

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO: LA BRECHA INDÍGENA¹

Sergio Criales Aguirre

Ponencia para la Mesa 4: “Índices de Desarrollo Humano”

Ciudad de México, 31 de agosto al 2 de septiembre de 2005.

**SEMINARIO INTERNACIONAL “PUEBLOS INDÍGENAS DE LATINOAMÉRICA:
INFORMACIÓN, CONOCIMIENTO Y DESARROLLO”**

¹ Ponencia elaborada en base al documento elaborado por UDAPE y PNUD Bolivia 2005, a publicarse próximamente.

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO: LA BRECHA INDÍGENA²

I. INTRODUCCIÓN

Durante los años noventa, Bolivia promovió la inclusión y reconocimiento de los pueblos indígenas en la vida nacional. En 1994 se aprobó la modificación a la Constitución Política del Estado estableciendo que Bolivia es un país multiétnico y pluricultural, que reconoce y protege los derechos sociales, económicos y culturales de los pueblos indígenas que habitan en el territorio nacional, reconoce las tierras comunitarias de origen, garantiza el uso y aprovechamiento de los recursos naturales, la identidad, valores, lenguas e instituciones; otorga a las autoridades naturales indígenas funciones de administración, en conformidad a sus costumbres y procedimientos, además dispone la provisión de asistencia jurídica gratuita en idiomas maternos diferentes al castellano.

Asimismo, la descentralización, la participación popular, la reforma del Código Electoral, las reformas de salud y educación, el proceso de saneamiento y titulación de tierras y otras reformas, establecen una orientación a favor de los pueblos indígenas y originarios.

En enero de 2004, se profundizó el contenido democrático de la Constitución Política del Estado, al otorgar a los pueblos indígenas el derecho a la representación política de manera directa y sin la mediación de los partidos políticos, ello les permite proponer candidatos propios a las elecciones nacionales, municipales y otros eventos democráticos.

II. DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA

Los criterios para identificar la población, grupos, comunidades o pueblos indígenas a partir de instrumentos estadísticos aún no han llegado a un consenso. Tampoco es propósito del presente documento determinar el tamaño de la población indígena ni proponer una cifra oficial. Sin embargo, para la medición de los indicadores relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), es necesario adoptar una definición que permita establecer brechas entre la población indígena y no indígena.

En términos jurídicos, el Convenio 169 de la OIT sobre "Pueblos indígenas y tribales en países independientes", ratificado por Ley de la República desde 1991, establece que los pueblos: "...se consideran indígenas por el hecho de descender de poblaciones o pobladores originarios antes de la conquista y colonización, que mantienen total o parcialmente sus características lingüísticas, culturales y de organización social y, como criterio fundamental para determinar a quién se considera indígena, la auto pertenencia o auto adscripción a un específico pueblo indígena"

El Convenio mencionado otorga relevancia a la auto-identificación como un elemento fundamental en una definición: una persona indígena es aquella que se auto-identifica con el pueblo al que pertenece (sentido de grupo) y es reconocida y aceptada por el grupo como uno de sus miembros (aceptación del grupo). Ello reivindica para el pueblo indígena el derecho y el poder de decisión de quién pertenece al grupo, sin interferencias externas.

² Ponencia elaborada en base al documento elaborado por UDAPE y PNUD Bolivia 2005, a publicarse próximamente.

La producción de estadísticas recientes sobre la población indígena considera criterios basados en la auto-identificación o pertenencia, idiomas nativos y localización en regiones en las que prevalecen pueblos indígenas.

La auto-identificación es la afirmación tácita del individuo en cuanto a su adscripción a algún pueblo indígena. Está basada en la voluntad de escoger libremente si se considera indígena o no. El idioma que habla el individuo y el idioma materno, son aspectos inherentes al destino de los individuos. Una característica lingüística de los individuos tiene una alta asociación con otras características culturales y valorativas que identifican a la población indígena.

La adopción de criterios geográficos, por la concentración de población indígena en ciertas regiones podría presentar la desventaja de que los movimientos de la población entre regiones tienden a conformar localidades y áreas multiculturales, en cuyo caso es difícil definir a toda la población de una región como indígena.

La pregunta de auto-pertenencia proporciona información insustituible para identificar a los pueblos indígenas y originarios, sin embargo, constituye solo un aspecto para la identificación de la población indígena y por sí sola no representa a la colectividad indígena. Las preguntas sobre idioma hablado e idioma materno, tampoco podrían expresar la complejidad de la definición de población indígena. Si los pueblos indígenas de Tierras Bajas en Bolivia han perdido sus idiomas nativos y no aprendieron a hablar con ellos, no significa que dejen de ser indígenas; lo mismo que hablar quechua en la ciudad de Cochabamba implica que dicha población que habla idioma nativo pueda ser considerada automáticamente indígena. En ambos casos la declaración de auto-pertenencia podría resolver el problema.

En consecuencia, la información de las tres preguntas, dos sobre aspectos lingüísticos (idioma/s que se declara saber hablar e idioma con el que se aprendió a hablar) y la pregunta sobre pertenencia étnica abre nuevas posibilidades para construir un perfil étnico y lingüístico más integrado y completo.

La Condición étnico lingüística (CEL) aplicada a la población boliviana

La matriz de "condición étnico lingüística" (CEL) muestra las combinaciones de las tres preguntas del Censo 2001 para cada persona mayor de quince años. Una matriz similar se puede construir con la información de las tres preguntas en las encuestas MECOVI y la ENDSA, aunque con alguna variación en el corte de edad.

