua y conservar y mejorar los suelos. También es necesario delimitar las fronteras agrícolas y las de las fuentes naturales de bosques y páramos. Tanto los altos niveles de erosión de la provincia como la superficie en riesgo de erosión son variables a considerar en el momento de elaborar políticas de protección del territorio y de gestión del uso y extracción de recursos naturales.

Si bien el Gobierno Provincial reconoce la importancia de la gestión de los recursos naturales en su Plan de Desarrollo, todavía no existe una evaluación de los procesos técnicos ni de las acciones de gestión emprendidas o por emprender. Habrá que trabajar especialmente en el ordenamiento territorial y la delimitación de los procesos productivos estrechamente relacionados, principalmente, con el uso del agua, del suelo y de la biodiversidad. Por otro lado, la relación entre las políticas de Estado referidas al manejo

de los recursos naturales (como la protección territorial en el Sistema Nacional de Áreas Protegidas) y las políticas y planes emprendidos por el Plan de Desarrollo no es clara. Incluso no existe un pronunciamiento específico sobre la gestión natural en un escenario de descentralización de las competencias ambientales. Por último, la minería todavía no ha sido identificada como un problema ambiental de grandes proporciones.

### Metas 10 y 11

La provincia de Bolívar es una de las zonas de la región sierra con mayor déficit de cobertura y acceso a sistemas de saneamiento y a servicios básicos. La mejoría en la recolección de basura, la red de alcantarillado, los sistemas de eliminación de excretas y el acceso a agua entubada siguen siendo temas pendientes en la provincia. En general, el nivel de cobertura de los servicios básicos está muy por debajo de los promedios nacionales y muy lejos de cumplir con las expectativas de la Declaración del Milenio para el año 2015.

Así mismo, los niveles de hacinamiento siguen siendo altos comparados con la proporción a nivel nacional y las condiciones con otras provincias de la sierra y del país. En algunos casos, como el del cantón Chillanes, se registra un 30% de hogares en condiciones de hacinamiento. Sin embargo, los niveles de vivienda segura son altos y han mantenido una perspectiva de crecimiento desde 1990 hasta 2001.

Al igual que en el caso de la meta 9, el Gobierno Provincial ha reconocido los problemas de saneamiento y hacinamiento en su Plan de Desarrollo. Sin embargo, aún no se cuenta con una evaluación de las estrategias, planes de trabajo y financiamiento de las acciones sugeridas por este documento guía.

## Resumen del nivel de avance

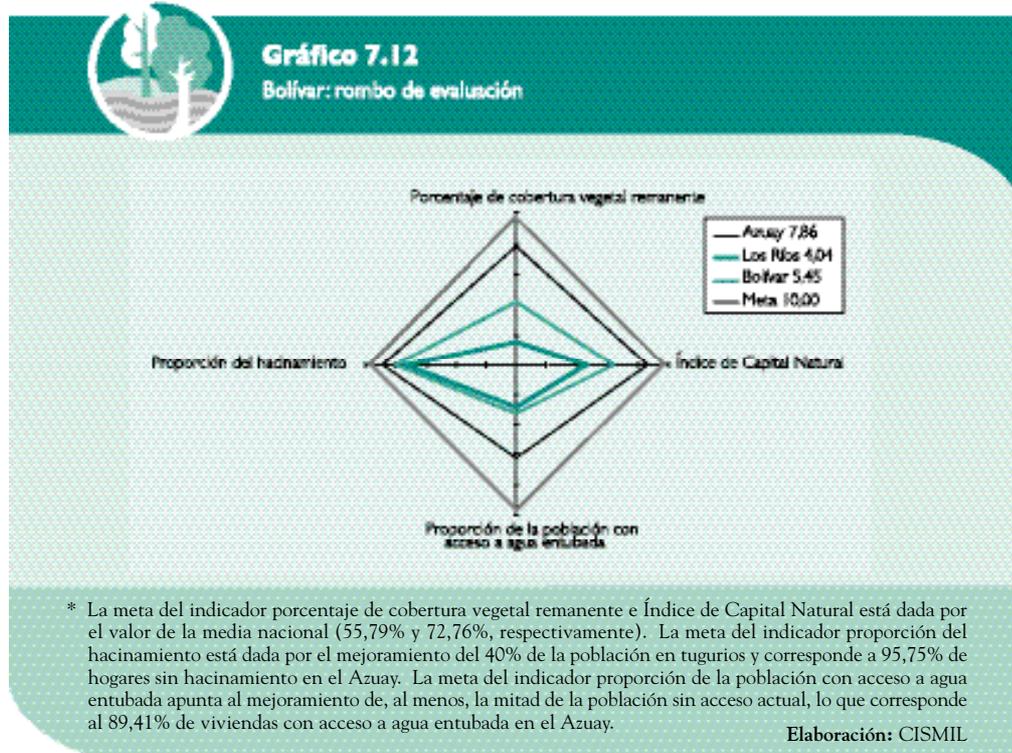
Asumiendo una calificación de 10 puntos para la consecución de las metas 9, 10 y 11, podemos hacer una evaluación general de la provincia en términos de la brecha numérica registrada en 2001. Tomando cuatro indicadores básicos que resumen de alguna manera estas tres metas, compararemos la calificación de Bolívar con la provincia más alta y más baja en sus calificaciones.

En el promedio general, Bolívar tiene una calificación de 5,45/10. Este es un valor intermedio si lo comparamos con el valor de Azuay (7,86) y el de Los Ríos (4,04) (provincias que fueron parte del estudio de la primera parte de la evaluación de los ODM a nivel provincial).

El porcentaje de cobertura natural es considerablemente bajo y obtiene una calificación de 4 puntos sobre 10. Si bien entendemos que la recuperación de áreas naturales representa una

inversión y una gestión muy difícil de lograr, al menos se propone la protección de los remanentes actuales. El Índice de Capital Natural tiene una calificación de 6 sobre 10. Este puntaje señala un problema referido a la protección de remanentes de vegetación natural, pero también entraña la necesidad de un cambio en las prácticas de manejo del suelo (sobre todo, en la prevención de la erosión y la contaminación).

La proporción de la población con acceso a agua entubada se encuentra en una calificación parecida a la de Los Ríos (3 puntos sobre 10) y significa un claro déficit respecto del saneamiento ambiental y la infraestructura de servicios básicos. Por último, tampoco se ha cumplido la meta referida a la proporción del hacinamiento. Sin embargo, este indicador es el que tiene la mejor perspectiva de cumplimiento: se encuentra a dos puntos de la calificación sobre 10.



**CUADRO 7.5**
**Bolívar: resumen de los indicadores del objetivo 7  
Objetivo 7: garantizar la sostenibilidad del ambiente**
**Meta 9: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir en la pérdida de recursos del medioambiente**

	1990	2001	2003	Meta 2015
Porcentaje de cobertura vegetal remanente	n.d.	23,1%	n.d.	Incumplida
Porcentaje de suelos erosionados	n.d.	5,9%	n.d.	Por cumplir
Índice de Capital Natural	n.d.	46,5%	n.d.	Por cumplir
Porcentaje de áreas de producción	n.d.	74,9%	n.d.	Por cumplir
Porcentaje de cobertura de áreas protegidas	3,4%	3,4%	3,4%	Incumplida
Porcentaje de bosques protectores		2,1%	2,1%	Incumplida

**Meta 10: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carece de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento**

Proporción de la población con acceso a agua entubada	28,1	31,1	n.d.	Por cumplir
Acceso a un sistema de eliminación de excretas	39,4	64,1	n.d.	Por cumplir
Servicio de recolección de basura	20,1	29,4	n.d.	Por cumplir
Red de alcantarillado	25,9	30,7	n.d.	Por cumplir

**Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios**

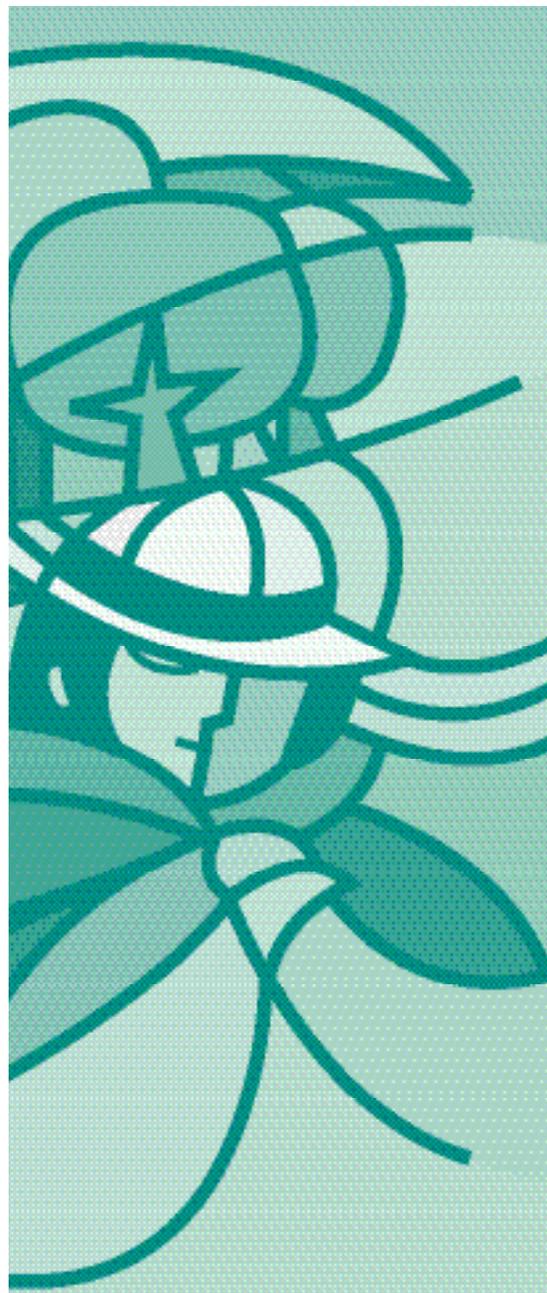
Proporción de viviendas propias	80,3	76,6	n.d.	Incumplida
Proporción de casa, villa o departamento	81,7	85,8	n.d.	Cumplida
Proporción del hacinamiento	34,8	28,3	n.d.	Por cumplir

**Fuente:**

Sistema de Monitoreo Socioambiental (2005) y Proyecto PROMSA-CDC (2001)  
 Catastro Minero del Ministerio de Energía y Minas (2005)  
 Sistema Nacional de Áreas Protegidas y Bosques Protectores, Ministerio de Ambiente del Ecuador (2005)  
 Censo de Población y Vivienda, 1990-2001; EMENDU, 2003-2004  
 STFS, Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE 4.0)  
 Diagnóstico Provincial y Plan de Desarrollo Provincial de Bolívar (2004)  
 III Censo Agropecuario  
**Elaboración:** CISMIL

# OBJETIVO

ERRADICAR  
LAS POBREZAS  
Y LOS PROBLEMAS  
NUTRICIONALES



# resumen

Bolívar es una de las provincias con más baja calificación con respecto al objetivo 1 (obtiene un 3,5 sobre 10). Dicha calificación se asocia principalmente a los altos niveles y a la concentración de la pobreza de ingreso. Así mismo, en términos nutricionales, Bolívar mantiene niveles muy altos tanto de desnutrición crónica como global.

De acuerdo con la pobreza de NBI, la provincia no ha avanzado mucho en términos relativos. Todavía necesita recorrer tres cuartas partes para cumplir la meta vinculada a este indicador. En términos absolutos y si tomamos como referente a la pobreza (y no solo la indigencia), observamos que existe un retroceso en la provincia. En otras palabras, la velocidad de reducción de la pobreza es menor que la tasa de crecimiento de la población pobre. El resultado final de esta diferencia se traduce en un aumento en el número de personas con necesidades básicas insatisfechas. En términos de políticas generales, para cumplir la meta a 2015, se deben combinar estrategias de crecimiento y de distribución. Si continúa la tendencia histórica del crecimiento en la provincia, será imposible cumplir la meta señalada.



# ESCUCHAR

## *la voz de la gente*

“Yo trabajo limpiando, estoy bien así, si hubiera estudiado pudiera trabajar de otra cosa, me hubiera gustado ser profesora. Sí estoy satisfecha, ahora me está yendo mejor que antes porque más antes vivía con el papá de mi hija y se portaba mal, me pegaba y era celoso”.

*Mujer mestiza, Guaranda, 21 años*

“Una persona pobre ha de sentir la necesidad, el pobre ya se conforma con lo que tiene, anda sea como sea, parece que no andan con ropitas buenas, comerán o no comerán. Los que tienen sembrado por aquí por allá, más preocupados se les ve, tienen que hacer esto, tienen que hacer este otro, mientras los que no tienen ya no deben estar preocupados y con eso se está conforme”.

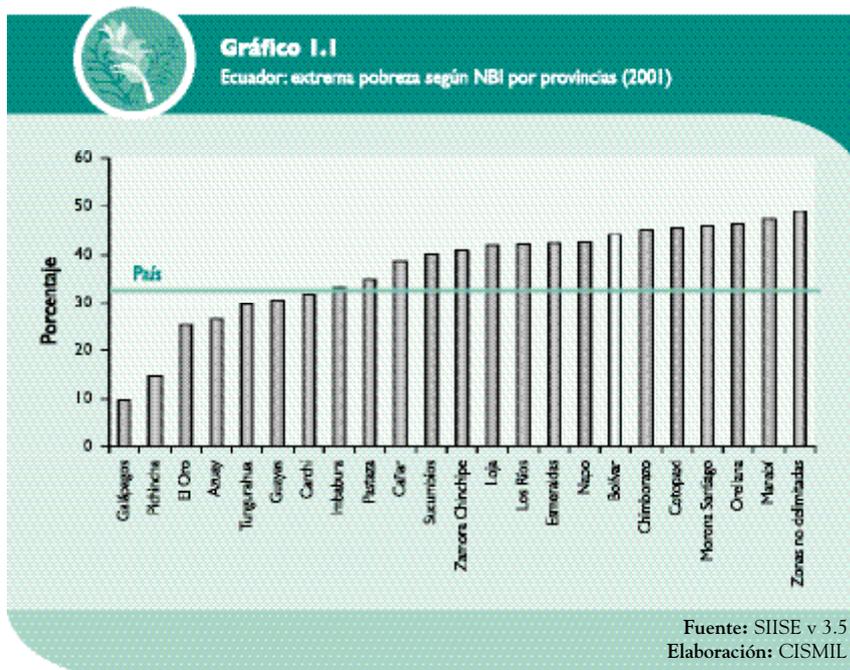
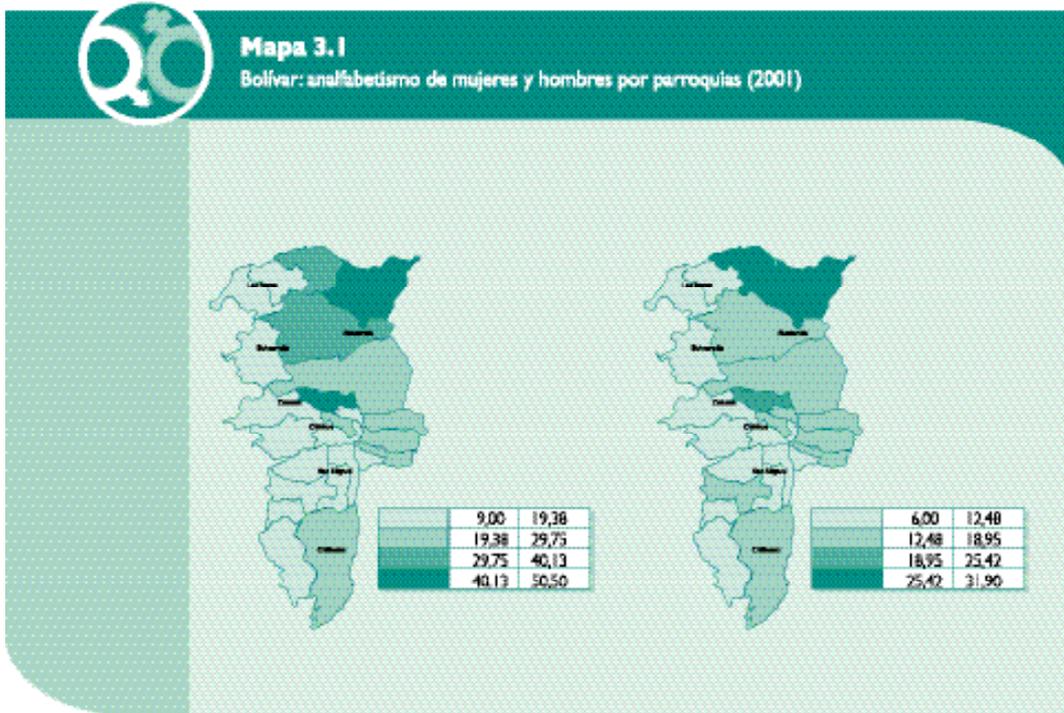
*Mujer indígena,  
San Miguel, 20 años*

“Pobre, pobre, pobre, no puede ser nadie mismo, porque gracias a Dios en el campo trabajamos todos y tenemos aunque sea para la alimentación. Los que no tienen trabajo y viven en ciudades, esos sí pueda que sean pobres. Algunos comen por la mañana, pasando un día, esos que viven en las ciudades; por lo menos en el campo, unas papitas, colecitas, ya se puede comer. Pobre es la tristeza, el que no tiene alegría, gozo, y con la pobreza viene el robo porque no tienen dónde trabajar”.

*Hombre mestizo, Santiago, 20 años*

“Lo que pasa es que yo no puedo irme a trabajar porque mi marido es celoso, dice que si me voy, enseguida el jefe va a querer algo, porque él antes trabajaba en el Consejo Provincial de Guaranda y dicen que, como mi cuñada tiene un terreno por el mirador, ahí les han visto. Uy, dicen que es la grande. Entonces mi marido dice que para que esté así, mejor que nos comamos los platos. Si yo hubiera trabajado un poco más, hubiera un poquito más de plata y con eso se sale adelante, pero si se sigue así, más bien empeora la situación económica”.