Las preguntas y fuentes de información con la que se trabajó son las siguientes:

- ¿Qué idiomas o lenguas habla? Esta pregunta se aplicó a toda la población en el Censo 2001 y encuestas de hogares 2001 y 2002. En el Censo de 1992 se aplicó a la población de 6 años y más. En las encuestas de hogares 1999 y 2000 se preguntó a individuos de 12 y más años.
- ¿Cuál es el idioma o lengua en el que aprendió a hablar en la niñez? Se aplicó a la población de 4 y más años en el Censo 2001 y a toda la población en las encuestas de 1999 y 2002, y ENDSA 2003.
- ¿Se considera perteneciente a alguno de los siguientes pueblos originarios o indígenas (quechua, aymará, guaraní, chiquitano, mojeño, otro nativo o ninguno)?. Esta pregunta se introdujo en el Censo 2001, las encuestas de hogares (1999 al 2003) y en la ENDSA 2003. Se incluyó en el Censo Indígena de Tierras Bajas de 1994. En el Censo 2001 se aplicó a la población de 15 y más años de edad. En las encuestas de hogares se aplicó a la población de 12 años o más, y en la ENDSA a todas las mujeres.

Con base en el Convenio 169 de la OIT, el Proyecto BID-CEPAL/CELADE ha construido una matriz con las 3 preguntas mencionadas. La matriz de combinaciones construida con las tres

preguntas que aparecen en el CENSO 2001, en las encuestas de hogares (1999-2003) y en la ENDSA 2003 se presenta en el siguiente cuadro.

Matriz de combinaciones para la condición étnico lingüística						
Combi- naciones	Condición étnico lingüística (CEL)					
	Auto pertenencia	Habla	Aprendió Hablar	Población	%	Categoría
1	Si	Si	Si	1,774,972	36.2	65.9% Indígenas (3.2 millones)
2	Si	Si	No	588,989	12	
3	Si	No	Si	23,212	0.5	
4	Si	No	No	660,012	13.5	
5	No	Si	Si	182,054	3.7	
6	No	Si	No	216,063	4.4	34.1No indígenas (1.7 millones)
7	No	No	Si	8,475	0.2	
8	No	No	No	1,450,384	29.5	
Total				4,904,161	100	

Fuente: Proyecto BID-CEPAL/CELADE 2004. A partir del Censo 2001.

En la primera combinación, las personas declararon pertenecer a un pueblo indígena específico (AP), al mismo tiempo que hablan una lengua indígena (H) y también aprendieron a hablar con ella (AH). Esta primera combinación tiene un valor y significación mucho mayor con relación a respuestas afirmativas de sólo una de las preguntas, mostrando que se trata de una condición étnico lingüística plena.

Las combinaciones 2 y 3 afirman auto-pertenencia pero presentan sólo una de las preguntas de situación lingüística. Esta combinación tiene pesos demográficos distintos y significativos desde la perspectiva del análisis de la situación lingüística de las personas y su auto pertenencia.

En la cuarta combinación solamente aparece la pertenencia a un pueblo indígena y ninguna respuesta afirmativa para las lenguas indígenas. Esta combinación no solamente muestra la existencia de una conciencia étnica afirmativa como parte de procesos más complejos en torno a la identificación y la afirmación indígena, sino que también recupera a poblaciones indígenas que olvidaron el idioma nativo pero se consideran y son reconocidos como parte de un pueblo indígena, como es el caso de los Pueblos Indígenas de las Tierras Bajas.

La quinta combinación, presenta una declaración negativa de pertenencia étnica, pero presenta dos respuestas positivas lingüísticas indígenas, es decir idioma hablado e idioma con el que aprendió a hablar. Aun cuando estas personas hablan o hablaron idiomas nativos en su niñez, niegan la adscripción indígena.

Las combinaciones 6 y 7 muestran solamente una declaración positiva en una de las preguntas de idioma. La última categoría se forma con la negación de pertenencia a alguno de los pueblos indígenas u originarios. Es la ausencia y negación de la condición étnico lingüística: aquellos que afirman que no pertenecen a ninguno de los pueblos indígenas y originarios mencionados en la boleta censal, que no hablan ninguna lengua indígena y que no aprendieron a hablar con ella.

La matriz de combinación étnica lingüística muestra distintas situaciones y grados de etnicidad y, sobre todo, modos de vinculación con los pueblos indígenas. Por lo tanto el uso de la matriz como marcadores de pertenencia étnica lingüística es abierto, dependiendo de los criterios que, en cada caso, sustentan una u otra opción.

Para la definición la población indígena en el presente informe se adopta una línea de corte que incluye las primeras 5 combinaciones. Así, por condición étnica lingüística (CEL), son indígenas las personas de 15 y más años que se autoidentifican como indígenas y, además, aquellas que aun cuando niegan pertenecer a algún pueblo indígena, hablan idiomas nativos y aprendieron a hablar en su niñez. Dicha definición privilegia los elementos subjetivos y la capacidad comunicativa de las personas para la interrelación cultural a través del idioma. La inclusión del grupo que no se auto-identifica aunque habla y habló en su niñez como indígena, privilegia entonces el hecho comunicacional y cultural en tanto materializa y expresa la pertenencia a un conjunto poblacional cuya característica es también de orden lingüístico como adscriptivo.

Imputación de la condición étnico-lingüística a la población menor a 14 años de edad

La pregunta sobre auto-pertenencia se formuló a personas mayores de 15 años, por tanto se requiere adoptar criterios para asignar alguna condición a la población de 0 a 14 años, con el objeto de calcular los indicadores.

La imputación considera la condición étnica lingüística del jefe y cónyuge (o del jefe en los monoparentales). Por tanto, las personas menores de quince años serán consideradas indígenas cuando el jefe y cónyuge están definidos como indígenas, y se consideran no indígenas cuando al menos uno entre el jefe o cónyuge, son no indígenas.

Criterios para la definición de la población indígena en los registros administrativos

La información que proviene de los registros administrativos no identifica a la población según condición étnica. En los instrumentos de recolección de información del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) y del Sistema de Información Educativa (SIE) no se consigna ninguna característica distintiva sobre la condición étnica de las poblaciones.

Por tanto, para desagregar los indicadores que utilizan como fuente de información los registros administrativos de educación, salud y programas de chagas y malaria, se clasificó a los municipios a partir del porcentaje de población indígena con datos del Censo 2001. Se define al municipio como indígena si tenía 50% o más de población indígena, y el municipio es no indígena si tenía menos del 50%.

Utilizando este criterio se ha identificado a los municipios con alta proporción de población indígena y adicionalmente se ha desagregado en municipios ciudades capitales (cc) y aquellos que no lo son y que mayormente componen el resto rural (rr), para capturar las diferencias entre estos ámbitos y evitar sesgos en los indicadores.

Estos criterios se aplican por ejemplo a los indicadores educativos de coberturas brutas o netas y tasas de término entre otros. En el caso del sector salud, pueden aplicarse a la tasa de infestación de chagas, al índice de parasitosis anual de malaria, coberturas de vacunación y otros.

Una vez que se definieron las 4 categorías de municipios: ciudades capitales indígenas, capitales no indígenas, municipios del resto indígenas y municipios resto no indígenas, se reconstruyeron los indicadores utilizando los numeradores y denominadores previstos en cada uno de los sistemas de información y proyecciones demográficas.

Los indicadores de los registros administrativos de educación y salud son preliminares y serán corregidos una vez se termine el desarrollo del nuevo módulo demográfico para el cálculo de los denominadores poblacionales de los indicadores.

III. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

OBJETIVO 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

Bolivia presenta uno de los índices de pobreza más altos en América Latina: cerca de dos tercios de la población vive con ingresos inferiores al costo de una canasta básica de bienes y servicios, mientras en la Región la pobreza afecta en promedio al 44% de la población³.

En las dos últimas décadas, Bolivia experimentó cambios demográficos significativos que determinaron una elevada concentración de la población en centros urbanos. La migración interna se aceleró en los años ochenta, trasladando población desde áreas rurales empobrecidas hacia las capitales departamentales y otros centros poblados menores, y desde occidente hacia el oriente boliviano. La rapidez del proceso de urbanización generó desequilibrios estructurales entre el crecimiento urbano, el lento proceso de industrialización y la capacidad de gestión para atender las necesidades de generación de empleo y provisión de servicios.

Durante los primeros años de la presente década, el desempeño de la economía no favoreció la reducción de la pobreza. Entre 1999 y 2003 el crecimiento promedio del producto por habitante fue de 0.1% anual y por dos años consecutivos (2001 y 2002) mostró variaciones negativas. En 1999 la pobreza⁴ afectaba a 62% de la población, elevándose hasta 64.6% en el 2002. La pobreza extrema⁵ pasó de 35.8% en 1999 a 36.8% en 2002.

Las proyecciones para la incidencia de pobreza extrema elaborada a partir de escenarios de crecimiento económico moderado, consideran que el 2015 la pobreza extrema podría reducirse hasta 26.5% de la población⁶, aun por encima de la meta del milenio (24.3%).

Los datos disponibles al 2002 permiten constatar que la población indígena⁷ presenta sistemáticamente mayores índices de pobreza extrema. Cerca de 45% de la población indígena está afectada por la extrema pobreza, mientras que este índice es de 25% para la población no indígena.

En el área rural, la población no indígena es una minoría (26.7% de la población) y en el 2002, tenían una incidencia de extrema pobreza de 56.1%. En cambio la población indígena, que es mayoría en el campo, presentó una incidencia de extrema pobreza de 70.9%.

En el área urbana, 31.6% de la población indígena está afectada por la extrema pobreza, este mismo índice es de 20.5% en la población no indígena, mostrando una brecha de 11 puntos porcentuales.

La pobreza en Bolivia está asociada a factores estructurales que desfavorecen especialmente a la población indígena, ello se explica tanto por razones históricas y procesos recientes que configuraron una estratificación social que establece condiciones de vida más precarias para los indígenas.

³ CEPAL 2004.

⁴ Calculada en base a las encuestas de hogares MECOVI, según la línea de pobreza nacional que proviene de información de los precios de los alimentos considerados en el Índice de Precios al Consumidor

⁵ El indicador de la pobreza extrema se calculó con base en datos de ingresos del hogar per capita, y se utilizaron líneas de pobreza nacionales.

⁶ Las proyecciones consideran nuevas previsiones del crecimiento económico hasta el año 2015 y reducción en la desigualdad de la distribución del ingreso.

⁷ Grupo caracterizado por condición étnico lingüística.