*Mujer mestiza, Binchoa Grande, 35 años*



## Introducción

**“Mi situación los próximos años estará peor porque ya no se puede trabajar, caminar como antes y cocinar”.**

**Mujer indígena, Guaranda, 55 años**

Quien no tiene asegurado el derecho a la existencia por carecer de propiedad, no es sujeto de derecho propio. No es capaz de cultivar ni menos de ejercitar la virtud ciudadana, precisamente, porque las relaciones de dependencia y subalternidad le hacen un sujeto de derecho ajeno, un *alienin iurism*, un ‘alienado’.

Analizar los fenómenos de la indigencia y la malnutrición es apelar a un componente urgente y no sustituible de las políticas públicas. No hacerlo implica aceptar un daño irreversible en la vida de las personas.

El primer Objetivo de Desarrollo del Milenio se plantea reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas extremadamente pobres y resolver los problemas alimentarios.<sup>47</sup> Si bien este objetivo parece claro, cabe preguntarse: ¿cómo estamos entendiendo la pobreza? De acuerdo con la operacionalización dada para evaluar la pobreza dentro de los ODM, se define como extremadamente pobre a quien vive con menos de un dólar diario. Sin embargo, dicha pobreza es solo un lado de las múltiples pobrezas que pueden ser evaluadas y que son igual de importantes. Más allá de esta perspectiva, en esta

sección del informe se mide la pobreza únicamente a través del ingreso. Además de la mirada del ingreso, presentamos la pobreza de necesidades básicas insatisfechas y la pobreza subjetiva expresada a través de testimonios de ciudadanos pobres de Bolívar. Asimismo, en términos espaciales, presentamos la pobreza de consumo. Dada la heterogeneidad de la estructura social, el fenómeno de la pobreza tiene diferente impacto dependiendo del grupo que analicemos. Por ello, la importancia de visualizar los múltiples matices en que se expresa la pobreza. En el análisis de los problemas alimentarios, se describe la malnutrición crónica y global de las y los niños menores de 5 años. Ambos fenómenos, cabe señalar, son cruzados por una mirada relativa del fenómeno en cuestión, es decir, por el problema de la desigualdad.

Desde esta perspectiva, la sección se divide en seis acápites. En el primero, se realiza una retrospectiva histórica sobre la evolución de la indigencia y pobreza de NBI y de ingreso. El segundo acápite realiza un examen de la desigualdad. Para tal efecto, se realizan simulaciones que permiten evaluar cuál sería el esfuerzo, en términos de crecimiento y distribución, que tendría que hacer

<sup>47</sup> Si bien en el texto original de los ODM la meta a alcanzar es la reducción del hambre, aquí nos referimos en general a problemas alimentarios. Esta modificación se justifica porque el texto original estaría pensado principalmente para países africanos, mientras que en el Ecuador este objetivo hace referencia sobre todo a problemas de desnutrición, especialmente la infantil.

Bolívar para conseguir una meta más ambiciosa que la planteada: reducir la indigencia actual (2003) a la mitad. La tercera presenta una evaluación de los problemas alimentarios, en el mediano y largo plazo, a través de un análisis de la desnutrición crónica y global en menores de 5 años. El cuarto acápite estudia si los beneficios del desarrollo en Bolívar han producido una con-

vergencia o divergencia espacial. En el siguiente apartado, a través de la metodología de análisis de componentes principales, se elaboran tipologías que nos permiten ubicar las parroquias rurales y los barrios donde la pobreza es más evidente. Finalmente, se ofrece una conclusión general.

## **META I: reducir a la mitad el porcentaje de personas indigentes (pobres extremos) para 2015**

### **Perspectiva histórica de la actual situación de extrema pobreza**

#### **La magnitud actual de la extrema pobreza según NBI**

La pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) da cuenta de una visión más estructural que la pobreza medida a través de ingresos/consumo. Desde la perspectiva de los aspectos observables de la pobreza, las NBI constituyen una forma directa de percibir las privaciones materiales de los hogares e individuos. En la presente sección, se utilizan las cifras calculadas por el SIISE para evaluar la extrema pobreza según NBI a partir de los Censos de Población de 1990 a 2001.

En Bolívar, la extrema pobreza según NBI ha disminuido de 50,9% a 44,2%. Aproximadamente, 74 862 ciudadanos de Bolívar eran indigentes según el índice de NBI en 1990. Once años más tarde, existen alrededor de 39 497 pobres menos. Esto representa una caída en el valor absoluto de la pobreza de 10%. Dado que el objetivo I busca reducir la pobreza a la mitad (tomando a 1990 como año de base), vemos que su grado de avance en esta provincia es del 26%. Sin embargo, a pesar de que la indigencia según NBI ha caído, de continuar la tendencia actual, la meta no será cumplida. Bolívar se encuentra entre el grupo de provincias con peores niveles de vida según NBI. De hecho, la provincia supera el nivel nacional de este indicador (ver gráfico 1.1).

CUADRO I.1	Bolívar: pobreza según NBI (1990-2001)			
	1990	2001	Objetivo 2015	Porcentaje de avance
NBI extrema	50,93	42,2	25,45	26%
NBI	82,53	77,3	41,27	15%
Población total	155 088	169 370		
Pobreza extrema absoluta	78 993	74 862	39 497	10%
Pobreza absoluta	127 994	129 568	63 997	-2%

Fuente: INEC, Censos (1990-2001)

Elaboración: CISMIL

En relación con la pobreza, existen disparidades entre el campo y la ciudad que se pueden visualizar en el mapa 1.1. En efecto, la pobreza según NBI se concentra en los sectores rurales. Allí, el 55,5% de la población no logra satisfacer sus necesidades básicas. En la ciudad, en contraste, sólo el 11,2% de la población vive en situación de pobreza según NBI.

Si el objetivo fuera reducir a la mitad la pobreza, y no sólo la indigencia, los esfuerzos que se tendrían que realizar en Bolívar serían mayores. En 2001, todavía un poco más de dos de cada tres ciudadanos era pobre, lo que representa un 10% de grado de cumplimiento de la meta (ver el cuadro 1.1). Por lo demás, en términos absolutos, se puede observar un claro retroceso en la provincia si incluimos en el análisis a los pobres no indigentes: el número de pobres ha crecido en los últimos once años en aproximadamente 2%. Esta tasa de crecimiento es superior a la velocidad de reducción de la pobreza en términos relativos.<sup>48</sup>

## La magnitud de la indigencia según la línea de un dólar al día<sup>49</sup>

Si definimos la pobreza como la escasez de ingresos, podemos afirmar que ésta es función de la línea de pobreza, del ingreso promedio y de su distribución. En este sentido, para una línea de pobreza constante, tanto el crecimiento como la distribución afectan directamente a la pobreza. En este sentido, teóricamente, el crecimiento económico es reductor de la pobreza únicamente si conduce a un incremento en el ingreso per cápita de los individuos que se encuentran por debajo de la línea de la pobreza. Sin embargo, la pobreza puede reducirse sin un crecimiento per cápita si la distribución del ingreso va de los ricos a los pobres, manteniendo constante el ingreso per cápita (Karshenas: 2004, 14).

<sup>48</sup> Para una ampliación de este análisis que incluye el factor de la “aversión a la desigualdad”, consultar el anexo 1.1 de este CD ROM

<sup>49</sup> En este acápite se utilizan las cifras calculadas a partir de la línea de pobreza propuesta de un dólar al día en términos corrientes. Esta línea pretende servir de comparación con el resto del país y no debe ser comparable con la pobreza o indigencia calculada por el SIISE. El afán de este cálculo es poder buscar diferencias, a partir de una misma fuente de información, entre diferentes grupos sociales y áreas geográficas. Esta será la fuente y el año que permitirá la comparabilidad con los informes provinciales.

Adicionalmente, existen tres puntos que deben ser tomados en cuenta. Primero, si mantenemos constante la distribución del ingreso, la pobreza dependerá de la posición relativa del ingreso per cápita frente a la línea de pobreza. Segundo, la reducción de la pobreza también es afectada por el nivel inicial de desigualdad. Tercero, se debe notar que “el efecto del crecimiento en la pobreza depende del inicial nivel de desigualdad pero éste depende a su vez de las condiciones iniciales de pobreza” (Karshenas: 2004, 14).<sup>50</sup>

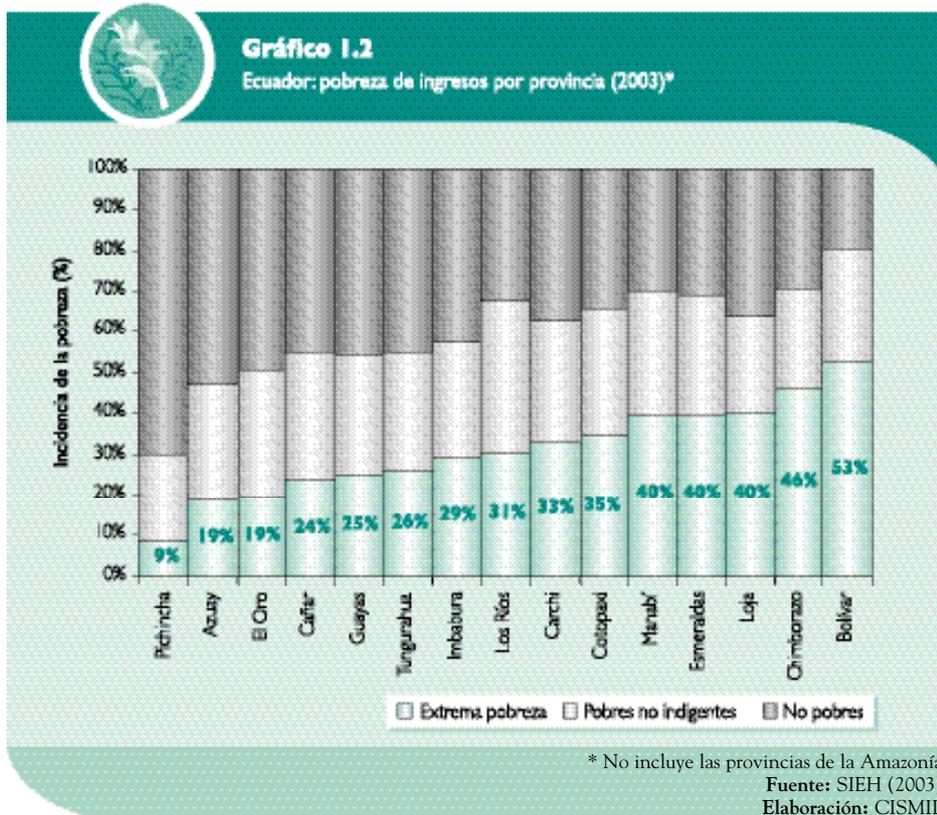
A partir de estos presupuestos, aquí se ofrece un análisis de los tres componentes que por definición no deben ser separados: el crecimiento, la pobreza y la desigualdad. Para ello se incluye una simulación que permitirá visualizar el esfuerzo de crecimiento y desigualdad requerido en Bolívar para conseguir reducir la pobreza extrema a la mitad hasta 2015.

## La pobreza de ingresos

Como se puede observar a través del gráfico 1.2, Bolívar es la provincia que peor se encuentra en términos de pobreza de ingresos.

En Bolívar, alrededor del 80,4% de la población vive con menos de dos dólares diarios. De este total, el 52,9% es extremadamente pobre o vive con menos de un dólar diario.

Sin embargo, en términos relativos, la diferencia puede ser mayor, dependiendo del grupo social al que pertenece o de la ubicación geográfica en la que vive la persona. A continuación, se muestran dichas diferencias.



<sup>50</sup> Dado que los niveles iniciales tanto de la pobreza como de la desigualdad son diferentes a lo largo del país, se puede afirmar que los datos agregados a nivel nacional esconden información.

## Examen de las inequidades en las magnitudes de la pobreza extrema

Como se ha mencionado en múltiples investigaciones, muchas veces la pobreza está asociada a ciclos de vida, concentrándose en los grupos más jóvenes y en los ancianos. Sin embargo, en Bolívar, sólo los jóvenes, y no las personas de edad más avanzada, aparecen como grupos vulnerables. A diferencia de lo que sucede en la mayor parte del país, en esta provincia el nivel de pobreza disminuye según avanza la edad. El problema es incluso mayor si observamos que, en términos de contribución, los jóvenes son los que más aportan al total de extremadamente pobres de la provincia.

Por otra parte, si se analiza el género de las cabezas de hogar, no se puede afirmar que en Bolívar exista el fenómeno de feminización de la pobreza. (Sin embargo, esta afirmación no toma en cuenta los problemas al interior del hogar).

Desde el punto de vista geográfico, la extrema pobreza en Bolívar es un fenómeno netamente rural. La incidencia de la indigencia en las zonas rurales es 2,5 veces mayor que la de las zonas urbanas. A su vez, de la totalidad de indigentes, casi el 87% vive en el campo.

En términos educativos, en la provincia se comprueba que a mayor educación menor pobreza. En efecto, mientras la incidencia de la indigencia es de 60% en los analfabetos, en el nivel superior es de 10,7%. El nivel educativo que mayor contribuye a disminuir la pobreza es el primario. El nivel educativo secundario, por su parte, parece producir un efecto casi nulo en la población de la provincia de Bolívar.

Por otro lado, en lo que se refiere a la identidad étnica, en Bolívar los grupos más excluidos son las personas que se autodefinen como indígenas. Seis de cada diez indígenas son indigentes y representan casi un tercio de la totalidad de personas extremadamente pobres de la provincia.

Finalmente, se puede constatar que la mayor incidencia de la indigencia se encuentra entre quienes realizan trabajo familiar no remunerado y trabajo por cuenta propia. En términos de contribución, estos dos grupos representan el 80% del total de indigentes en Bolívar.

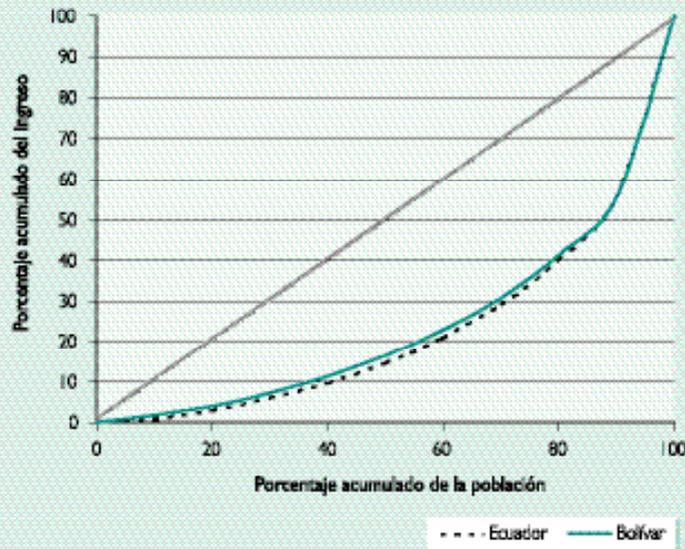
## Examen de las desigualdades

A partir de las fuentes de información disponibles a escala nacional, no se puede definir una tendencia de lo que ha sucedido en la provincia de Bolívar en la última década. No obstante, a través de la curva de Lorenz, se puede concluir que el nivel de concentración de los ingresos en la provincia es estadísticamente similar al promedio del país.

Mientras en el Ecuador el Gini es de 0,56, en Bolívar es de 0,54. No obstante, valdría preguntarse si dicha distribución representa altos o bajos niveles de desigualdad. Como se puede ver en el gráfico 1.4, del total de los ingresos de la provincia, el 10% más rico se lleva el 44% del total mientras que el 10% más pobre tan solo el 1,7%. En conclusión, se evidencia una alta concentración del ingreso en la provincia de Bolívar bastante similar a la concentración en el resto del país.



**Gráfico 1.3**  
Bolívar: curva de Lorenz de los ingresos (2003)



Fuente: SIISE  
versión 3.5, a  
partir de  
EUED (2003)  
Elaboración:  
CISMIL



**Gráfico 1.4**  
Bolívar: porcentaje de acumulación de ingresos (2003)



Fuente: SIEH (2003)  
Elaboración: CISMIL

## Hacia un objetivo más ambicioso: reducir la (extrema) pobreza de 2003 a la mitad

Si tomamos como línea de pobreza 1 dólar diario per cápita, la meta de extrema pobreza para Bolívar consistiría en reducirla de 44% en 2003 a 22% en 2015. ¿Es necesario dar prioridad a políticas prodistribución de los recursos o se debe buscar un mayor crecimiento económico dentro de la provincia de Bolívar? Siguiendo la metodología propuesta por CEPAL (2005) y para guardar coherencia con el informe nacional, a través de simulaciones se determinaron las distintas combinaciones de crecimiento económico del ingreso per cápita (%) de los hogares y de redistribución de este ingreso<sup>51</sup> que permitan cumplir el 'ambicioso objetivo' mencionado.

En lo que respecta a los esfuerzos máximos necesarios, de los anteriores gráficos se desprende que para alcanzar la meta sin redistribución en la provincia, se requiere un crecimiento per cápita acumulado de 91% para alcanzar la meta desde 2003 hasta 2015. En contraste, para alcanzar la meta en 2015 únicamente con redistribución, se necesita 44% de reducción en el Coeficiente de Gini.

Como vemos en los gráficos, existen grandes diferencias cuando confrontamos lo urbano y lo rural. En la zona urbana, Bolívar necesita tener un crecimiento acumulado del 52% sin redistribución y 18% con redistribución (sin crecimiento). A su vez, para reducir la pobreza a la mitad en las zonas rurales, si bien el esfuerzo de crecimiento es similar al de la zona urbana, sin redistribución el esfuerzo requerido es casi 10% más alto.