En el área urbana, 73% de la población indígena trabaja en ocupaciones del sector informal, esta proporción es de 64% entre la población no indígena. Aun cuando la informalidad del empleo urbano es elevada para toda la población, afecta principalmente a los indígenas.

Los indicadores de pobreza dan cuenta que bajo las actuales circunstancias y políticas, es poco probable que Bolivia alcance el primer indicador del objetivo 1 de la Declaración del Milenio, mas difícil aun es reducir la pobreza de la población indígena y por ello podrían estar lejos de alcanzar dicha meta.

El segundo indicador del objetivo 1 de desarrollo también establece la reducción del hambre. Para efectos del seguimiento se ha definido incorporar metas para la reducción de la desnutrición infantil. Ello se justifica debido a la estrecha relación entre desnutrición y el ciclo intergeneracional de la pobreza. Las deficiencias en el crecimiento de los niños y el retraso en el desarrollo cognitivo y motriz, podrían traducirse en una disminución de las capacidades humanas en el futuro. El indicador seleccionado es la prevalencia de desnutrición en menores de 3 años para cuantificar el avance hacia esta meta⁸.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2003), la desnutrición crónica afecta al 24.2% de los menores de tres años (25% a los niños y 22.5% a las niñas). El año 1989 la desnutrición en menores de tres años era de 38.3%, ello implica que durante 14 años disminuyó en promedio un punto porcentual cada año.

El problema de desnutrición se agudiza en la población indígena (estimada según condición étnico lingüística), ésta afecta a 27% de los menores que viven en hogares indígenas, mientras que se presenta en el 16% de los niños no indígenas.

El indicador más próximo a 1990, que se establece como línea de base corresponde al valor de la ENDSA-1989, que alcanzaba a 38.3%. Por lo tanto, la meta del milenio sería 19.0% el año 2015. Las previsiones con los datos de la ENDSA-2003, sugieren que el país podría reducirla a 19.8% el año 2015. La desnutrición crónica se encontrará a menos de un punto porcentual por encima de la meta del milenio, lo que sugiere que el país estará muy cerca de cumplir la meta nacional de reducción de desnutrición. Sin embargo, para que la población indígena pueda cumplir dicha la, se requerirán esfuerzos adicionales que beneficien a dicha población.

OBJETIVO 2: ALCANZAR LA EDUCACIÓN PRIMARIA UNIVERSAL

Desde 1994, Bolivia ha realizado importantes esfuerzos a partir de la implementación gradual de la Reforma Educativa. En los últimos años, a pesar de las severas restricciones fiscales, la inversión educativa contribuyó a incrementar la infraestructura escolar y fortaleció los resultados en términos de acceso y permanencia.

Para el seguimiento a los ODM se ha definido utilizar indicadores referidos a la cobertura neta de primaria y la tasa de término a 8vo. de primaria⁹. La cobertura neta de educación pública y privada primaria se calcula a partir del número de matriculados en primaria que tienen entre 6 y 13 años de edad, sobre la población total en el mismo rango de edad.

Entre 2001 y 2003, las tasas de cobertura neta de primaria se mantuvieron alrededor de 97%. Las mayores brechas en los resultados educativos se hallan entre los municipios capital y el resto de los municipios que tienen mayor ponderación rural. En el año 2003, la cobertura neta en municipios capital¹⁰ se aproximó 100%, sin embargo en otros municipios, la cobertura neta es aproximadamente 92%.

⁸ UDAPE 2005a.

⁹ UDAPE 2005a.

¹⁰ Se refiere a las ciudades capitales de departamento: Sucre, La Paz, Cochabamba, Potosí, Oruro, Santa Cruz, Tarija, Trinidad y Cobija, incluido El Alto.

La tasa de término bruta a 8vo. de primaria se calcula a partir de la razón entre los estudiantes que finalizan la primaria en un año dado, y la población que tiene edad para asistir a ese grado (13 años).

La distribución de la tasa de término bruta a 8vo. de primaria según municipios, muestra que los 78 municipios con mejores indicadores educativos presentan tasas de término superiores al promedio nacional (75%). Dichos municipios, que concentran la mitad de la población del país, tiene 63% de población indígena e incluyen a todas las capitales de departamento. Varias capitales y El Alto, tienen población indígena mayoritaria.

Al contrario, los 78 municipios con menor desempeño en la tasa de término a 8vo. de primaria (menos de 40%), aglutinan cerca al 10% de la población nacional, y ellos presentan población indígena cercana al 80%. La distribución de los resultados educativos demuestra que los municipios con mayoría de población indígena, en su mayoría dispersos, presentan bajas tasas de egreso en primaria. Sin embargo, también existen centros poblados con mayoría indígena que avanzaron sustancialmente y tienden a igualar las oportunidades educativas, por lo menos en cuanto a las tasas de egreso y el acceso escolar al sistema de la educación.

En los últimos años, la tasa de término a 8vo. de primaria mostró se elevó en la mayoría en varias regiones y áreas del país. A objeto de estimar una brecha educativa entre la población indígena y no indígena, se utiliza la definición de las tasas de término municipales, distinguiendo aquellos que presentan mayoría indígena (más de 50%), en cuyo caso se denominan municipios indígenas y de minoría indígena, denominados no indígenas.