Cuatro conclusiones se desprenden de este análisis. Primero, si los patrones de crecimiento en Bolívar se mantienen iguales a los existentes a lo

largo de la década de los noventa, la provincia no logrará reducir la pobreza de 2003 a la mitad. Segundo, de no tener políticas pro desigualdad y pro crecimiento combinadas, la mejora de las condiciones de vida (en el mejor de los casos) será mínima. Tercero, dados los altos niveles de pobreza existentes en las zonas rurales de la provincia, la política pública deberá estar concentrada en el incremento de la productividad del campo, es decir, en políticas pro crecimiento. Si la políticas pro igualdad únicamente procurasen distribuir la riqueza dentro de las zonas rurales, lo único que producirían es distribución de pobreza. Como cuarta conclusión, se puede afirmar que para reducir la pobreza a la mitad en las zonas urbanas, es más eficiente tener políticas redistributivas.

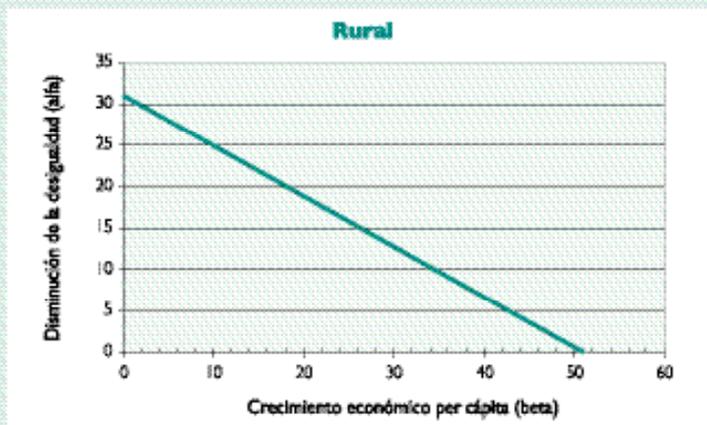
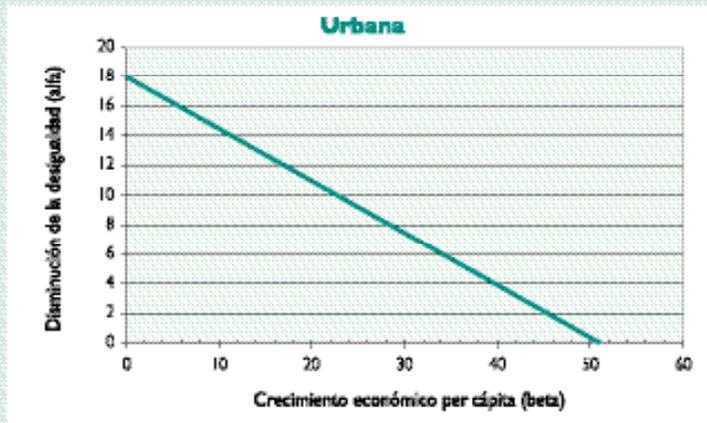
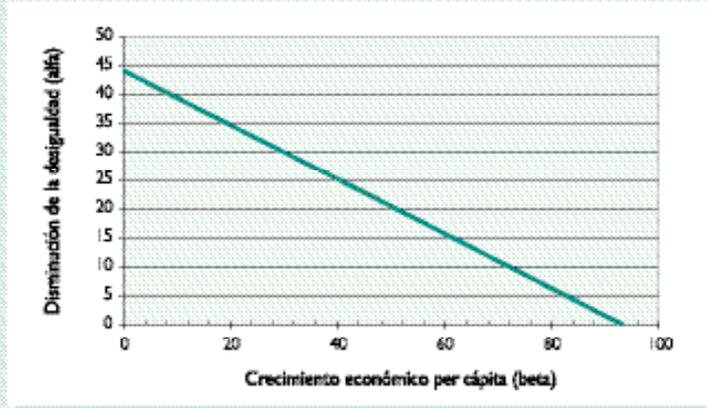
El esfuerzo necesario en Bolívar para poder conseguir la meta es superior al promedio del país en términos de crecimiento y en términos de desigualdad. Bajo las mismas condiciones de análisis, se puede comprobar que el país necesita un incremento per cápita acumulado de 62% sin redistribución y una reducción de la desigualdad del 17%, aproximadamente, sin crecimiento. No obstante, no olvidemos que con este análisis sólo nos referimos a la posibilidad de que las y los indigentes según ingreso pasen a ser pobres no indigentes.

<sup>51</sup> A través de una política redistributiva que consiste en imponer un impuesto a cada uno de los ingresos y luego distribuir estos recursos equitativamente a cada persona de la población.



**Gráfico 1.5**

Bolivia: curva de isopobreza extrema según línea del Banco Mundial (2003)



Fuente: SIEH (2003)  
Elaboración: CISMIL

## Las causas de la pobreza extrema en Bolívar: una autoevaluación

A continuación, presentamos una síntesis de las causas de la pobreza en Bolívar detectadas por informantes claves en cada cantón.

- **Falta de políticas educativas estatales.** Se necesita ajustar estas políticas a las necesidades de la población y enfocarlas a una educación liberadora que permita a las personas emprender un plan para la vida (especialmente, en el área rural y en los sectores marginados). Una persona que termina la educación básica tiene un 80% de probabilidades de no ser pobre. Por ello, lo que se debería hacer a nivel nacional, y en especial en la provincia de Bolívar (que se encuentra entre las más pobres), es mejorar la calidad de la educación. Las instituciones educativas no capacitan para formar personas creativas y trabajadoras. La escuela y el colegio sólo preparan para ir a la universidad. Sin embargo, muchas personas no tienen posibilidades de acceder a este nivel educativo y por ello se quedan sin posibilidades de trabajo. Hay una falta de concordancia del sistema educativo con la realidad de la provincia. No hay colegios agropecuarios o artesanales que capaciten a los ciudadanos.
- **Falta de autoestima y valores.** Existe un conformismo marcado en nuestros pueblos, un estancamiento fundado en la certeza de que no es posible salir de la pobreza.
- **Falta de procesos técnicos en la agricultura y comercialización.** El 68% de la población de Bolívar vive en la zona rural. La provincia es eminentemente agrícola y en otros sectores no existe ninguna industria que se desarrolle. Por ello, es importante fomentar el mejoramiento de semillas y echar adelante un proceso de tecnificación. No hay una guía para que los agricultores alcancen niveles de producción que cubran las necesidades de la provincia y combatan el hambre.
- **El sistema político existente.** Las políticas neoliberales establecidas por los gobiernos de turno han afectado especialmente al sector indígena (el grupo poblacional más desprotegido en el ámbito provincial). Desde el año 2001, la pobreza ha aumentado. Si no se toman medidas radicales en relación con el Estado y las organizaciones, se requeriría el empeño de otra generación más para superarla. En términos generales, en el nivel oficial de la política, se percibe un alto nivel de desorganización y una intensa lucha orientada a ganar espacios y adeptos políticos. La riqueza del petróleo nacional no ha sido aprovechada adecuadamente por el Estado. Sin embargo, a nivel provincial, un programa estatal rescatable es PROLOCAL. Se trata de una iniciativa, desarrollada en los cantones Caluma y Echeandía, orientada a dar capacitación y recursos para la implementación de programas con calidad internacional.
- **La falta de fuentes de trabajo.** Si no hay trabajo, no hay qué comer, y por eso no se puede llevar adelante la economía familiar. Esto genera mucha inestabilidad en los hogares. Se necesitan políticas que aumenten el desarrollo del trabajo en microempresas y que apunten a superar la desocupación.
- **Falta de gestión para presentar proyectos sustentables.** Actualmente, la Red Financiera Rural está programando y apoyando a las instituciones para elaborar proyectos. Sin embargo, todavía no cubre por completo las necesidades en este ámbito.

- **Aumento de la población.**
- **Ociosidad.** La gente no se dedica a trabajar.
- **Falta de crédito.** Una persona que no tiene un bien o un terreno para hipotecar no puede acceder a un crédito bancario. Esto provoca que se busquen préstamos de chulqueros. Cuando esto ocurre, las familias trabajan para pagar los intereses. Dado que la agricultura es inestable, usualmente, no se puede pagar el crédito y así muchas personas terminan trabajando para el chulquero.
- **Crisis financieras producidas dentro del país.**
- **Defectuosa estructura de la tenencia de las tierras.** Muy pocos tienen mucha tierra, muchos tienen poca tierra y muchos otros no tienen nada.
- **Falta de calidad en la salud.**
- **Migración.** El campesino emigra a las urbes porque no tiene el presupuesto ni puede acceder a créditos para producir. Cuando llega a la ciudad por la falta de fuentes de trabajo tiene que mendigar o dedicarse a la venta de caramelos y artículos de ese tipo.
- **Disminución de la producción agrícola.** La falta de centros de acopio impide realizar una adecuada comercialización.
- **Analfabetismo.**
- **Compadrazgo.** El modo en que se manejan los concursos de “méritos y oposición” hacen que las personas que se han preparado pero que no tienen “palancas” no puedan acceder al trabajo.
- **Desigual distribución de los ingresos del Estado central.** Se debería atender más al sector rural y a las provincias más pobres del país. El presupuesto del Estado se concentra en las provincias de Pichincha y Guayas.
- **Fuga de productos agrícolas.** Esta fuga se produce hacia los centros de consumo o a grandes mercados por intermediarios. Debe haber un apoyo a la agricultura, como hacen Perú y Colombia. El Banco de Fomento sólo da dinero a los que tienen.
- **Precios bajos de los productos.** Esta baja ocurre en tiempos de cosecha. Cuando todos los agricultores sacan a la venta sus productos, el precio baja.
- **Tendencia al paternalismo.** Esto se constata tanto entre indígenas como entre mestizos. Muchas ONG dan el pan para que la población coma pero no enseñan a hacer el pan.
- **La dolarización.** Nuestro país ha alcanzado altos niveles de inflación y cada vez el dinero escasea más. Esto ha conllevado a que ciertos estratos vayan acumulando riqueza y a que la pobreza aumente.
- **Dependencia técnica y comercial de otras provincias.** En Bolívar se produce muy poco. Casi todos los productos elaborados provienen de otras provincias. Por ejemplo, los bienes comercializados los días sábados en cada cantón son, en su mayoría, de Ambato. Los guarandinos viven del sector del magisterio y de algunos negocios, pero producción, propiamente dicha, no existe. Esto se refleja en todas las áreas, incluso en la cultura.

- **Los ricos son dueños de la producción y los pobres sólo dan la mano de obra.** Los que tienen dinero siempre tienen bienes y pueden producir más. En contraste, para los desposeídos, cada vez es más difícil sobrevivir.
- **Falta de capacitación artesanal.** Este punto se relaciona con la falta de integralidad de la educación. Aquí no existen artesanos formados y los que había, han desaparecido. Se cree que en el cantón Chimbo existió un importante desarrollo, hoy extinto, de la artesanía en la época de la colonia.
- **La falta de proyectos para el agro.** Se percibe que el Ministerio de Agricultura y la infraestructura para el desarrollo de la ciencia y la tecnología han desaparecido. Es importante que se desarrollen trabajos en función de mejorar las condiciones de vida de la población en la agricultura.

## META 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que están desnutridas

Hace dos siglos, Malthus previó que ocurrirían terribles desastres como consecuencia del desequilibrio en la proporción entre el crecimiento geométrico de la población y el crecimiento aritmético de la producción alimenticia. Dicha postura, aún defendida en muchas partes del planeta, sostiene que los problemas alimentarios se deben a la insuficiencia de alimentos existente en los mercados.

De acuerdo con cálculos realizados por el Banco Mundial (1995), para satisfacer los requerimientos nutricionales mínimos se necesita consumir 2 236 kilocalorías y 45 gramos de proteína. Nuevas estimaciones realizadas por el SIISE, endógenas a las ECV, determinan que el consumo calórico de un ecuatoriano medio es de 2 045 kilocalorías.

¿Es la insuficiencia alimentaria la causa de los problemas alimenticios en el Ecuador? La evidencia muestra que un ecuatoriano promedio bordea los umbrales mínimos requeridos para satisfacer sus necesidades básicas alimenticias con respecto a calorías, y que los requerimientos proteicos son superiores a los umbrales mínimos. No obstante, en estricto sentido, de haber una equitativa distribución del consumo de alimentos, los requerimientos calóricos y proteicos podrían ser satisfechos por cada ciudadano y ciudadana del país (Ramírez, 2002). Si bien no se puede tener evidencia para el caso de la provincia de Bolívar, podríamos especular que dicha situación es similar a la que se da en el resto del país, especialmente, porque esta provincia es altamente agrícola. No obstante, se trata de una hipótesis que debería ser corroborada por un análisis más a profundidad.

## La suficiencia alimentaria individual en el mediano y largo plazo: malnutrición proteico-energética (MPE) crónica en menores de 5 años

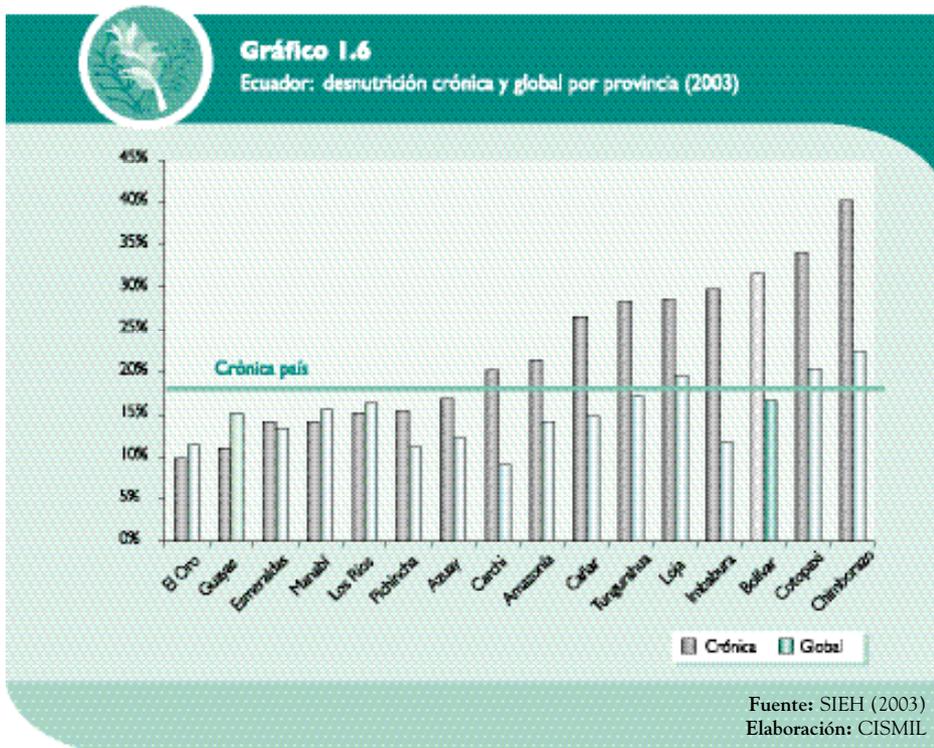
Para el caso ecuatoriano, al analizar los problemas nutricionales, se incorporó la desnutrición crónica y no sólo la global, ya que aquélla es un mejor indicador del estado nutricional de los y las niñas, pues toma en cuenta toda su historia nutricional (SIISE, 2005).

La desnutrición crónica refleja los efectos acumulados a largo plazo de la alimentación inadecuada y las malas condiciones sanitarias, debidas a falta de higiene y a enfermedades habituales en ambientes pobres e insalubres. Su prevalencia es

una medida de la pobreza endémica y constituye un mejor indicador que las estimaciones del ingreso per cápita ([www.povertymap.net](http://www.povertymap.net)).

En todos los mundos posibles donde existan las mismas leyes de la naturaleza, las mismas condiciones ambientales y una determinada constitución humana, los seres humanos sufrirán un daño irreparable si padecen de desnutrición crónica o no logran satisfacer las necesidades alimenticias requeridas para reproducir la vida durante la niñez.

En el Ecuador, al igual que en otros países en desarrollo, la desnutrición es sumamente alta a pesar de que se ha registrado una tendencia al decrecimiento. Si comparamos los niveles nutricionales en el Ecuador con respecto a todo el continente, podemos ver que se encuentra en mejor situación que los países de Centroamérica. Sin embargo, el Ecuador se encuentra en la peor situación de América del Sur. La situación de la desnutrición, tanto crónica como global, es peor que el promedio de la región.



En términos provinciales se aprecia que Chimborazo (40,3%), Cotopaxi (34,2%), Bolívar (31,7%), Imbabura (29,9%), Loja (28,7%), Tungurahua (28,5%), Cañar (26,5%), las provincias de la Amazonía (21,3%) y Carchi (20,2%) tienen, en ese orden, tasas de desnutrición crónica superiores al promedio nacional. Por otro lado, las provincias con tasas de desnutrición crónica inferiores al promedio son, ordenadas de menor a mayor, El Oro (9,8%), Guayas (10,9%), Esmeraldas (14,1%), Manabí (14,2%), Los Ríos (15,1%) y Pichincha (15,4%).

Bolívar tiene prácticamente el mismo nivel de desnutrición global que el promedio del país. Como vemos, en esta provincia la desnutrición crónica duplica a la global. A su vez, los niveles de desnutrición son más elevados en ciertas parroquias. En lo que se refiere a estas brechas subprovinciales, se puede observar que existen parroquias donde incluso más de 5 de cada 8 niños menores de 5 años sufre de desnutrición crónica. Las parroquias que en peor situación se encuentran son San Lorenzo, San Vicente, Julio E. Moreno y Salinas. En el otro extremo, Guaranda y San Miguel son las parroquias con mejores niveles de desnutrición.