Entre 2001 y 2003, la tasa de término al 8vo. de primaria a nivel nacional se incrementó de 71.5% a 72,2%, respectivamente. Para la población indígena que vive en municipios capital, la tasa de término del 8vo. de primaria fue de 89.7% y 90.4%, entre ambos años; para el resto de municipios, el indicador se elevó de 57.1% a 62.9%. Ello podría indicar que la inversión realizada durante los años noventa y la descentralización de recursos especialmente con el HIPC II destinado al sector educativo, tuvo efectos favorables sobre los resultados educativos.

En municipios capital con mayoría no indígena, la tasa de término a 8vo. incrementó de 82.4% en 2001 a 85% en 2003, en tanto que en otros municipios con mayoría no indígena dicho indicador se elevó de 61.7% a 66.9% para el mismo período.

El progreso educativo en los últimos años ha favorecido tanto a poblaciones urbanas como rurales, sin embargo aun mantienen brechas que podrían ser cerradas paulatinamente en la medida en que se expanda la inversión educativa en áreas dispersas y las capitales tengan capacidad para atender la creciente matriculación escolar.

El sistema educativo alcanzó coberturas comparables a las de países vecinos de mayor desarrollo económico, ello se atribuye a la obligatoriedad de la educación primaria destacada en la Constitución Política del Estado y la Ley de Reforma Educativa y los esfuerzos plasmados en la expansión de la inversión educativa especialmente durante el decenio pasado. El nivel primario comprende hasta el 8vo grado, a diferencia de otros países en los que alcanza al 5to o 6to grado. Ello ha implicado mayores esfuerzos para el país con relación a otros países para alcanzar la meta de educación.

Los avances observados en cuanto al mejoramiento de la cobertura neta de primaria prevén un progreso importante para avanzar hacia la meta de la Declaración del Milenio. La proyección de la tasa de término de 8vo de primaria al 2015 realizada por el Ministerio de Educación¹¹ llega a 90.6%, y por tanto, aun por debajo de la meta de universalizar la primaria en el 2015.

¹¹ La proyección fue realizada a partir de un modelo de simulación que toma en cuenta distintas variables educativas y flujos de Klein, entre otros.

OBJETIVO 3: PROMOVER LA EQUIDAD DE GÉNERO Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER

El tercer objetivo de los ODM plantea promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer como medios eficaces para combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades, y para estimular un desarrollo sostenible, situando la autonomía y el empoderamiento de las mujeres como objetivo específico de la agenda global y como condición para el logro de los demás objetivos.

La inequidad de género es un problema multidimensional que en última instancia se refleja en disparidades entre hombres y mujeres en materia de capacidades, acceso a oportunidades y participación económica y política. Pero dada la importancia estratégica de la educación en esta temática y la disponibilidad de información al respecto, el objetivo de desarrollo del milenio se refiere exclusivamente a lograr la equidad de género en el área educativa.

La participación de las mujeres por la conquista de sus derechos ha sido una dinámica constante en la historia de Bolivia, mujeres de distintos sectores no solo han demandado y propuesto, sino logrado avances importantes en el largo camino por la equidad de género y la equidad social.

En el tema educativo, la implementación de la Reforma Educativa desde 1994, permitió avances significativos en la reducción de la inequidad de género en la educación, tanto desde el punto de vista del acceso como de la permanencia de las mujeres en las escuelas.

La brecha de género en la tasa de término bruta de octavo de primaria disminuyó de 3,7 a 3,4 puntos porcentuales entre el 2001 y el 2003. La desagregación de la población entre indígenas y no indígenas (por condición étnico-lingüística) muestra tendencias decrecientes y brechas casi superadas, exceptuando la brecha de la población indígena de áreas rurales que el año 2003 se encontraba alrededor de 9 puntos porcentuales a favor de los hombres.

La brecha de género en la tasa de término bruta de secundaria fue ya superada el año 2003 (-0,1 puntos porcentuales), es también favorable a las mujeres no indígenas especialmente en áreas rurales (alrededor de -5 puntos porcentuales) y requiere todavía algunas mejoras en la población indígena donde la brecha alcanza a 1.4 y 0.4 puntos porcentuales el 2003.

OBJETIVO 4: REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS

El cuarto objetivo se refiere a la reducción en dos tercios de la tasa de mortalidad en menores de cinco años (TMN) entre 1990 y 2015. La TMN desde los datos publicados por la primera Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) hasta la última realizada el 2003 muestra una gradual reducción, como se observa en el siguiente gráfico.

Aunque los avances de reducción registrados en este indicador al año 2003 son menores que los registrados en 1998, es posible que con la continuidad de actuales políticas del sector, principalmente la implementación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), se logre alcanzar la meta del milenio.

Sin embargo, en Bolivia se ha decidido considerar dos indicadores alternativos que permitirán cuantificar el avance hacia este objetivo, que son la tasa de mortalidad infantil (TMI) y la cobertura de vacunación pentavalente en el menor de un año. La razón por la que se seleccionó la TMI como indicador trazador de la tasa de mortalidad en la niñez, se debe a que la mayor frecuencia de muerte se concentra en el menor de un año. Asimismo, la información disponible no permite analizar la TMN según la condición étnico lingüística (CEL) de la población, aunque las brechas entre el área urbana y rural sugieren también la existencia de brechas entre la población indígena y la no indígena.

La TMI según las encuestas ENDSA, presenta también una gradual reducción, desde 94 por mil nacidos vivos en 1989 a 54 por mil nacidos vivos el 2003. Aunque este indicador presenta una tendencia favorable, Bolivia continúa siendo uno de los países con las tasas más altas en la región.

Es posible desagregar este indicador (la TMI por el método directo) en población indígena y no indígena según CEL, resultando una diferencia en contra de la población indígena de 31 niños por encima de los valores alcanzados por la población no indígena.

Estos resultados constituyen línea de base con esta desagregación de la población según CEL, ya que la encuesta ENDSA 1998 no incluía en la boleta de encuesta las preguntas de autopertenencia e idioma que aprendió a hablar en la niñez. El valor de la TMI de la población indígena (64 por mil n.v. para el 2003) es muy similar al valor de la TMI del área rural que alcanza a 67 por mil n.v.

La tendencia decreciente en la TMI podría explicarse por la ruptura de la barrera económica dada por la consolidación de los programas de aseguramiento público para madres y niños menores de cinco años, desde el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, el Seguro Básico de Salud y el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), mencionado anteriormente.

La meta de reducción de la TMI a 30 por 1.000 n.v en el año 2015 es poco probable, dado que el país entrará en una fase de mortalidad semi-dura, donde el ritmo de reducción de la TMI depende de factores clínicos cuya resolución requiere de mayor equipamiento en la red de servicios. Se estima que la TMI llegará a 34 por 1.000 n.v el año 2015.¹²

En lo relacionado al segundo indicador, hasta 1999 en Bolivia se aplicaba la vacuna triple (DPT) para prevenir la difteria, coqueluche (tos ferina) y el tétanos. Desde el 2000 se suministra la pentavalente, que, además de la DPT, contiene inmunizaciones contra la bacteria *Haemophilus influenzae* tipo B y la hepatitis B.

La cobertura de la vacuna pentavalente entre el año 2001 y el 2003 presentó un crecimiento modesto debido a los conflictos sociales que ocasionan paros y huelgas en el sector. En el año 2001 el SNIS registró que el 90.8% de los niños menores de un año fueron vacunados, en el 2003 la cobertura aumentó en 2.7 puntos porcentuales.

Según CEL, la cobertura de la vacuna pentavalente el año 2003 para la población indígena que reside en las ciudades capitales es mayor en 5.6 puntos porcentuales que la población no indígena que tiene la misma residencia, y en relación al año 2001 su cobertura se habría incrementado más que en los otros grupos. En cambio, la cobertura de vacuna para la población indígena que reside en el resto rural sigue siendo menor que para la población no indígena que reside en el mismo ámbito, se produce un descenso en la cobertura para la población indígena con respecto al año 2001.

OBJETIVO 5: REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna estimada por la ENDSA en 416 por 100.000 nacidos vivos el año 1989 bajó a 390 en 1998 y se ha reducido a 229 por 100.000 n.v. el año 2003. Este dato refleja el número de mujeres que han fallecido por causa del embarazo, parto y puerperio en los últimos cinco años sobre la tasa general de fecundidad. Este indicador puede ser calculado utilizando la información de la encuesta ENDSA respecto a las muertes maternas provista por las hermanas de las fallecidas o utilizando información del Censo.

La razón de mortalidad materna se toma cada 10 años aproximadamente y aunque ha descendido significativamente, Bolivia continúa siendo el país con la mortalidad más alta de

¹² UDAPE 2005b.

América Latina, debido a que, cada año mueren aproximadamente 650 mujeres – 2 cada día – por causas evitables. El Ministerio de Salud estima que cerca de una tercera parte de las muertes maternas pueden atribuirse al aborto, el cual sobre todo es más frecuente en las mujeres que ya tienen varios hijos.

Dado que en la actualidad se están revisando los programas para calcular las TMM en la ENDSA, no se puede utilizar esta fuente de información para desagregar el indicador según condición étnico lingüística (CEL) de la población, los datos presentados a continuación se calculan a partir del método indirecto utilizando el Censo 2001 y su encuesta post censal.

La TMM de la población indígena que reside en ciudades capitales (318 por 100.000 n.v.) es casi el triple que la TMM de la población no indígena que reside en el mismo lugar (110 por 100.000 n.v.). Sin embargo, no es la más alta, ya que la TMM de la población indígena que reside en el resto rural u otras áreas urbanas (que no son ciudades capitales), alcanza a 466 por 100.000 n.v.

En relación a la cobertura de parto institucional, una de las prestaciones preventivas más importantes para disminuir la mortalidad materna, los resultados de los registros administrativos del sector muestran que el año 2003 dicha cobertura se mantuvo constante en 53% en relación al año 2002. Este es un indicador que se asocia bastante al grado de instrucción educativo que tienen las madres. De hecho, los resultados de la encuesta con respecto a esta relación muestran que sólo el 39.6% de las mujeres sin educación recibe atención médica prenatal, mientras que el 97.7% de las mujeres con educación superior (ciudades) reciben este tipo de cuidado.

Según CEL, los resultados de este indicador para la población indígena que reside en ciudades capitales alcanza a 65.6%, inferior en seis puntos porcentuales a la cobertura de la población no indígena que reside en el mismo ámbito.

La brecha indígena/no indígena en la cobertura de parto institucional es aún mayor entre aquella población que reside en el resto rural y otras áreas urbanas (que no son las ciudades capitales), lo cual coincide con la relación del nivel educativo, las barreras culturales y la poca llegada de los servicios en áreas dispersas. Asimismo, en estas áreas la cobertura de parto institucional se ha mantenido constante entre los años 2001 y 2003 para la población indígena y para la población no indígena incluso ha disminuido en 5,6 puntos porcentuales.