<b>CUADRO 1.2</b>		<b>Bolívar: desnutrición crónica proyección (2001)</b>
<b>Parroquia</b>	<b>Desnutrición crónica</b>	
San Lorenzo	65,15	
San Vicente	62,02	
Julio E. Moreno (Catanahuán Grande)	61,20	
Salinas	59,47	
Magdalena (Chapacoto)	55,72	
Santa Fe	55,62	
La Asunción (Asancoto)	54,02	
Santiago	53,66	
Régulo de Mora	53,46	
Simiátug	52,84	
Echeandía	52,60	
San José del Tambo (Tambopamba)	51,21	
San Sebastián	51,01	
Facundo Vela	49,00	
San Luís de Pambil	48,73	
Las Naves	48,28	
San José de Chimbo	48,03	
Caluma	47,80	
Chillanes	47,68	
San Simón (Yacoto)	46,44	
Balsapamba	45,09	
Bilován	44,87	
San Pablo (San Pablo de Atenas)	44,79	
Telimbela	44,36	
Guaranda	38,41	
San Miguel	36,77	

Fuente y Elaboración: Carlos Larrea (2006)

## ¿Convergencia o divergencia de los beneficios del desarrollo?

Como se ha mencionado anteriormente, en promedio, el bienestar de la población ha mejorado desde 1990 al presente. No obstante, cabría preguntarse si en el período analizado se ha dado una convergencia o divergencia de los beneficios del desarrollo en la provincia. Es decir, luego de más de una década de desarrollo: ¿aquellos lugares que se encontraban en peor situación social en 1990 se han acercado o no a aquellos territorios que se hallaban mejor en el mismo año? Dicho de otra forma: ¿la velocidad de cambio (o mejoría) ha sido mayor en aquellos lugares con mayores niveles de pobreza en 1990 o no?

Si tomamos como año base 1990 y comparamos la tasa de decrecimiento anual de la pobreza según NBI, constatamos que en Bolívar ha habido un proceso de divergencia social. Si bien es verdad que el desarrollo ha beneficiado a la población en general, la velocidad de cambio es mucho mayor en aquellos lugares que ya en el año de 1990 se encontraban en mejor situación.<sup>52</sup>

En suma, se puede constatar que las parroquias con mayor nivel de pobreza según NBI en 1990 tuvieron una menor caída que aquellas parroquias que se encontraban en mejor situación en términos relativos en el año base. En general, se puede afirmar que en Bolívar, si bien la extrema pobreza se ha reducido en términos absolutos (situación que merece reconocimiento), se está dando una divergencia en los beneficios del desarrollo en términos relativos. Dicha divergencia, cabe señalarlo, no tiene los patrones de velocidad de cambio registrados en otras provincias

del Ecuador. Por lo demás, que la velocidad de mejora es mucho más pronunciada cuando nos referimos a las parroquias que ya en 1990 tenían mejores niveles de vida en relación con la extrema pobreza.

## Tipologías parroquiales y barriales

Una característica central en el análisis de la situación social de Bolívar, podemos concluir, es su importante y creciente heterogeneidad. La pobreza y la indigencia se distribuyen en forma muy desigual y las disparidades vienen aumentando tanto entre parroquias, como, particularmente, entre los individuos. Las diferencias en los niveles de incidencia entre espacios territoriales son preocupantes en la medida en que ponen en evidencia condiciones básicas de vida muy diferentes en el campo de la protección equitativa de los derechos sociales y económicos de los ciudadanos de Bolívar. En este acápite, se pretende ubicar aquellos territorios donde se debería poner mayor atención dado el rezago que tienen. Para ello, se seleccionaron las variables analizadas anteriormente: pobreza e indigencia según NBI, incidencia, brecha y severidad de la pobreza de consumo<sup>53</sup>, porcentaje de cambio anual de la pobreza de NBI y coeficiente de Gini.

De acuerdo con los indicadores mencionados, se encontraron 3 tipologías de parroquias, que pasamos a describir a continuación.<sup>54</sup>

**Tipo 1.** Incluye a las parroquias con mayores niveles de consumo y más bajos niveles de pobreza, tanto de consumo como de NBI. La velocidad de cambio de estas parroquias ha sido pronunciada y su desnutrición crónica es más

<sup>52</sup> Dicho fenómeno no es particular de Bolívar. Es una situación generalizada a lo largo del país.

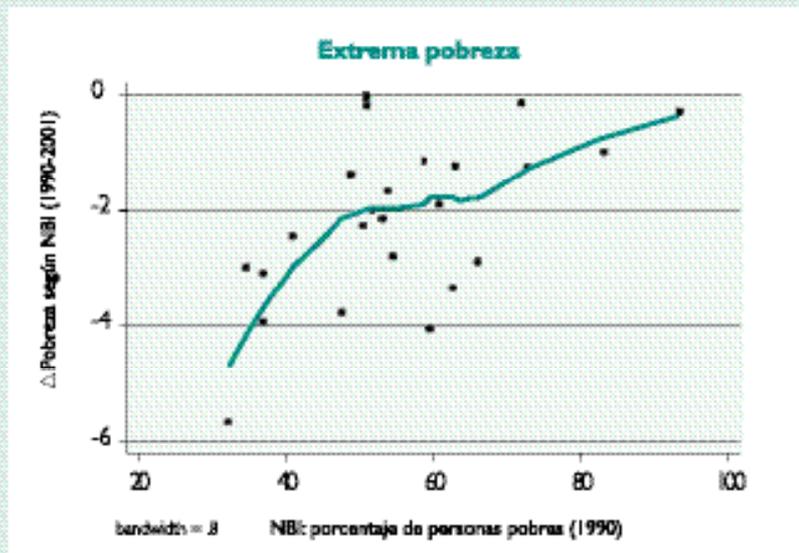
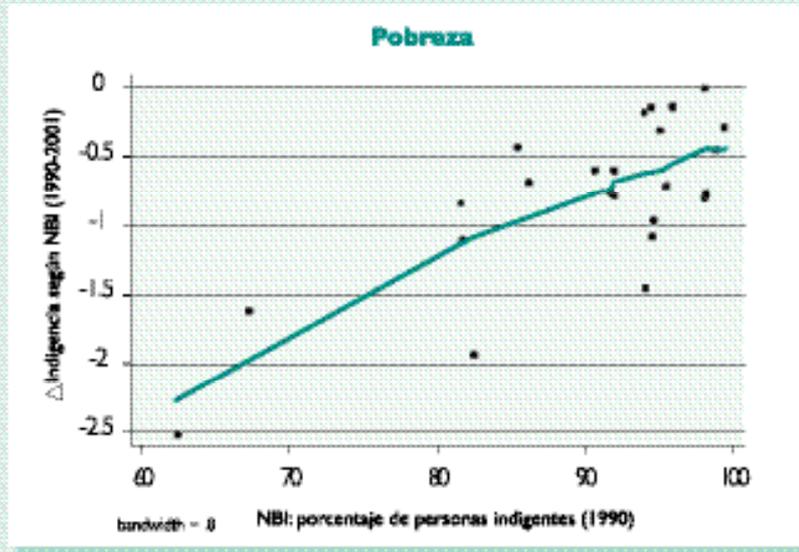
<sup>53</sup> Se utiliza la pobreza de consumo para el análisis de la brecha y severidad. Los indicadores de pobreza de consumo que se presentan en esta sección corresponden a los calculados por el Banco Mundial (2004).

<sup>54</sup> Para una ampliación metodológica sobre la construcción de estas tipologías, consultar el anexo 1.2 incluido en la sección Anexos de este CD ROM.



**Gráfico 1.7**

Bolívar: regresión no paramétrica  
(decrecimiento de las NBI y pobreza según NBI) (1990)



baja que el promedio de la provincia. A su vez, este grupo presenta altos niveles de desigualdad. Son parte de este grupo las siguientes parroquias: Guaranda, San José de Chimbo, Echeandía, San Miguel, Balsapamba, Caluma y Las Naves.

**Tipo 2.** Incluye a la parroquias con los mayores niveles de pobreza y desnutrición y con los menores niveles de consumo. Pertenecen a este grupo los cantones que ya en 1990 tenían los mayores niveles de pobreza de la provincia:

Facundo Vela, Julio E. Moreno (Catanahuán Grande), Salinas, San Lorenzo, San Simón (Yacoto), Santa Fe, Simiátug, San Luís de Pambil, Chillanes, San José del Tambo (Tambopamba), Asunción (Asancoto), Magdalena (Chapacoto), San Sebastián, Telimbela, Bilován, Régulo de Mora, San Pablo (San Pablo de Atenas), Santiago y San Vicente.

## Conclusiones y recomendaciones de política

En estas conclusiones se esbozan ciertas líneas generales básicas que son necesarias de tomar en cuenta cuando estamos tratando problemas de pobreza y desigualdad. No obstante, no se pretende ofrecer, de ninguna manera, una discusión exhaustiva de políticas públicas sobre estrategias de reducción de la pobreza y la desigualdad. Señalando este límite, enfatizamos que la consecución de logros en reducción de la pobreza y la desigualdad debe tomar en cuenta procesos deliberativos, en los cuales la voz y participación de los propios ciudadanos y ciudadanas pobres debe necesariamente incluirse.

El enfoque de necesidades básicas y pobreza con respecto al desarrollo humano requiere de un grado significativo de intervención estatal y de la sociedad civil para dar oportunidades preferentemente a los pobres. Dado que para la mayoría de ecuatorianos el trabajo constituye la principal dotación con la que cuentan para satisfacer sus necesidades, la reducción de la pobreza pasa por un cambio en la estructura del mercado laboral que permita a los ciudadanos pobres ser agentes de su propia vida.

No obstante, si bien las mejores oportunidades de empleo y de ingreso permiten satisfacer las necesidades básicas, de consumo, diversas necesidades básicas como el suministro de agua potable, la educación, la salud, son bienes públicos típicos que el Estado debería garantizar sin restricción alguna. La satisfacción de estas necesidades, sin lugar a duda, requiere de garantía de cobertura y usufructo universal, así como la coparticipación y coordinación de los diferentes niveles institucionales (Estado central, los consejos provinciales, las gobernaciones, los municipios y las juntas parroquiales).

Por otra parte, como se ha visto a lo largo del documento, si bien existe una mejora en el bienestar de la población, dado que en términos relativos la pobreza de las NBI y la de ingreso se ha reducido, los beneficios del desarrollo han sido distribuidos desigualmente. Es por esto que se requeriría de la intervención del Estado para cambiar los patrones de distribución (por ejemplo, reforma agraria y política salarial) y corregir imperfecciones del mercado (por ejemplo, políticas de comercio industrial y de incentivos). No

obstante, es necesario también centrar la atención sobre las que han sido llamadas “fallas de la burocracia” (tales como la búsqueda de rentas y privilegios), focalizando el análisis en la economía política del establecimiento de las normas. Es decir, el cómo se determina la intervención del Estado y cuáles son los factores que inciden en el acceso y apropiación de la población a los servicios públicos (ver Vos, et al, 1987, 2002). Dentro de este punto, partimos del supuesto que los pobres tienen menor probabilidad de acción colectiva para buscar los beneficios del gasto público (ver Ramírez 2002).

Quizás en el afán de recobrar lo público-estatal de las políticas para reducir la pobreza y la desigualdad, se sugiere pensar en mecanismos de fortalecimiento de oficinas de planificación en donde se discutan política y técnicamente las intervenciones necesarias para distribuir equitativa y eficientemente los recursos públicos y para facilitar la coordinación entre los diferentes niveles del Estado ecuatoriano. En este sentido, es necesario un sistema de planificación real que no se agote en un esquema estratégico o plan de desarrollo. Como parte de dicha planificación es necesario el debate sobre la unificación de criterios metodológicos de medición de pobreza (ver recuadro) y desigualdad.

El punto clave es reducir la desigualdad con el fin de construir una sociedad más integrada, garantizando universalidad en ciertos campos de políticas fundamentales y focalizando en aquellos aspectos que acelerarían los tiempos para alcanzar una redistribución más justa. Con respecto a este segundo punto, es prioritario invertir en los sectores pobres para que puedan construir y proteger sus capacidades, en términos de acceso a la propiedad de la tierra y vivienda, a la educación y salud y al crédito productivo. Asimismo es fundamental desarrollar mecanismos que protejan el capital humano y los activos físicos acumulados por los hogares. Por lo tanto, será necesario promover el crecimiento de sectores en los cuales los pobres obtienen trabajo y bienes de consumo,

como es el caso de la producción de alimentos y algunos bienes básicos, a través de cadenas productivas para trabajadores agropecuarios. El acceso a microcrédito, capacitación y asistencia técnica constituyen políticas que podrían coadyuvar a un cambio estructural en la actual forma de hacer política social. Es por esto que se debería auspiciar una interrelación más cercana entre las políticas de empleo y las políticas sociales.

A su vez, como se ha evidenciado, uno de los principales problemas de Bolívar es la concentración de la riqueza. Es por esto que es indispensable realizar una reforma tributaria en la cual se prioricen los impuestos más progresivos. De la misma manera, deberán redefinirse aquellos subsidios que funcionen con una lógica regresiva.

Si bien el bono de desarrollo humano constituye uno de los principales mecanismos de protección social -de acuerdo con evaluaciones realizadas por el SIISE-STFS, Banco Mundial e investigaciones sociales- este no resulta una vía para la reducción de la pobreza de consumo<sup>55</sup> en el corto plazo, aunque sí coadyuva a aumentar la inversión en capital humano. En efecto, el BDH no ha tenido un impacto significativo sobre el consumo total pero ha producido un impacto sustancial sobre la matrícula escolar de los indigentes así como sobre el empleo infantil (SIISE, 2006). Dado que estos impactos han sido especialmente significativos en el quintil más pobre, habría que continuar auspiciando debates y consensos políticos sobre la pertinencia o no de procesos de refocalización. A su vez, es necesario implementar efectivamente la corresponsabilidad de este tipo de programas dado que se ha demostrado que los impactos son mayores cuando estos son condicionados. Siguiendo al programa Oportunidades de México, se sugiere buscar mecanismos que fomenten que los jóvenes que viven en hogares que reciben el BDH culminen la educación secundaria e ingresen al nivel superior universitario a través de incentivos específicos tales como un fondo de ahorro administrado por el Estado.

<sup>55</sup> Este comentario debe ser matizado dado que el BDH ha resultado en un incremento significativo en el consumo de alimentos. Cabe decir, sin embargo, que tampoco ha tenido impacto en bienes durables y activos (SIISE, 2006).

No obstante, suscribir la reducción de la pobreza a transferencias monetarias es a todas luces insuficiente. Como ya mencionamos, es indispensable auspiciar programas sociales que busquen la atención universal e igualitaria así como una reestructuración que garantice el acceso de los más excluidos al mercado de trabajo. De la misma forma, es necesario no olvidar programas de atención a personas que ya han sido afectadas por choques naturales, económicos o de salud.

En términos nutricionales, se ha tratado de sustentar que es necesario enfocar el análisis en el "derecho económico" que disfruta cada persona; es decir, evaluar los bienes sobre los que puede demostrar su propiedad y control (ver Ramírez, 2002). El individuo padece de problemas alimenticios cuando no puede ejercer sus derechos económicos sobre una cantidad suficiente de ali-

mentos (Sen: 1981, 1989, 1995, 2000). De la misma manera, si bien programas alimenticios pueden paliar cierto riesgo de la población más vulnerable, los problemas nutricionales deben ser vistos como consecuencia de fenómenos estructurales relacionados con la distribución de los alimentos, la dotación de los individuos, la posibilidad de producción y uso, las condiciones de intercambio de los trabajadores (salarios, precios), entre otros (Ver Ramírez, 2002).

Como corolario, para que cualquier estrategia de reducción de la pobreza tenga éxito, debe ser completa y coherente en la reestructuración de la producción y el empleo, la distribución del ingreso y la riqueza, el acceso a servicios básicos y el poder socio-político. Caso contrario, la probabilidad de movilidad social podría no solamente ser nula, sino perpetuarse *ad infinitum* en el tiempo.