OBJETIVO 6: COMBATIR EL VIH/SIDA, LA MALARIA Y EL CHAGAS

El Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA ha registrado desde 1984 a diciembre 2003, 1.226 personas que viven con el **VIH-SIDA** en el país. En el año 2003, los grupos de edad más afectados son los comprendidos entre 15- 24 años y 25-34 años, con el 26% y 45% de las notificaciones respectivamente. Las relaciones sexuales siguen siendo la vía de transmisión más frecuente, el 67% ha contraído el virus por relaciones heterosexuales, el 23% por relaciones homosexuales y el 10% por medio de relaciones bisexuales.

De 225 notificaciones registradas en el país durante el 2003, la mitad ya tiene SIDA lo que significa que la detección sigue siendo tardía. La vigilancia centinela ha detectado prevalencias de VIH inferiores a 1% en gestantes y más de 5% en poblaciones con comportamientos de alto riesgo lo que clasifica al país con una epidemia concentrada. La proporción hombre-mujer en los nuevos casos de infección de VIH, ha cambiado en los últimos 16 años. Entre 1985 y 1992 la proporción era aproximadamente de 10:1; en 2001, la proporción se hizo más estrecha de 3:1.

El 76% de las mujeres en edad fértil y el 87% de los hombres de 15 a 64 años han oído hablar del SIDA; sin embargo, el conocimiento de esta endemia no es ampliamente difundido en el área rural donde las brechas de género y pobreza son mayores que en área urbana.

Respecto a las formas de evitar el contagio del SIDA, alrededor de un 60% de hombres y mujeres consideran que el sexo con una sola pareja no infectada es una medida preventiva.; usar condón es una creencia más difundida entre hombres (68%) que entre mujeres (54%). En el quintil más pobre el 10% de las mujeres creen sobre esta medida de protección y los hombres en un 20%.

Debido a que todavía existe subregistro en el reporte de casos, el indicador utilizado para el cumplimiento de la meta “haber controlado y revertido la propagación del SIDA” está relacionado con la prevención: porcentaje de la población que conoce la utilidad del condón para prevenir el VIH-SIDA.

Los resultados generales de la ENDSA 2003 muestran que el 43.1% de la población en edad fértil conoce al condón como método de prevención para contraer el VIH-SIDA, este porcentaje ha disminuido en un punto respecto a los resultados de la ENDSA 1998. Sin embargo, el porcentaje entre la población masculina que lo utiliza se ha incrementado en casi seis puntos y en cambio el de la población femenina ha disminuido en algo más de tres puntos porcentuales.

Según la condición étnico lingüística (CEL), la brecha entre la población indígena y no indígena en cuanto al conocimiento preventivo del uso del condón alcanza a 23.7 puntos porcentuales, señalando que el conocimiento preventivo del SIDA es más difundido entre la población no indígena.

Asimismo, al interior de ambas poblaciones el porcentaje de conocimiento del método es mayor entre los hombres. Mientras el 70% de la población masculina no indígena conoce el método, tan sólo el 29% de las mujeres indígenas lo conoce. Por lo tanto, existe la necesidad de abordar la brecha indígena y de género en los programas preventivos de salud sexual y reproductiva.

Respecto a las enfermedades transmitidas por vectores, Chagas y malaria son dos de las endemias que representan la mayor carga de enfermedad, están presentes en muchas regiones del país en áreas rurales y periurbanas, donde la población por lo general es pobre y vive en condiciones precarias, con escasa disponibilidad de servicios básicos.

La enfermedad de **Chagas**, se encuentra en 60% del territorio boliviano y tiene un impacto económico importante, se estima que Chagas redujo en 25% la capacidad laboral del país, que significa años de vida productiva perdidos.

El indicador seleccionado para evaluar el avance en el control de esta endemia, es el porcentaje de municipios con Tasa de Infestación de Chagas (TIC) mayor al 3%. Se considera que la presencia del vector está bajo control cuando se tiene una TIC por debajo del 3%, debido a que se pueden realizar intervenciones de control y prevención mediante la fumigación sin incurrir en elevados costos y las intervenciones de curación pueden tener un mejor impacto al reducirse la presencia del vector. El área endémica de Chagas incluye a 168 municipios, de los cuales el 56% presentaban una TIC por encima del 3% para 2003, habiéndose reducido esta proporción a 35% en 2004, debido a la intervención del programa con evaluaciones entomológicas en el área endémica.

Según CEL, de los 168 municipios del área endémica de Chagas, 73% corresponden a municipios indígenas y el restante 27% a municipios no indígenas, situación que muestra la concentración de la endemia en áreas de residencia de la población indígena.

En 2003, de los 94 municipios con TIC mayor al 3%, 77% eran indígenas, situación que mejora sustancialmente en 2004, reduciéndose este porcentaje a 61%, en tanto que el porcentaje de municipios no indígenas con alta infestación incluso se incrementó en la pasada gestión.

Como se observa en el siguiente mapa, para 2004, la alta infestación de Chagas se concentra en los valles de los departamentos de Tarija, Chuquisaca, Cochabamba y en el Chaco y mayoritariamente en municipios categorizados según CEL como indígenas.

Los resultados de los esfuerzos del Programa Nacional de Lucha Contra el Chagas a favor de los municipios indígenas sólo serán efectivos si son acompañados de campañas para mejorar los estilos de vida de la población para evitar la perpetuación del vector dentro de la vivienda, asimismo, una política integral que incluya el mejoramiento de viviendas coadyuvará a romper definitivamente el ciclo de transmisión vectorial.