## Autoevaluación de potenciales soluciones planteadas por los ciudadanos pertenecientes a la provincia de Bolívar

A continuación, se presentan las principales soluciones planteadas por diversos participantes en los talleres realizados a lo largo de todos los cantones de la provincia de Bolívar:

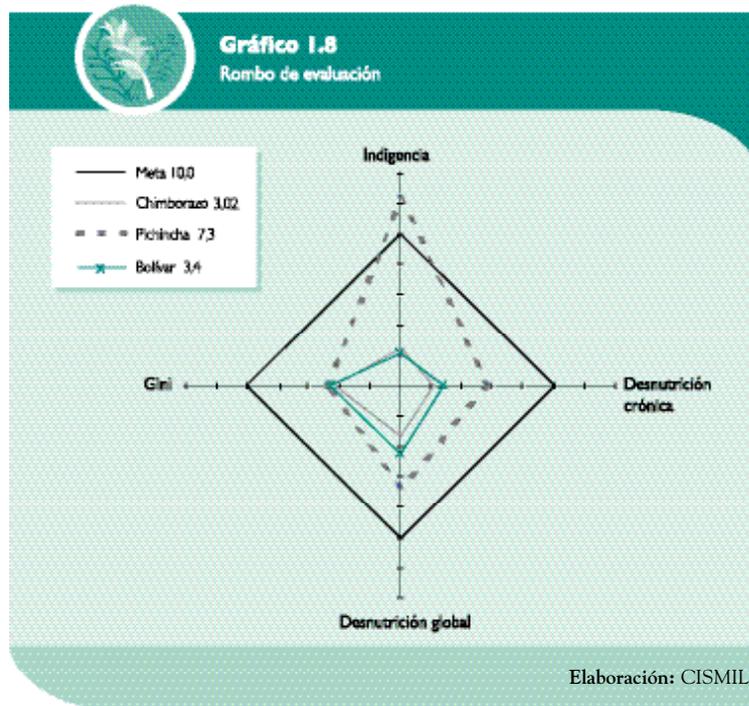
- **Generar y desarrollar el pensamiento y el espíritu emprendedor en el ciudadano.** Se debe alimentar el sentido de lucha y el anhelo de construcción a futuro desde la escuela. Debe haber una revolución en el país: no es justo que 60 familias estén manejando el país y que sólo veamos y no seamos partícipes de nuestro desarrollo.
- **Mejorar la calidad de la salud.** Se debe aumentar el personal, ya que los subcentros de salud no abastecen a cubrir las necesidades de los cantones y las zonas aledañas. Faltan equipos y ambulancias las 24 horas al día.
- **Mejorar la calidad de la educación (integral).** Se debe implementar con equipos e infraestructura a los centros educativos para poder formar a los bachilleres y técnicos como profesionales emprendedores y productivos. La educación se debe orientar hacia lo que la comunidad necesita. Se debe luchar por tener un modelo de educación transmitido a través de los educadores y orientado al microdesarrollo empresarial, especialmente, en el sector agrícola. La universidad también debería responder al contexto social, preguntarse qué necesita la provincia y, en concordancia, crear carreras de artesanías, ingenierías y tecnologías.
- **Cambiar el modo en que se ejerce la autoridad.** Los servicios públicos deben dejar de ser concebidos como favores personales. Se necesita desarrollar una filosofía de servicio a la comunidad. También se requiere que las autoridades de turno hagan visitas constantes a la provincia y que dejen de lado corrupción.
- **Desarrollar una infraestructura vial primaria y secundaria aceptable.** Tanto para impulsar el comercio como el turismo, se vuelve necesario mejorar la vía Tungurahua-Bolívar-Los Ríos.
- **Bajar los costos de los servicios de energía eléctrica y de los insumos para la agroindustria.**
- **Promover la autogestión.** No se debe adoptar una actitud pasiva frente a las autoridades. En lugar de ello, se debe asumir la capacidad de autodeterminación dentro de la provincia.
- **Ofrecer créditos oportunos.** La oferta de créditos ágiles y a bajo interés podría mejorar la calidad del producto y la cantidad de ventas.
- **Legalización de tierras.** Es necesario mejorar la distribución de este bien primordial.
- **Crear un parque industrial y artesanal en el cantón Chimbo.** A partir de la calidad de la cerámica producida y de la cantidad de artesanos que existen en este cantón, se podrían expandir las ventas a nivel nacional e internacional.
- **Construcción de alcantarillado en el cantón Las Naves.**
- **Realizar fumigaciones constantes.** Se requieren fumigaciones para prevenir enfermedades del subtrópico (como el dengue y el paludismo).
- **Crear fábricas, microempresas, industrias o agroindustrias para procesar los productos.**
- **Asegurar una mayor equidad en los bienes y servicios.** Los costos de los productos deben ser controlados por las autoridades porque los mayores beneficiarios son los intermediarios.
- **Transferir tecnología.** La tecnología aplicada a la creación de empresas y al fomento del empleo mejoraría la productividad.

## Resumen del nivel de avance

En términos generales, sobre la base de las encuestas urbanas de empleo y desempleo y tomando como año base 1990, se podría afirmar que las ciudades del Ecuador ya han conseguido la meta de reducir a la mitad la indigencia. Por esta razón, se ha construido una variable sintética que dé cuenta de la situación del país con respecto del resto de provincias, pero poniendo

como meta reducir a la mitad la pobreza de ingreso y la desnutrición en el Ecuador correspondiente a 2003.

Aquellas provincias que consigan la meta tendrán en este sentido una calificación de 10/10. En términos generales, Bolívar es una de las provincias con peor calificación del país: obtiene 3,4 sobre 10.



Como se aprecia en el gráfico, en términos de la incidencia de la indigencia, Bolívar se encuentra a un cuarto de camino de conseguir la meta señalada. A su vez, los esfuerzos que tiene que hacer para alcanzar la meta en términos de desnutrición crónica y global todavía son grandes (su situación es apenas mejor que Chimborazo, la provincia con menor calificación respecto del objetivo 1). En términos de desigualdad, la provincia de Bolívar tiene que hacer amplios esfuerzos redistributivos al igual que el resto del país. En términos generales, Chimborazo es la provincia que en peor situación se encuentra (su calificación es de 3,1 sobre 10). Si comparamos ambas

provincias respecto del coeficiente de Gini nos percatamos que prácticamente no existe diferencia. Dicha situación es grave dado que a diferencia de lo que sucede con la pobreza, el Ecuador es un país que ha visto incrementar su desigualdad desde 1990 hasta la actualidad (Cf. Vos, 2002). En este sentido, el reto principal de Bolívar es luchar por la reducción de la desigualdad económica existente tanto entre los diferentes grupos poblacionales como entre los distintos espacios territoriales e impulsar el crecimiento económico, especialmente, en las áreas rurales de la provincia.

CUADRO 1.3

### Resumen de los indicadores del objetivo 1 Objetivo 1: erradicar las pobrezas y los problemas nutricionales

Meta 1: reducir a la mitad el porcentaje de personas indigentes (pobres extremos)				
	1990	2001	2003	Avance meta 2015 <sup>1</sup>
(Extrema) pobreza de ingreso	***	***	52,9	Por cumplir
Pobreza de ingreso	***	***	80,4	No cumplida
(Extrema) pobreza según NBI	50,93	44,20	***	No cumplida
Pobreza según NBI	82,53	76,50	***	No cumplida
<b>Distribución del ingreso/consumo según quintiles</b>				
20% más pobre			4,11	No cumplida
2 quintil	***	***	7,23	No cumplida
3 quintil	***	***	11,50	No cumplida
4 quintil	***	***	18,43	No cumplida
20% más rico	***	***	58,73	No cumplida
Coefficiente de Gini	***	***	0,539	No cumplida
<b>Meta 2: Reducir a la mitad el porcentaje de personas que están desnutridas o que padecen hambre</b>				
Desnutrición crónica (1)	***	***	31,70	Por cumplir
Desnutrición global (1)	***	***	16,50	Por cumplir

(1) 2004

Fuentes: Censo de Población y Vivienda (1990-2001), SIEH (2003-2004)

Elaboración: CISMIL

## Acuerdo social sobre metodologías de medición de la pobreza en el Ecuador

A los 16 días del mes de febrero de 2006, acogiendo una convocatoria realizada por el Centro de Investigaciones Sociales del Milenio, se reunió un grupo de investigadoras e investigadores representantes de organizaciones públicas y privadas relacionadas con la medición y monitoreo de la pobreza y las líneas de pobreza en el Ecuador:

La discusión permitió que se identificaran algunos puntos críticos que subyacen a los problemas de diferencias en los cálculos y mediciones de la pobreza que provocan usos poco técnicos y manipulación política de la información y no permiten un esquema adecuado de monitoreo de datos y diseño de políticas públicas para la reducción de la pobreza.

A partir de estos puntos, las personas e instituciones firmantes decidieron elaborar una declaratoria de apoyo y compromiso sobre las siguientes estrategias:

1. Lograr que el país cuente con una línea de pobreza oficial mediante la cual partir para realizar los cálculos que permitirán cuantificar, monitorear y evaluar la pobreza por consumo e ingreso que constituirá la línea base de evaluación oficial del país. Se recomienda que la oficialización de la línea de pobreza corra a cargo del INEC, por ser el ente gubernamental encargado de las estadísticas en todo el país.
2. Conformar una Comisión Especial de Estadística de la pobreza que analice la definición de la línea de pobreza, enfocándose en sus aspectos metodológicos más críticos. Las tres funciones principales que tendría esta comisión son:
  - a. Discutir y acordar supuestos básicos para la metodología de medición de la pobreza por consumo e ingresos.
  - b. Legitimar y proponer el uso de cada instrumento: líneas de pobreza, mapas de pobreza e indicadores de pobreza, según su finalidad principal, con el fin evitar un uso poco técnico de los mismos.
  - c. Otras que se asignen al momento de su conformación oficial.
3. Declarar la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) como la fuente idónea oficial de información para el cálculo de la pobreza por consumo.
4. Recomendar la realización de la ECV con una periodicidad regular de cuatro años, partiendo de la encuesta que se encuentra en realización, con dos objetivos: 1) que este levantamiento mantenga una metodología consistente en el tiempo y que permita monitorear en forma adecuada los avances en los ODM; y, 2) que este levantamiento coincida con el siguiente Censo de Población, a realizarse en el año 2010. De este modo, se tendrá mayor consistencia y menor error de comparabilidad al momento de realizar imputaciones de cálculo de indicadores de la ECV al censo.
5. Dar continuidad a la información de la pobreza entre encuestas de condiciones de vida a través de un instrumento puente. Se recomienda que se incluya en las encuestas de empleo que realiza el INEC un módulo de consumo igual al que consta en las ECV, con una periodicidad de al menos dos años.
6. Solicitar que las bases de datos socioeconómicos, las metodologías de estudio y la documentación de respaldo de los mismos (tales como los cambios en la división político-administrativa) se documenten sistemáticamente y se diseminen de una forma que promueva el acceso a ellas.

Quito, 16-17 de febrero de 2006

# epílogo<sup>56</sup>

Esta última sección no pretende ser un resumen global de la información presentada a lo largo de todo el informe. Simplemente, tiene como intención tratar de unir de manera sintética los múltiples nexos encontrados en cada objetivo en el marco de la hipótesis planteada al principio del presente documento.

Las distintas condiciones socioeconómicas de Bolívar determinan que esta provincia obtenga una calificación de 5,87 sobre 10 en el índice de los ODM. Se trata de una de las calificaciones más bajas a nivel provincial del Ecuador. Si bien esta situación refleja las condiciones locales de la provincia, a la vez está vinculada con los procesos y estrategias de desarrollo implementados en el país.

Como es conocido, el bienestar de las personas está asociado a las múltiples dotaciones que tiene cada persona. En países como el Ecuador, dichas dotaciones están mayoritariamente asociadas a la “venta” de la fuerza de trabajo, por lo cual, el bienestar de las personas depende en buena medida de lo que sucede en el mercado laboral. En relación con el empleo, Bolívar tiene un aparato productivo reducido en comparación con las demás provincias del Ecuador. A pesar de ser eminentemente agrícola, en esta provincia el comercio y la construcción, en conjunto, representan el 60% del producto provincial.

Como se pudo constatar, la crisis financiera tuvo un fuerte efecto en la economía de Bolívar. Dos de cada tres sectores presentaron recesiones con importantes decrecimientos en sus respectivas actividades. Por lo demás, en Bolívar no existe una clara evidencia de recuperación económica en lo que va del nuevo milenio. Más bien, lo que se registra es, en general, una tendencia decreciente del aparato productivo.

Siguiendo la trayectoria esbozada en la introducción, se pudo corroborar que el sector transables incrementó casi tres veces más su producto en referencia a los no transables. No obstante, este último sector es el que absorbe la mayor cantidad de mano de obra. La pérdida de empleo en el sector agrícola ha sido uno de los impactos más duros sobre los habitantes pobres de la provincia.

Por otra parte, si bien podría ser alentador pensar que la educación es un mecanismo de movilidad social (en la medida en que puede permitir mejorar los retornos laborales), lastimosamente, en el caso de Bolívar, se evidencia que apenas siete de cada 100 ciudadanas y ciudadanos llegan a la universidad (nivel educativo que marca la diferencia de los retornos educativos). Si nos referimos únicamente a los extremadamente pobres, la probabilidad de que una persona indigente llegue a la universidad es prácticamente nula. Esta situación se ve agravada por el hecho de que, en la provincia, dos de cada diez habitantes no saben leer ni escribir.

---

<sup>56</sup> Esta sección no pretende ser un resumen de lo encontrado en cada uno de los sectores. Simplemente, tiene como intención tratar de unir de manera sintética los múltiples nexos encontrados en cada objetivo en el marco de la hipótesis planteada al principio del presente documento.

Dentro del ámbito de la educación, a pesar de que se evidencia una evolución positiva (tanto en términos absolutos como relativos) de las tasas de matrícula en las zonas rurales, su cobertura en la población mantiene niveles precarios de asistencia (88% en primaria, 31% en secundaria y 4% en la instrucción superior). Una situación similar se registra en las tasas de culminación de la primaria y educación básica completa.

En lo que se refiere a la equidad de género, el acceso al trabajo es todavía limitado y para las mujeres que consiguen empleo, la remuneración que reciben es menor que la de los hombres, a pesar de contar con iguales niveles de experiencia y educación (especialmente, a nivel universitario). Estas dificultades para generar ingresos propios sumados a la violencia de género constituyen los principales frenos para el empoderamiento de las mujeres en Bolívar.

En términos de salud pública, la situación económica y social de Bolívar ha generado un círculo vicioso. Las personas con bajos niveles educativos, al no tener oportunidades de acceder a empleos de calidad, han postergado o han arriesgado su salud física y la de los miembros del hogar. No resulta sorprendente que el 72% de las mujeres analfabetas o con nivel primario de educación atiendan su parto en el propio domicilio. Este porcentaje se replica si se toma únicamente al quintil más pobre, donde el 70% de las mujeres se atiende en su propia casa. Hay que recordar que uno de los principales problemas de la mortalidad materna se da justamente como consecuencia de la hemorragia posparto y que la probabilidad de riesgo incrementa si no existe atención profesional o capacitada. Estos poco alentadores indicadores de salud son consecuencia, entre otras razones, de la alta concentración del personal de salud en el sector urbano.

Analizando otro punto importante sobre la realidad de la provincia de Bolívar, su territorio es eminentemente agrícola y tiene cobertura productiva de más del 70% de su superficie total. El porcentaje de superficie erosionada o en procesos de erosión en Bolívar asciende a 2,1%. Guaranda es el cantón donde se presenta la mayor proporción de superficie erosionada. También se pueden identificar otro tipo de problemas ambientales en la provincia referidos, principalmente, a la contaminación de ríos que sirven como fuente hídrica para la producción agrícola. Esta contaminación no sólo afecta a la salud pública, sino que pone en riesgo a la capacidad productiva agrícola.

Por último, en lo que se refiere a las capacidades básicas de los y las ciudadanas, vemos que Bolívar es una de las provincias donde se tienen que realizar los mayores esfuerzos para cumplir con una sustancial reducción de la pobreza. Los altos niveles de pobreza de ingreso concentrados en determinados sectores de la población y un insuficiente avance en lo referente a la satisfacción de necesidades básicas determinan un retroceso en la provincia. La velocidad de reducción de la pobreza y la tasa de crecimiento de la población pobre confirman esta tendencia.

Cabe destacar que a pesar de que la pobreza es un fenómeno importante en Bolívar, ésta difícilmente disminuirá si no se cambian los patrones de redistribución de la riqueza. No es viable luchar contra la pobreza en una sociedad en que el 10% más rico se lleva el 44% del pastel, mientras que el 10% más pobre tan sólo el 1%. Cualquier estrategia de reducción de la pobreza que no tome en cuenta la reducción de todo tipo de brechas existentes en la provincia no sentará las bases para construir un desarrollo sustentable y sostenido a lo largo del tiempo.

# Listado de los indicadores de informes provinciales de los ODM

## **OBJETIVO 1: erradicar las pobrezas y la desnutrición**

**Meta 1: Reducir a la mitad el porcentaje de personas indigentes (pobres extremos)**

1. Incidencia, brecha y severidad de la extrema pobreza de ingreso
2. Extrema pobreza según NBI
3. Distribución del ingreso/consumo según quintiles
4. Coeficiente de Gini

**Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que están desnutridas**

5. Desnutrición global
6. Desnutrición crónica

## **OBJETIVO 2: lograr la enseñanza primaria universal**

**Meta 3: Velar porque, para 2015, las niñas y niños de todo el mundo puedan completar un ciclo completo de enseñanza primaria**

7. Tasa neta de escolarización preescolar
8. Tasa neta de escolarización primaria
9. Tasa neta de escolarización básica
10. Tasa de supervivencia al quinto grado
11. Tasa de transición entre el nivel primario y secundario
12. Esperanza de vida escolar
13. Analfabetismo
14. Analfabetismo funcional
15. Primaria completa
16. Educación básica completa

### **OBJETIVO 3: promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de las mujeres**

**Meta 4:** Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015 e incrementar la equidad económica y la participación pública de las mujeres

- 17. Brechas en las tasas netas de matrícula: niveles primario, secundario, superior y básico
- 18. Brechas en las tasas de analfabetismo
- 19. Brecha de sobrevivencia escolar: quinto grado
- 20. Brecha en la tasa de transición entre nivel primario y secundario
- 21. Proporción de mujeres en la PEA por sectores sin agrícola
- 22. Proporción de mujeres en la PEA remunerada por sectores sin agrícola
- 23. Proporción en la PEA mujeres/hombres por rama de actividad
- 24. Proporción en la PEA mujeres/hombres por categoría de ocupación
- 25. Brechas en el ingreso laboral mensual por nivel educativo
- 26. Brechas en la dedicación al trabajo reproductivo
  - Cuidado de hijas/os
  - Trabajo doméstico
  - Actividades comunitarias
- 27. Mujeres sin ingresos propios
- 28. Proporción de mujeres electas
  - Prefecturas, alcaldías, consejos provinciales, concejos municipales
- 29. Violencia intrafamiliar contra mujeres
- 30. Violencia sexual contra mujeres
- 31. Modelo de retornos laborales por nivel de instrucción

### **OBJETIVO 4: reducir la mortalidad de la niñez**

**Meta 5:** Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

- 32. Tasa de mortalidad de la niñez (menores de 5 años)
- 33. Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año)
- 34. Cobertura de control prenatal (al menos 1 control, en el primer trimestre y en el segundo trimestre)
- 35. Niñas/os vacunados contra el sarampión

### **OBJETIVO 5: mejorar la salud materna**

**Meta 6:** Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

- 36. Tasa de mortalidad materna
- 37. Partos con asistencia de personal sanitario especializado
- 38. Cobertura de atención posparto

## OBJETIVO 6: combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

**Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA y de otras enfermedades**

- 39. Porcentaje de conocimiento del VIH/SIDA
- 40. Porcentaje de conocimiento de las formas de prevención del VIH/SIDA
- 41. Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos
- 42. Casos de VIH/SIDA

**Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves**

- 43. Número de casos anuales de paludismo
- 44. Tasa de morbilidad asociada al paludismo
- 45. Tasa de mortalidad asociada al paludismo
- 46. Tasa de incidencia de morbilidad asociada a la tuberculosis pulmonar por cada 100 000 habitantes
- 47. Tasa de incidencia de morbilidad con BK + por cada 100 000 habitantes
- 48. Porcentaje de casos de tuberculosis detectados y curados con DOTS/TAES
- 49. Tasa de mortalidad asociada a la tuberculosis

## OBJETIVO 7: garantizar la sostenibilidad del ambiente

**Meta 9: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medioambiente**

- 50. Proporción de la superficie remanente (área natural)
- 51. Proporción de la superficie cubierta por bosques
- 52. Proporción de la superficie en áreas protegidas
- 53. Extensión de áreas de extracción de RRNN
- 54. Extensión de zonas de producción (uso del suelo)
- 55. Inversión ambiental local

**Meta 10: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento**

- 56. Proporción de viviendas con acceso a agua entubada por red pública dentro de la vivienda
- 57. Proporción de viviendas con acceso a sistemas de eliminación de excretas
- 58. Proporción de viviendas con acceso a red de alcantarillado
- 59. Proporción de viviendas con acceso a servicio de recolección de basura

**Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 40% de habitantes de tugurios**

- 60. Proporción de hogares cuya vivienda es propia

- 61. Proporción de viviendas consideradas “permanentes” o “durables” (casa, villa o departamento)
- 62. Proporción de hogares que viven en hacinamiento

## **OBJETIVO 8: Alianzas para el desarrollo local**

### **Meta 12: Lograr una eficiente y equitativa gestión de los recursos públicos**

- 63. Deuda / producción provincial
- 64. Deuda / Per cápita
- 65. Deuda / Ingresos presupuesto
- 66. Inversión / Gasto corriente
- 67. Ingresos (tributos y otros) / Total ingresos
- 68. Transferencias / Gasto corriente local

### **Meta 13: Fortalecer procesos de participación local**

- 69. Participación electoral

### **Meta 14: Fortalecer desarrollo económico, tecnológico y comunicacional**

- 70. Escolaridad de la PEA sectorial
- 71. Microemprendimientos
- 72. Servicio telefónico: cobertura

### **Meta 15: Desarrollar estrategias para proporcionar a los y las jóvenes un trabajo digno y productivo**

- 73. Desempleo y sector urbano-rural
- 74. Empleo por actividad económica y sector
- 75. Distribución sectorial de la producción provincial
- 76. Remesas / Ingresos hogares
- 77. Tasa de desempleo de las personas comprendidas entre los 15 y 24 años
- 78. Brecha de ingresos por rango de edad
- 79. Población en edad de estudiar por condición de trabajo y estudio

### **Meta 16: Situación del sector agrícola**

- 80. Distribución de la tierra por índice de GINI
- 81. Superficie tierra / UPA

# glosario

Las definiciones aquí señaladas y ordenadas alfabéticamente se refieren a conceptos e indicadores utilizados en este informe. La mayoría de éstas fueron obtenidas del SIISE versión 3.5. Para las fichas completas de cada indicador, referirse al documento metodológico de elaboración de informes locales del CISMIL.

**Analfabetismo.** Personas que no saben leer ni escribir o que sólo leen o sólo escriben.

**Analfabetismo funcional.** Personas que no pueden entender lo que leen, que no se pueden dar a entender por escrito o que no pueden realizar operaciones matemáticas elementales. Para propósitos de medición, se considera como analfabetos funcionales a aquellas personas que han asistido a la escuela primaria tres años o menos.

**Áreas de extracción.** Son la superficie de ocupación de las concesiones para la extracción de recursos no renovables (minería y petróleo, principalmente). Determinan el espacio donde se encuentran los campos o bloques de extracción. No son una evaluación del tipo de extracción, sino de la presencia de la misma. Se expresan como el porcentaje de superficie sobre el total del territorio.

**Áreas de producción.** Son el valor de la superficie de cada sistema de producción en un territorio y año determinado. Los datos son obtenidos a partir de un mapa de uso del suelo. Se expresan como el porcentaje de superficie sobre el total del territorio por cada sistema de producción. También se toman en cuenta las áreas de asentamientos humanos.

**Brecha.** Medida de diferencia o distancia. Para medir la brecha entre dos valores del mismo indicador (que es lo que se hace en este informe), operativamente, se divide el uno para el otro.

**Brechas de género.** Este tipo de brecha se mide en este informe dividiendo el dato correspondiente a las mujeres para el de los hombres. Por lo tanto, siempre un resultado de 1 significaría equidad y mientras más se aleja de 1 el resultado, mayor es la brecha entre mujeres y hombres. En el caso de indicadores en los cuales valores mayores son mejores (por ejemplo las tasas netas de matrícula o los ingresos) un resultado mayor que 1 significa que la situación de las mujeres es mejor que la de los hombres y un resultado menor que 1, lo contrario.

En el caso de los indicadores en los cuales un mayor valor implica una peor situación (por ejemplo, el analfabetismo), un resultado mayor que 1 significa que la situación de los hombres es mejor y viceversa.

**Brecha de ingreso laboral mensual por nivel de instrucción.** División del valor del ingreso laboral por hora de las mujeres para el mismo valor de los hombres en cada nivel de instrucción.

**Brechas en la dedicación al trabajo reproductivo (cuidado de hijas o hijos, trabajo doméstico y actividades comunitarias).** División del número de horas promedio dedicadas por las mujeres cada semana a estas actividades para el número de horas promedio dedicadas por los hombres.

**Brechas en los retornos laborales (salariales).** Mide cuánto se espera que proporcione en ingreso adicional cada nivel de instrucción aprobado. Por ejemplo: si una persona aprueba secundaria, ganará 5% más que si sólo tiene aprobada la primaria.

**Brecha de ingresos por rango de edad.** División del valor del ingreso del rango de edad para el promedio de ingresos de todas las edades.

**Cobertura de atención posparto.** Porcentaje de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que fueron, al menos, un control médico posterior al parto.

**Coefficiente de Gini.** Medida estadística de la desigualdad en la distribución, que varía entre 0 y 1. Muestra mayor desigualdad mientras se aproxima más a 1 y corresponde a 0 en el caso hipotético de una distribución totalmente equitativa. El coeficiente de Gini se obtiene a partir de la curva de Lorenz, dividiendo el área comprendida entre la curva y la recta de equidistribución para el área total bajo la recta mencionada.

**Consumo intermedio (CI).** El valor de los bienes y servicios consumidos como insumos en el proceso productivo.

**Curva de Lorenz.** Es un gráfico ampliamente usado para representar la desigualdad social en el acceso a recursos o medios de satisfacción de necesidades, como el ingreso, el consumo, la tierra o la propiedad de los medios de producción. La curva se construye a partir del ordenamiento de la población, en escala ascendente, de acuerdo con el acceso al recurso. El eje de las abscisas (x) representa las proporciones acumuladas de la población y el eje de las ordenadas (y), las proporciones acumuladas del acceso al recurso.

La curva se inicia en el origen y termina en el punto 1,1. Mientras más convexa sea la curva (esto es, mientras más se acerca al eje de las abscisas), mayor es la concentración en el acceso al recurso. Por el contrario, una situación de plena igualdad, en la que todos los miembros de la población acceden por igual al recurso, se representaría por la diagonal de 45 grados que parte del origen y termina en el punto 1,1. A esta línea se la conoce como la diagonal de equidistribución. En el otro extremo, en el caso de máxima concentración, esto es que una sola persona tenga el acceso total al recurso, la curva tendría la forma de L acostada que sigue el eje de las abscisas hasta el punto 1, donde salta al punto 1,1.

**Desempleo.** Personas de 12 años y más que durante el período de referencia de la medición (la última semana) no tenían empleo y estaban disponibles para trabajar: Abarca tanto a aquellos trabajadores/as que se quedaron sin empleo por despido o renuncia (cesantes) como a quienes se incorporan por primera vez al mercado de trabajo (trabajadores nuevos). Se refiere, por lo tanto, solo a la población económicamente activa (PEA).

**Desnutrición crónica.** Deficiencia de talla. La desnutrición crónica es el resultado de desequilibrios nutricionales sostenidos en el tiempo y se refleja en la relación entre la talla del niño, niña y su edad. Se considera que un niño o niña de una edad dada manifiesta una deficiencia de talla cuando su altura es menor que la mínima que se espera para esa edad según los patrones de crecimiento para una determinada población.

Corresponde a los casos en la población observada que muestran diferencias significativas de talla al compararlos con el valor correspondiente del patrón de referencia de crecimiento para una edad determinada. La condición de desnutrición crónica se determina a través de la distancia entre el valor observado de talla y el valor esperado, expresado en unidades de desviación estándar del patrón de referencia (puntajes z) para la edad. Este procedimiento transforma las mediciones de talla en una variable dicotómica que toma el valor de 1 (desnutrición crónica o deficiencia de talla) si el puntaje z se halla por debajo de -1, y el valor de 0 (normal o dentro de parámetros esperados) en caso contrario (Freire, 1988).

**Desnutrición global.** Se define como desnutrición global a la deficiencia del peso con relación a la edad. La desnutrición global es el resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes. Se considera que un niño o niña de una edad dada manifiesta peso insuficiente cuando éste es menor al mínimo que se espera para esa edad según los patrones de desarrollo físico establecidos para una determinada población.

La condición de desnutrición global se determina a través de la distancia entre el valor observado del peso y el valor esperado, expresado en unidades de desviación estándar del patrón de referencia (puntajes  $z$ ) para la edad. Este procedimiento transforma las mediciones de peso en una variable dicotómica que toma el valor de 1 (desnutrición global o deficiencia de peso) si el puntaje  $z$  se halla por debajo de  $-1$ , y el valor de 0 (normal o dentro de parámetros esperados) en el caso contrario (Freire, 1988).

**Desviación estándar (desviación típica).** Es una medida de dispersión para variables de razón (ratio o cociente) y de intervalo. Es una medida (cuadrática) de lo que se apartan los datos de su media y, por lo tanto, se mide en las mismas unidades que la variable.

**Deuda / Ingresos presupuesto.** Deuda reportada en el año de análisis en las cuentas municipales y provinciales del Ministerio de Economía y Finanzas (sistema de indicadores económicos de gobiernos seccionales) como cociente del total de ingresos reportados para ese mismo año.

**Distribución del consumo / ingreso según quintiles.** Mide la participación de cada quintil (20%) de la población en el ingreso o consumo del país, expresada como porcentaje del total del ingreso o consumo de los hogares en un determinado año.

Para obtener la participación porcentual, se ordena la población (personas) en quintiles de la que menos consume (o menos ingresos tiene) a la que más consume (o más ingresos tiene) según el consumo o ingreso por persona, luego se obtiene la suma del total del consumo o ingreso de cada quintil y se divide para el total del consumo o ingreso del país.

**Distribución sectorial de la producción agregada bruta provincial.** El peso o la participación que tiene cada sector productivo en el valor total de la producción agregada bruta. Para el caso del valor agregado bruto se aplica el mismo concepto pero cambia la variable empleada, de producción agregada bruta al valor agregado bruto.

**Educación básica.** La educación básica se aprobó en la última Constitución y comprende 10 años. Equivale a 1 año del nivel preprimario, todo el nivel primario y los tres primeros años de educación media del sistema anterior.

**Empleo por actividad económica y sector.** Empleo de personas mayores de 12 años que se encuentran trabajando en alguna actividad económica, ubicados en zonas urbanas o rurales.

**Esperanza de vida escolar.** Número de años de educación formal o escolaridad que, en promedio, se espera que tendrán en el futuro los niños o niñas que tienen seis años de edad en un determinado año.

Parte del supuesto de que la probabilidad de que un niño o niña esté matriculado en un establecimiento de enseñanza al cumplir una determinada edad sea igual a la tasa de matrícula o asistencia por edad correspondiente a ese grupo de edad (UNESCO, 1993). La tasa de matrícula se calcula para cada año de edad entre los 6 y 17 años, es decir, aquellas correspondientes a los niveles primario y secundario. En el caso de la enseñanza superior, se utiliza la tasa bruta de matrícula del grupo de edad comprendido entre los 18 y 22 años multiplicada por 5. Luego se divide esta suma para 100.

Por ejemplo, si en el país en 1995, según la ECV, se dieron las siguientes tasas de matrícula por edad:

Edad (años)	Tasa de matrícula (%)
6	83,5
7	92,9
8	96,6
9	96,5
10	96,8
11	94,8
12	90,6
13	75,9
14	68,1
15	61,6
16	58,0
17	54,8
18-22	23,3

Entonces, la esperanza de vida escolar de un niño de seis años es de:

$$[ 83,5 + 92,9 + 96,6 + 96,5 + 96,8 + 94,8 + 90,6 + 75,9 + 68,1 + 61,6 + 58,0 + 54,8 + (23,3 \times 5) ] / 100 = 10,9 \text{ años.}$$

**Gasto de Inversión / Gasto corriente.** Dentro del rubro de gastos de gobierno en las cuentas del Ministerio de Economía y Finanzas (sistema de indicadores económicos de gobiernos seccionales), seccional o local, a nivel de prefecturas y municipios, se emplean aquellos egresos categorizados como inversión en un año  $t^{57}$  divididos para los gastos corrientes<sup>58</sup> en el mismo año.

**Incidencia, brecha y severidad de la extrema pobreza de ingreso.** Número de personas indigentes o extremadamente pobres expresado como porcentaje del total de la población en un determinado año.

Se define como "indigentes" a aquellas personas que pertenecen a hogares cuyo consumo per cápita, en un período determinado, es inferior a la línea de indigencia o extrema pobreza. La línea de indigencia es el equivalente monetario del costo de una canasta de alimentos que permita satisfacer los requerimientos nutricionales de un hogar.

La incidencia de la indigencia se calcula mediante el índice de Foster-Greer-Thorbecke (FGT).

**Ingresos (tributos y otros)/ Total ingresos.** Es la suma de los ingresos tributarios, no tributarios y transferencias, dividido para el total de ingresos, respectivamente.

**Inversión ambiental local.** Monto o porcentaje de la inversión del gobierno local dedicada a temas ambientales.

**Inversión del presupuesto local / Total presupuesto del gobierno.** Es la inversión total del presupuesto del año  $t$  dividida para el total del presupuesto de ese año.

<sup>57</sup> Para una ampliación sobre la creación de capital o inmobiliarios nuevos, consultar el anexo 8.2 incluido en la sección Anexos de este CD ROM.

<sup>58</sup> Para acceder a información completa sobre la estructura del presupuesto, consultar el anexo 8.1 incluido en la sección Anexos de este CD ROM.

**Intervalos de confianza.** Intervalo que, con un cierto nivel de confianza, contiene al parámetro que se está estimando. **Nivel de confianza** es la "probabilidad" de que el intervalo calculado contenga al verdadero valor del parámetro. Se indica por  $1-a$  y, habitualmente, se da en porcentaje  $(1-a)100\%$ . Hablamos de nivel de confianza y no de probabilidad ya que una vez extraída la muestra, el intervalo de confianza contendrá al verdadero valor del parámetro o no, lo que sabemos es que si repitiésemos el proceso con muchas muestras, podríamos afirmar que el  $(1-a)\%$  de los intervalos así contruidos contendría al verdadero valor del parámetro.

**Microemprendimientos / PEA empleada.** División del número de microemprendimientos, considerados como aquellos que emplean menos de 10 personas, para el total de la PEA mayor de 12 años y empleada que está en las categorías patrono o socio y cuenta propia.

**Modelo de retornos laborales por nivel de instrucción.** Modelo para medir qué porcentaje más de ingreso significa en general, y para mujeres y hombres separadamente, un año o un nivel más de escolaridad.

**Mujeres en edad fértil víctimas de violencia sexual.** Mujeres de 15 a 49 años que reportaron haber sufrido violencia sexual con o sin penetración.

**Mujeres sin ingresos propios.** Mujeres que no reportan ingresos propios ni laborales ni por rentas ni por pensiones ni por jubilaciones, usualmente, estudiantes o amas de casa.

**Partos con asistencia de personal sanitario especializado.** Partos que fueron atendidos por personas tituladas o diplomadas en la salud (médicos, enfermeras, obstétricas o auxiliares de enfermería), expresado como porcentaje del número total de partos de mujeres en edad fértil.

**Población en edad de estudiar por condición de trabajo y estudio.** Distribución de la población entre los 15 y 24 años de acuerdo con si solo estudia, solo trabaja, trabaja y estudia o no hace ninguna de las dos cosas.

**Pobreza y extrema pobreza según las NBI.** La pobreza se refiere a las privaciones de las personas u hogares en la satisfacción de sus necesidades básicas, en particular, las necesidades materiales. Algunos enfoques, además de observar los resultados materiales de la pobreza, se refieren también a la ausencia de ciertas capacidades individuales y colectivas (PNUD, 1997). Desde la perspectiva de los aspectos observables de la pobreza, los métodos principales de medición son dos (Vos, 1998): el método indirecto (o método del ingreso o consumo) y el método directo (o método de las necesidades básicas insatisfechas o de los indicadores sociales). El presente indicador utiliza el segundo.

Se considera "pobre" a una persona si pertenece a un hogar que presenta carencias persistentes en la satisfacción de sus necesidades básicas incluyendo vivienda, salud, educación y empleo. NBI son las siglas de necesidades básicas insatisfechas. La definición empleada aquí, aplicada a censos de población del SIISE, proviene de las recomendaciones de la reunión de expertos gubernamentales de la Comunidad Andina sobre encuestas de hogares, de empleo y pobreza. Un hogar se establece como **pobre** cuando presenta al menos una de las siguientes características:

1. Su vivienda tiene características físicas inadecuadas: aquellas que son inapropiadas para el alojamiento humano: con paredes exteriores de lata, tela, cartón, estera o caña, plástico u otros materiales de desecho o precarios; o con piso de tierra. Se incluyen las viviendas móviles, los refugios naturales y los puentes o similares.
2. Su vivienda tiene servicios inadecuados: viviendas sin conexión a acueductos o tubería o sin sanitario conectado a alcantarillado o a pozo séptico.
3. El hogar tiene una alta dependencia económica: aquellos con más de tres miembros por persona

ocupado y donde el jefe o jefa del hogar hubiera aprobado como máximo dos años de educación primaria.

4. En el hogar existen niños o niñas que no asisten a la escuela: aquellos con al menos un niño de seis a doce años de edad que no asiste a la escuela.
5. El hogar se encuentra en un estado de hacinamiento crítico: aquellos con más de tres personas en promedio por cuarto utilizado para dormir.

Un hogar se considera como extremadamente pobre cuando presenta 2 ó más de estas características.

**Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos.** De las mujeres que reportan usar anticonceptivos en sus relaciones sexuales, que porcentaje usa preservativos.

**Primaria completa.** Personas que completaron o aprobaron los seis años requeridos para el nivel primario en el sistema educativo regular (es decir, aquel sometido a disposiciones reglamentarias sobre el límite de edad, secuencia de niveles y duración de cursos); no incluye a aquellas personas que han asistido a programas equivalentes de educación compensatoria o especial. No implica la posesión de certificado de aprobación o graduación alguno.

**Producción bruta.** La producción se explica como la actividad ejercida bajo el control, responsabilidad y gestión de una unidad institucional que, para el caso de estudio, será la provincia y su gobierno. Esta producción combina los recursos de mano de obra, capital, bienes y servicios para fabricar bienes y/o proporcionar servicios.

**Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con DOTS/TAES.** Tasa de éxito en la detección y tratamiento de la tuberculosis pulmonar con el TAES (tratamiento acertado estrictamente supervisado, *directly observed treatment*, por sus siglas en inglés) o por observación directa. El TAES es recomendado por haber demostrado su fundamental importancia para el control de la tuberculosis y ser favorable considerando su costo-efectividad. Consiste de tres pasos clave:

1. Detección de casos de tuberculosis a través de baciloscopía entre las personas que tengan síntomas.
2. Suministro regular e ininterrumpido de medicamentos antituberculosos de alta calidad.
3. Seis a ocho meses de tratamiento estrictamente supervisado (lo que incluye la observación de la toma de los medicamentos).

**Proporción de hogares que habitan en una vivienda considerada "permanente" o "durable" (casa, villa o departamento).** Número de viviendas clasificadas como casas, villas o departamentos, expresado como porcentaje del total de viviendas (u hogares).

Los censos clasifican a las viviendas por el tipo de construcción, no por su estado físico, según las siguientes categorías:

1. Casa o villa: construcción permanente hecha con materiales resistentes.
2. Departamento: conjunto de cuartos que forma parte independiente de un edificio de uno o más pisos, tiene abastecimiento de agua y servicio higiénico exclusivo.
3. Cuarto de inquilinato: tiene una entrada común y, en general, no cuenta con servicio exclusivo de agua o servicio higiénico.
4. Mediagua: construcción de un solo piso con paredes de ladrillo, adobe, bloque o madera y techo de paja, asbesto o zinc; tiene una sola caída de agua y no más de dos cuartos.

5. Rancho: construcción rústica, cubierta con palma o paja con paredes de caña y con piso de madera caña o tierra.
6. Covacha: construcción de materiales rústicos como ramas, cartones, restos de asbesto, latas o plástico con pisos de madera o tierra.
7. Choza: construcción de paredes de adobe o paja, piso de tierra y techo de paja.

Este indicador busca aproximarse a la calidad constructiva (durabilidad y funcionalidad) de las viviendas. Agrupa a las construcciones con condiciones de habitación más favorables (casas, villas y departamentos) en una categoría, en contraste con los demás tipos (cuartos de inquilinato, mediagua, rancho, covacha y choza) que, además de deficiencias constructivas y limitaciones funcionales, tienen altas probabilidades de carecer de ciertos servicios básicos. Se trata, sin embargo, de una clasificación en gran medida arbitraria: por un lado, en muchas fuentes depende del criterio del empadronador y, por otro, no toma en cuenta factores y preferencias regionales o culturales (por ejemplo, las diferencias en la funcionalidad y características de las viviendas rurales y urbanas).

La mayoría de los estudios sobre la vivienda en el país consideran a las tres categorías agrupadas en este indicador como viviendas "adecuadas" o de "buena calidad" y a las demás como "no adecuadas" o "deficitarias".

**Proporción de hogares que viven en hacinamiento.** Número de hogares que viven en condiciones de hacinamiento, expresado como porcentaje del total de hogares.

Se considera que un hogar está hacinado si cada uno de los dormitorios con los que cuenta sirve, en promedio, a un número de miembros mayor que tres. Se define como dormitorio a los cuartos o espacios dedicados sólo a dormir; no se incluye otros espacios disponibles para habitar (como salones, comedor, cuartos de uso múltiple, etc.) que pueden dedicarse ocasional o parcialmente a dormir; así como las cocinas, baños, pasillos, garajes y espacios destinados a fines profesionales o negocios.

**Proporción de hogares cuya vivienda es propia.** Número de hogares cuya vivienda es propia, expresado como porcentaje del total de hogares.

Se refiere a viviendas propias que estén parcial o totalmente pagadas, independientemente del miembro del hogar que es titular de la propiedad y de la calidad o condiciones de la vivienda.

**Proporción de mujeres electas a prefecturas, alcaldías, consejos provinciales, concejos municipales.** Porcentaje de mujeres electas respecto del total de candidatos/as electos a cada dignidad en un determinado año.

**Proporción de mujeres en la PEA.** Porcentaje de mujeres respecto del total de personas en la población económicamente activa mayor de 12 años.

**Proporción de mujeres en la PEA remunerada por sectores.** Porcentaje de mujeres con empleos remunerados respecto del total de personas con empleos remunerados en la población económicamente activa mayor de 12 años en cada sector económico. Los sectores son: sector agrícola, sector moderno, sector informal y servicio doméstico.

- I. El **sector moderno**, compuesto por: Los ocupados/as que trabajan en establecimientos económicos: (i) con más de 5 trabajadores/as; (ii) de hasta 5 personas, pero como patronos, cuentapropistas y asalariados profesionales o técnicos; y, (iii) de hasta 5 personas en cuya rama de actividad no haya establecimientos que puedan ser clasificados como informales --como, por ejemplo, casas de cambio, agencias de viajes, centros de cómputo, empresas de transporte y otros de similares características-- y los desocupados/as, tanto cesantes como trabajadores nuevos (o que buscan trabajo por

primera vez), bajo el supuesto de que la búsqueda de trabajo es una característica del sector moderno --esto porque, se considera que en el sector informal no se busca empleo, sino que se crean puestos de trabajo.

2. El **sector informal**, integrado por los ocupados/as por cuenta propia, trabajadores/as familiares no remunerados, patronos y asalariados/as de establecimientos de hasta 5 trabajadores, con excepción de quienes desarrollan actividades de nivel profesional o técnico.
3. El **servicio doméstico**, integrado por aquellos ocupados que trabajan en relación de dependencia en un hogar particular y reciben por su trabajo una remuneración.
4. El **sector agrícola**, integrado por personas que trabajan en la agricultura.

El indicador de los ODM propuesto por la ONU considera medir la proporción de mujeres en la PEA remunerada sin el sector agrícola, debido básicamente a que, sobre todo en los países en desarrollo, la participación de las mujeres en el sector agrícola es severamente subregistrada. Muy frecuentemente, las mujeres que trabajan en la producción agrícola para el autoconsumo (huertas familiares) o que colaboran con la producción agrícola familiar para el mercado no son incluidas en la PEA, sino catalogadas como amas de casa y colocadas en la PEI.

**Proporción de mujeres/hombres por rama de actividad.** Se refiere a la actividad económica que permite clasificar al establecimiento donde trabaja o trabajó la persona dentro de un sector de la economía, según la clase de bienes y servicios que produce. Se trata básicamente de una característica del establecimiento. En el Ecuador, como en la mayoría de los países, las estadísticas económicas se basan en la segunda revisión de la Clasificación Internacional Industrial Uniforme (CIIU).

La CIIU de un dígito utilizada por el INEC es la siguiente:

1. Agricultura, caza silvicultura y pesca
2. Explotación de minas y canteras
3. Industrias manufactureras
4. Electricidad, gas y agua
5. Construcción
6. Comercio al por mayor y menor, restaurantes y hoteles
7. Transporte, almacenamiento y comunicaciones
8. Establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas
9. Servicios comunales, sociales y personales
10. Actividades no bien especificadas

**Proporción de mujeres/hombres por categoría de ocupación.** Porcentaje de mujeres y hombres en cada categoría de ocupación.

La categoría de ocupación se refiere a la relación de dependencia en la que una persona ejerce su trabajo. Las principales categorías de ocupación son:

- Patrono/a o socio/a activo. Es quien trabaja sin relación de dependencia, es decir que son únicos dueños o socios activos de la empresa y emplean como mínimo una persona asalariada en forma permanente.

- **Trabajador/a por cuenta propia.** Es quien desarrolla su actividad utilizando para ello solo su trabajo personal, es decir, no depende de un patrón ni hace uso de personal asalariado aunque puede estar auxiliado por trabajadores no remunerados. Aquí también se incluye a los socios de cooperativas de producción o de sociedades de personas que no emplean asalariados.
- **Empleado/a privado, del gobierno o de tercerizadoras.** Es quien trabaja en relación de dependencia sea en el sector público, privado o en tercerizadoras y recibe un pago por su trabajo sea sueldo, salario o jornal.
- **Trabajador/a familiar no remunerado.** Es quien ejerce un trabajo en relación con un miembro del hogar en un establecimiento familiar sin recibir ningún pago por el trabajo realizado.
- **Jornalero/peón.** Obrero que realiza trabajos no especializados o trabaja como ayudante en algunos oficios por cuenta ajena, generalmente, contratado por días o temporadas cortas.
- **Empleado/a doméstico.** Es quien trabaja en relación de dependencia en un hogar particular y recibe por su trabajo una remuneración. Aquellos casos en que las personas no declaran o no definen correctamente su categoría se los considera dentro de una categoría residual: ocupación no declarada.

**Proporción de la población con acceso a agua entubada.** Número de viviendas que se abastecen para su consumo de agua de la red pública dentro de la vivienda en un determinado año, expresado como porcentaje del total de viviendas en dicho año.

Se refiere tanto al sistema (tubería) como al medio de abastecimiento (red pública). La red pública se refiere a los sistemas de captación y conducción del agua hacia las viviendas; pueden o no incluir procesos de tratamiento del agua.

**Proporción de viviendas con acceso a red de alcantarillado.** Número de viviendas conectadas (u hogares cuyas viviendas están conectadas) a la red pública de alcantarillado en un determinado año, expresado como porcentaje del total de viviendas (u hogares) en dicho año.

**Proporción de viviendas con acceso a servicio de recolección de basura.** Número de viviendas que cuentan (u hogares cuyas viviendas cuentan) con un servicio de recolección de basura privado o municipal, expresado como porcentaje del total de viviendas (u hogares).

Se refiere a los "carros recolectores"; no incluye eliminación directa por parte de los residentes (en terrenos o por incineración). No toma en cuenta ni la frecuencia ni las características posteriores del servicio (botadero, incineración, relleno sanitario, etc.).

**Proporción de viviendas con acceso a sistemas de eliminación de excretas.** Número de viviendas conectadas (u hogares cuyas viviendas están conectadas) a la red pública de alcantarillado o que tienen pozo ciego o séptico, expresado como porcentaje del total de viviendas (u hogares).

Se refiere únicamente a las viviendas que cuentan con sistemas de recolección y evacuación de excrementos humanos y aguas servidas que son arrastrados por corrientes de agua (alcantarillado o pozos con o sin tratamiento); excluye a las viviendas que disponen de otros medios sanitarios para la eliminación de excretas, como las letrinas.

**Proporción de la superficie cubierta por bosques.** Es la medida de la superficie de un territorio dado que se encuentra en una categoría de manejo ambiental especial privado. En este caso, bosques protectores privados.

**Proporción de la superficie en áreas protegidas.** Es la medida de superficie de un territorio dado que

se encuentra en una categoría de manejo ambiental estatal. En el caso del Ecuador, se trata de un territorio en el Sistema Nacional de Áreas Protegidas (SNAP).

**Quintil.** El quintil es parte de un conjunto de medidas (que incluye la mediana, los cuartiles, los quintiles, los deciles y los centiles) que indican la proporción de casos de una determinada distribución que se encuentran bajo o sobre cierto valor. Los quintiles son los valores que dividen el conjunto de casos en cinco partes iguales o quintos, de manera tal que cada quinta parte contiene exactamente el mismo número de casos.

**Relación entre tasas de alfabetización personas entre 15 y 24 años.** división de la tasa de alfabetización de las mujeres para la tasa de alfabetización de los hombres en el rango de edad señalado.

**Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total.** Es la medida de la superficie de un territorio dado que se encuentra en una categoría de manejo ambiental especial sea pública (áreas protegidas) o privada (bosques protectores).

**Secundaria completa.** Personas que completaron o aprobaron los seis años requeridos para el nivel secundario en el sistema educativo regular (es decir, aquel sometido a disposiciones reglamentarias sobre el límite de edad, secuencia de niveles y duración de cursos); no incluye a aquellas personas que han asistido a programas equivalentes de educación compensatoria o especial. No implica la posesión del título de bachiller.

**Servicio deuda / presupuesto.** Deuda reportada en el año t dividida para el presupuesto total de ese mismo año (gobiernos seccionales).

**Tasa Bruta de escolarización o matrícula.** Número de alumnos/as matriculados o que asisten a establecimientos de enseñanza de un determinado nivel, independientemente de su edad, expresado como porcentaje del total de la población del grupo de edad que, según las normas reglamentarias o convenciones educativas, corresponde a dicho nivel. Los niveles considerados son los siguientes:

- La matrícula **preescolar** o preprimaria se refiere a quienes tienen entre 4 y 5 años de edad y están matriculados/as o asisten a guarderías o parvularios, prekínder, kínder o jardín de infantes.
- La enseñanza **primaria** comprende 6 grados y, según los reglamentos vigentes, el ingreso a este nivel no puede realizarse antes de los 6 años de edad. Por ello, la población de referencia para esta medida son los niños/as de 6 a 11 años.
- La enseñanza **secundaria** o media comprende 6 cursos y, según los reglamentos vigentes, el ingreso a este nivel no puede realizarse antes de los 12 años de edad. Por ello, la población de referencia para esta medida son los niños/as de 12 a 17 años.
- La enseñanza **básica** se aprobó en la última Constitución y comprende 10 años de educación. Equivale al nivel preprimario, primario y los tres primeros años de educación media del anterior sistema.
- El nivel **superior** considera estudios superiores universitarios y no universitarios. Si bien no hay normas específicas, el ingreso al nivel superior debe realizarse una vez concluida la enseñanza secundaria, es decir, a los 18 años de edad. Se asume una duración de los estudios de 6 años. La población de referencia está, por lo tanto, constituida por las personas de 18 a 24 años.

**Tasa neta de escolarización o matrícula.** Número de alumnos/as matriculados o que asisten a establecimientos de enseñanza de un determinado nivel y que pertenecen al grupo de edad que, según las normas reglamentarias o convenciones educativas, corresponde a dicho nivel, expresado como porcentaje del total de la población del grupo de edad respectivo. Los niveles considerados son los mismos que para la tasa bruta de escolarización o matrícula.

**Tasa de crecimiento.** Cambio (aumento o disminución) en un período de tiempo determinado de una variable.

**Tasa de incidencia de morbilidad con BK +.** Número de muertes por tuberculosis pulmonar por cada 100 000 habitantes

**Tasa de mortalidad infantil.** Número de defunciones de niños/as menores de un año en un determinado año, expresado con relación a cada 1 000 nacidos vivos durante el mismo año.

**Tasa de mortalidad materna.** Probabilidad que tiene una mujer de morir por causas ligadas con la maternidad. Se mide como el número de defunciones de mujeres en edad fértil (15 a 49 años cumplidos) en un determinado año por causas relacionadas con el embarazo, aborto, parto y puerperio, expresado con relación a cada 100 000 nacidos vivos durante el mismo año.

Se refiere únicamente a muertes por causas obstétricas. Excluye las muertes por accidentes no obstétricos o por enfermedades que se presentan durante el período de la gestación pero que no tienen relación directa con éste.

**Tasa de mortalidad en la niñez.** Número de niños/as de 0 a 59 meses cumplidos (menores de 5 años) fallecidos en un determinado año, expresado con relación a cada 1 000 niños/as nacidos vivos durante ese año.

**Tasa de mortalidad neonatal.** Número de niños fallecidos antes de cumplir 28 días en un determinado año, expresado con relación a cada 1 000 nacidos vivos durante el mismo año.

**Tasa de mortalidad postneonatal.** Número de niños fallecidos entre 28 días y un año, en un determinado año, expresado con relación a cada 1 000 niños nacidos vivos durante el mismo año.

**Tasa de transición entre el nivel primario y secundario.** El número de niños que ingresan por primera vez al primer grado de un nivel superior de educación en un año dado, expresado como un porcentaje del número de niños matriculados en el grado final de un nivel de educación anterior, en el año previo.

**Tasa de supervivencia al quinto grado (6.º de básica).** Se refiere al porcentaje, respecto del total de alumnos de una cohorte, de matriculados en el primer grado en un año escolar determinado, que se espera alcance los sucesivos grados. En este contexto, "cohorte" significa "un grupo de alumnos que inicia el primer año de educación primaria en un año dado". Para su cálculo se divide el total de alumnos que pertenecen a una cohorte escolar y han alcanzado el quinto grado (incluyendo los repetidores), para el número de alumnos que inició la cohorte. Su principal supuesto es que las tasas de promoción, repitencia y deserción del sistema educativo se mantienen constantes a lo largo del tiempo.

**Transferencias / Gasto corriente local.** Porcentaje del gasto corriente del gobierno local correspondiente a las transferencias del Gobierno central.

**Valor agregado bruto (VAB).** Es la diferencia entre el valor de la producción y aquel de los consumos intermedios necesarios para obtener esta producción.

**Violencia intrafamiliar contra mujeres.** Porcentaje de mujeres en edad fértil (15-49 años) alguna vez casadas o unidas que sufrieron violencia psicológica/verbal, física o sexual por parte de sus parejas.

**Violencia sexual contra mujeres.** Porcentaje de mujeres en edad fértil (15-49 años) que sufrieron violación o abuso sexual sin penetración.

# fuentes de datos

## 1. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – INEC

- V Censo de Población y IV de Vivienda (1990)
- VI Censo de Población y V de Vivienda (2001)
- Estadísticas Vitales (1990-2004)
- Estadísticas de recursos y actividades de salud (2001)
- Encuestas de Empleo y Desempleo Urbano (1990-2002)
- Sistema Integrado de Encuestas de Hogares, Módulo de Empleo (2003)
- Encuesta de Ingresos y Gastos (ENIGHU) (2003)
- Encuesta de Condiciones de Vida (1995, 1999)
- Proyecciones de Población (2001-2010)

## 2. STFS, Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE)

- Versiones 3.5 y 4.0

## 3. Ministerio de Salud Pública

- Estadísticas de la Dirección Nacional de Epidemiología (2005)
- Estadísticas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (2005)
- Estadísticas del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA (2005)
- Dirección Provincial de Salud de Bolívar (2006)

## 4. Ministerio del Ambiente del Ecuador

- Mapa de Bosques Protectores (2005)
- Sistema Nacional de Áreas Protegidas del Ecuador (2005)

## 5. Ministerio de Energía y Minas

- Catastro Minero del Ecuador (2005)

**6. Ministerio de Educación, Cultura y Deportes**

- Sistema Nacional de Estadísticas Educativas (SINEC) (1998, 2001, 2002)

**7. Ministerio de Economía y Finanzas**

- Sistema de indicadores económicos de gobiernos seccionales (SIISEC) (1990-2004)

**8. Banco Central del Ecuador**

- Cuentas nacionales y provinciales (1993-2004)

**9. Servicio de Rentas Internas**

- Estadísticas de Recaudación (2002-2005)

**10. Gobierno Provincial de Bolívar**

- Plan Estratégico de Desarrollo Provincial (2004-2024)

**11. Tribunal Supremo Electoral**

- Resultados electorales (2000, 2002, 2004)

**12. Consejo Nacional de las Mujeres**

- Procesamiento de los resultados electorales (2000, 2002)

**13. PROMSA – CDC**

- Mapa de Uso del Suelo 2001, Almanaque Agropecuario del Ecuador

**14. CEPAR**

- Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil – ENDEMAIN (1994, 1999, 2004)

**15. EcoCiencia – MAE – WCMC /UNEP**

- Sistema de Monitoreo SocioAmbiental del Ecuador, [CD ROM] (2006) Proyecto BINU

# fuentes de datos

## 1. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – INEC

- V Censo de Población y IV de Vivienda (1990)
- VI Censo de Población y V de Vivienda (2001)
- Estadísticas Vitales (1990-2004)
- Estadísticas de recursos y actividades de salud (2001)
- Encuestas de Empleo y Desempleo Urbano (1990-2002)
- Sistema Integrado de Encuestas de Hogares, Módulo de Empleo (2003)
- Encuesta de Ingresos y Gastos (ENIGHU) (2003)
- Encuesta de Condiciones de Vida (1995, 1999)
- Proyecciones de Población (2001-2010)

## 2. STFS, Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE)

- Versiones 3.5 y 4.0

## 3. Ministerio de Salud Pública

- Estadísticas de la Dirección Nacional de Epidemiología (2005)
- Estadísticas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (2005)
- Estadísticas del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA (2005)
- Dirección Provincial de Salud de Bolívar (2006)

## 4. Ministerio del Ambiente del Ecuador

- Mapa de Bosques Protectores (2005)
- Sistema Nacional de Áreas Protegidas del Ecuador (2005)

## 5. Ministerio de Energía y Minas

- Catastro Minero del Ecuador (2005)

**6. Ministerio de Educación, Cultura y Deportes**

- Sistema Nacional de Estadísticas Educativas (SINEC) (1998, 2001, 2002)

**7. Ministerio de Economía y Finanzas**

- Sistema de indicadores económicos de gobiernos seccionales (SIISEC) (1990-2004)

**8. Banco Central del Ecuador**

- Cuentas nacionales y provinciales (1993-2004)

**9. Servicio de Rentas Internas**

- Estadísticas de Recaudación (2002-2005)

**10. Gobierno Provincial de Bolívar**

- Plan Estratégico de Desarrollo Provincial (2004-2024)

**11. Tribunal Supremo Electoral**

- Resultados electorales (2000, 2002, 2004)

**12. Consejo Nacional de las Mujeres**

- Procesamiento de los resultados electorales (2000, 2002)

**13. PROMSA – CDC**

- Mapa de Uso del Suelo 2001, Almanaque Agropecuario del Ecuador

**14. CEPAR**

- Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil – ENDEMAIN (1994, 1999, 2004)

**15. EcoCiencia – MAE – WCMC /UNEP**

- Sistema de Monitoreo SocioAmbiental del Ecuador, [CD ROM] (2006) Proyecto BINU

# bibliografía

- Atkinson, A. B. 1975 *The Economics of Inequality* (Oxford: Clarendon Press).
- Berlin, Isaiah 1978 "Two concepts of liberty" en Quinton, A. (compilador) 1978 *Political Philosophy* (Oxford: Oxford University Press).
- Centro de Investigaciones Sociales del Milenio-CISMIL 2006 Documento metodológico sobre la elaboración de informes locales de los ODM (Quito: mimeo-CISMIL).
- Comisión Económica para América Latina-CEPAL 2002 *Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean* (Washington: ECLAC, IPEA, PNUD).
- Dieterlen, Paulette 2003 *La pobreza: un estudio filosófico* (México: Fondo de Cultura Económica-UNAM).
- Falconí, Fander; Larrea, Carlos 2004 "Impactos ambientales de las políticas de liberalización externa y los flujos de capital: el caso de Ecuador" en Falconí, F; Hercowitz, R, Muradian (editores) 2004 *Globalización y desarrollo en América Latina* (Quito: FLACSO-Ecuador).
- Freire, Wilma et al. 1988 *Diagnóstico de la situación alimentaria nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco años* (Quito: CONADE y MSP).
- Gobierno Provincial de Bolívar (GPB) 2005 Plan Estratégico de Desarrollo Provincial 2004-2024 (GPB).
- Graham, Carol; Pettinato, Stefano 2005 *Felicidad y Penuria: Oportunidades e inseguridad en las nuevas economías de mercado* (Buenos Aires: Asociación Argentina de Política Social-Prometeo).
- Griffin, James 1988 *Well-Being. Its Meaning, Measurement and Moral Importance* (Oxford: Clarendon Press).
- Hirschman, Albert 1973 "Changing Tolerance for Income Inequality in the Course of Economic Development" en *Quarterly Journal of Economics* (New York) No. 87 (November).
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos-IIDH 2003 *Acercándonos a los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos de las mujeres* (San José de Costa Rica: IIDH).
- Nozick, Robert 1988 *Anarquía, Estado y utopía* (México: Fondo de Cultura Económica).
- Nussbaum, Martha 1992 "Capacidades humanas y justicia social. Una defensa del esencialismo Aristotélico" en Rietzman, J. (coordinador) 1998 *Necesitar, desear, vivir: Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad* (Madrid: Los Libros de la Catarata).
- Nussbaum, Martha; Sen, Amartya (compiladores) 1996 *La Calidad de Vida* (México: Fondo de Cultura Económica).

- Ramírez, René 2002 “Desarrollo, desigualdad y exclusión: los problemas nutricionales en el Ecuador (1990-2000) desde el enfoque de las capacidades humanas” en Ramírez, F.; Ramírez R. 2002 Versiones y aversiones del Desarrollo (Quito: SIISE-Ciudad-Universidad Andina).
- Sach, Jeffrey 2005 *Invirtiendo en el desarrollo: un plan práctico para conseguir los Objetivos del Milenio* (New York: Millenium Project).
- Secretaría Técnica del Frente Social-STFS 2003 *Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador - SIISE versiones 3.5* (Quito: STFS).
- Secretaría Técnica del Frente Social-STFS 2005 *Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador - SIISE versiones 4.0* (Quito: STFS).
- Sen, Amartya; Drèze, Jean 1989 *Hunger and Public Action* (Oxford: Clarendon Press).
- Sen, Amartya 1981 *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation* (Oxford: Clarendon Press).
- Sen, Amartya 1987 *The Standard of Living, Tanner Lectures with rejoinders by Bernard Williams and others* en Hawthorne, G. (Edited) 1987 (Cambridge: Cambridge University Press).
- Sen, Amartya 1992 *Inequality Reexamined* (Oxford: Clarendon Press, New York: Russell Sage Foundation, and Cambridge, MA: Harvard University Press).
- Sen, Amartya 1995 “Rational and Social Choice” en *American Economic Review* (New York) No. 85.
- Sen, Amartya 2000 *Desarrollo y libertad* (Barcelona: Editorial Planeta).
- Sen, Amartya 2001 *La desigualdad Económica* (México: Fondo de Cultura Económica).
- Sen, Amartya 2003 *Nuevo Examen de la Desigualdad* (Madrid: Alianza Editorial).
- Singer, Peter 1994 *Practical Ethics* (Cambridge: Cambridge University Press).
- Taylor, Lance; Vos, Robert; Paes de Barros, Ricardo 2002 *Economic Liberalization, Distribution and Poverty, Latin America in the 1990* (New York: UNDP).
- United Nations Development Group 2003 *Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals: Definitions, Rationale, Concepts and Sources* (New York: United Nations Population Fund, United Nations Development Programme, and Department of Economic and Social Affairs–Statistics Division).
- Vos, Rob 1987 “La acumulación de capital y las necesidades básicas” en Barreiros, Lidia; Kouwenaar, Teekens, Rudolf; Vos, Rob 1987 *Ecuador. Teoría y diseño de políticas para la satisfacción de las necesidades básicas* (Países Bajos: Instituto de Estudios Sociales).
- Vos, Rob 2002 “Ecuador: economic libetalization, adjustment and poverty, 1988-99” en Vos, Rob; Taylor, Lance; Paes de Barros, Ricardo (editores) 2002 *Economic Liberalization, Distribution and Poverty* (United Kingdon: UNDP).
- Vos, Rob; León, Mauricio 2000 *La pobreza urbana en el Ecuador. Mitos y realidades, 1988-1998* (Quito: Abya-Yala).
- Wiggings, David 1985 “Claim of Needs” en Hoderich, Ted (compilador) 1985 *Morality and Objectivity* (London: Routledge, Kegan Paul).

## OBJETIVO 1

- Comisión Económica para América Latina-CEPAL 2002 *Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean* (Washington: ECLAC, IPEA, PNUD).
- Comisión Económica para América Latina-CEPAL 2005 *Objetivos del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe* (Santiago de Chile: CEPAL-ONU).
- Conim, Flavio 2005 “*Capability & Happiness: Potential Synergies*” en *Review of Social Economy* LXIII (Washington) No. 2.
- Graham, Carol; Pettinato, Stefano 2005 “*Hardship and Apathy: Mobility and Public Perception during Market Reforms*” en *World Economics* (Oxford) No.1.
- Karshenas, Massoud 2004 “*Economic Growth, Inequality and Poverty*” en *Lecture notes* (The Hague: ISS).
- Martin Ravallion 1998 *Poverty lines in theory and practice*. LSMS Working Paper No. 133 (Washington: WB).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD 2005 *Primer Informe de Avance, Objetivos de Desarrollo del Milenio* (Ecuador, 2015) (Quito: PNUD).
- Ramírez, René 2002 “*Desarrollo, desigualdad y exclusión: los problemas nutricionales en el Ecuador (1990-2000) desde el enfoque de las capacidades humanas*” en Ramírez, F.; Ramírez R. 2002 *Versiones y aversiones del Desarrollo* (Quito: SIISE-Ciudad-Universidad Andina).
- Rodríguez, M. 1999 “*Determinantes del consumo energético, proteico, vitamínico y mineral en la dieta ecuatoriana en relación con indicadores socio-económicos*” Tesis para obtener el título de Doctor en Química (Riobamba: Escuela Politécnica del Chimborazo).
- Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador-SIISE 2002 *Metodologías de la medición de la pobreza de consumo* (Quito: SIISE-Documento interno).
- Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador-SIISE 2006 *Presentación sobre el impacto del Bono de Desarrollo Humano*, (Quito: Banco Central del Ecuador).
- Stara, O., Taylor, J. E., Yitzhaki, S. 1986 “*Remittances and Inequality*” en *Economics Journal* (Oxford) No. 96.
- Van Praag, B. 1968 *Individual Welfare Functions and Consumer Behavior* (Amsterdam: North / Holland).
- World Bank 1995 *Ecuador Poverty Report* (Washington: WB).
- World Bank 2004 *Ecuador Poverty Assessment* (Washington: WB).

## OBJETIVO 2

- Heckman, James; Masterov, Dimitry 2005 *The Productivity Argument for Investing in Young Children* (Chicago: University of Chicago Press).
- [www.liccom.edu.uy/bedelia/cursos/metodos/material/estadistica/med\\_disp.html](http://www.liccom.edu.uy/bedelia/cursos/metodos/material/estadistica/med_disp.html).

### OBJETIVO 3

- Ajuntament de Sagunt 2004 *Guía práctica para la inclusión de la perspectiva de género en las políticas locales del Camp De Morvedre* (Valencia).
- Barrera, Dalia; Massolo, Alejandra; Aguirre, Irma 2004 *Guía para la equidad de género en el Municipio* (México: GIMTRAP).
- Basu, Bharat; Famoye, Felix 2004 "Domestic violence against women and their economic dependence: a count data analysis en *Review of Political Economy*" Volume 16, Number 4.
- Farmer, Amy; Tiefenthaler, Jill 1997 "Explaining The Recent Decline In Domestic Violence" en *Review of Social Economy* Vol.15, N.3.
- Prieto, Mercedes (compiladora) 2005 *Mujeres ecuatorianas. Entre la crisis y las oportunidades* (Quito: CONAMU / FLACSO / UNFPA / UNIFEM).
- Proyecto Construyendo Ciudades Incluyentes 2005 *Manos a la obra. Algunas pautas para promover la equidad de género en la gestión local* (Quito: MDMQ / Intendencia de Montevideo / Municipalidad de Escazú / Alcaldía de Santa Tecla / Ayuntamiento de Gijón / Mairie de Saint Denis).
- Ribero, Rocio; Sánchez, Fabio 2005 "Determinants, Effects And Costs Of Domestic Violence in Colombia" (Bogotá: Universidad de los Andes, Centro de Estudios y Desarrollo Económico).
- Troya, Maria del Pilar 2006 "Marco conceptual y metodológico para la evaluación de las metas del objetivo 3". CISMIL, Quito, no publicado.
- UN Millennium Project. Task Force on Education and Gender Equality 2005 *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women* (Earthscan: UNDP).
- Vásconez, Alison 2005 "Mujeres, trabajo y pobreza" en (2005), en Prieto, Mercedes (compiladora) 2005 *Mujeres ecuatorianas. Entre la crisis y las oportunidades* (Quito: CONAMU / FLACSO / UNFPA / UNIFEM).
- Vega, Silvia 2005 "La cuota electoral en el Ecuador: Nadando a contracorriente en un horizonte esperanzador" en León, Magdalena (compiladora) 2005 *Nadando contra la corriente. Mujeres y cuotas en los países andinos* Quito: UNIFEM / UNFPA / UNC / IEP / CIDEM / FLACSO-Ecuador).

### OBJETIVOS 4, 5 y 6

- MSP, Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud 2005 *Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna* (Quito: MSP).
- MSP 2002 *Manual de normas y procedimientos del sistema integrado de vigilancia epidemiológica* (Quito: SIVE / ALERTA).
- MSP 2006 *Normas para la Atención Materna e Infantil. Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna* (Quito: MSP).
- MSP, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis 2005 *Informe Quinquenal del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis 2001 – 2005* (Quito: MSP).
- MSP, Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA *El VIH/SIDA en el Ecuador. 1984 – 2001* (Quito: MSP).

- MSP, Subsistema de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna 2006 *Normas para la Atención Materna e Infantil* (Quito: MSP).
- MSP, Subsistema de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Muerte Materna. Propuesta de “Norma Técnica del Manejo Activo del Tercer Período del Parto”. Marzo 2006.

## OBJETIVO 7

- BCE 1993 – 2001 *Anuario de Cuentas del Banco Central del Ecuador* (Quito: BCE).
- MAE 2005 *Mapa de Bosques Protectores* (Quito: MAE).
- MAE 2005 *Sistema Nacional de Áreas Protegidas del Ecuador* (Quito: MAE).
- MEM 2005 *Catastro minero del Ecuador* (Quito: MEM).
- PROMSA, CDC 2003 *Mapa de uso del suelo 2001* (Quito: Almanaque Agropecuario del Ecuador).
- Sáenz, Malki 2006 “Marco conceptual y metodológico para la evaluación de las metas del objetivo 7”. CISMIL, Quito, no publicado.

## OBJETIVO 8

- Centro de Investigaciones Sociales del Milenio (CISMIL) 2006 “Documento metodológico sobre la elaboración de informes locales de ODM”. CISMIL, Quito. [No publicado].
- Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya 2004 *Perfil de gobernabilidad del Ecuador* (Barcelona: Publicaciones del IIGC).
- Montalvo, Pedro 2006 “Marco conceptual y metodológico para la evaluación de las metas del objetivo 8”. CISMIL, Quito, [No publicado].
- Cooperazione Internazionale, Institut de Recherche pour le Développement, Oxfam GB 2003 *Amenazas, vulnerabilidad, capacidades y riesgo en el Ecuador. Los desastres: un reto para el desarrollo* (Quito).