Las acciones del Programa de **Malaria** se focalizan en el área endémica del país que incluye a 157 municipios localizados en su mayoría en las tierras bajas del oriente y el Chaco boliviano. El 50% de los municipios del área endémica corresponden a municipios indígenas, según CEL y la otra mitad a municipios no indígenas.

La información generada en los establecimientos de salud considera la notificación de casos por sospecha clínico epidemiológico y su posterior confirmación a través del examen de gota gruesa. Los casos positivos se reportan en el numerador del Índice de Parasitosis Anual de la Malaria (IPA) sobre la población expuesta a la endemia.

El año 2001 se reportaron 15,758 casos de malaria por *Plasmodium vivax*, que representaron un IPA de 5.0 por mil habitantes. En el año 2003 se notificaron 20,410 casos con un IPA de 6.2 por mil habitantes, que significó un incremento del 24% en el IPA. Este incremento puede explicarse a una mayor presencia de casos no detectados anteriormente.

Según CEL, para 2001, de los 157 municipios endémicos, 47 presentaban un IPA mayor a 4 por 1.000 habitantes (alta endemia), de ellos el 72% eran no indígenas, este porcentaje disminuyó en 2003 a 65%. Por su parte, los municipios indígenas con alta endemia que representaban el 28% en 2001, se incrementaron a 35%. Pese a que en términos comparativos, los municipios indígenas no tuvieron una evolución muy favorable en el periodo 2001-2003, debe considerarse que esta endemia se encuentra concentrada en localidades con relativa baja presencia de población indígena como en las tierras bajas del oriente, como se aprecia en el siguiente mapa.

OBJETIVO 7: GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE

El consumo de agua contaminada es una de las causas más importantes de enfermedades diarreicas agudas EDAs y de muerte. La provisión de agua a través de red por cañería, pileta pública, pozos o norias mejora la calidad del agua potable y reduce notablemente el riesgo de contraer estas enfermedades. En el caso de saneamiento, la insuficiencia de sistemas de alcantarillado sanitario, cámaras sépticas y letrinas incrementa la probabilidad de contaminación del agua destinada al consumo humano y deteriora la calidad del medio ambiente convirtiéndose así en causa de enfermedades.

En el país se ha definido que el acceso a agua potable y el saneamiento son indicadores que se aproximan a medir la sostenibilidad del medio ambiente.

En agua potable, la cobertura global llegó a 72.8% el 2001. Proyecciones del sector estiman que, de mantenerse el flujo de recursos hacia el sector y realizarse los proyectos que se tienen previstos, para el año 2015, se llegará al 82% de cobertura global, 3.5 puntos porcentuales por encima de la meta del milenio.

En lo referido a saneamiento, la cobertura a nivel nacional llegó a 41.4% el 2001. Proyecciones del sector estiman que, para el año 2015, los proyectos que se tiene previsto realizar mejorarán la

cobertura hasta llegar al 65% de la población, 1.0 punto porcentual por encima de la meta del milenio.

Cuando se procesa la información del Censo del 2001 aplicando la metodología CEL, se observa que la cobertura de agua potable a población indígena alcanzó al 69.4% el 2001 y a población no indígena al 82.1%.

En el área de saneamiento, aplicando la misma metodología, la cobertura a población indígena fue de 39% el año 2001 y a población no indígena alcanzó al 47.9%.

En ambos casos, la brecha en coberturas entre indígenas y no indígenas se explica por la densidad poblacional de uno y otro grupo. La población en áreas rurales es fundamentalmente indígena y tiene un grado de dispersión mayor a la población que vive en áreas urbanas. Los costos fijos de proveer saneamiento básico en áreas rurales son muy altos comparados con el número de habitantes u hogares a los que se puede llegar.

No obstante, los niveles de cobertura registrados durante el último decenio han mejorado debido a una recuperación en los niveles de inversión pública (30% de la Inversión Social el 2004) y privada destinada a financiar sistemas de agua potable y alcantarillado y al proceso de urbanización que ha vivido el país¹³, que ha posibilitado llegar a un mayor número de personas especialmente en áreas periurbanas conformadas por grupos poblacionales de emigrantes rurales.

En términos generales, estos factores han permitido cubrir no solamente el crecimiento vegetativo de la población, manteniendo las coberturas, sino tener un crecimiento real en la cobertura de estos servicios reduciéndose así el déficit en la provisión de agua y saneamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- AIS/OPS/WEMOS, 2003.
- Banco Mundial 2003. "Inequality in Latin America and the Caribbean: breaking the history". Washington DC.
- Banco Mundial 2004. "Indigenous People". Washington DC.
- CEPAL 2004. "Panorama social de América Latina". Chile.
- Landa, F. W. Jiménez, E. Yañez 2004. "Población indígena y pobreza, 1989-2002". Capítulo Bolivia. En Hall y Patrinos 2005. "Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America: 1994-2004". Washington DC.
- UDAPE, PNUD 2005. "Objetivos de Desarrollo del Milenio: brecha indígena", próximo a publicarse. Bolivia.
- UDAPE 2005a. "Selección de Indicadores para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio". Documento de trabajo. Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio. Bolivia.
- UDAPE 2005b. "Informe de progreso de la Metas del Milenio 2003". Bolivia.

¹³ La población urbana creció en casi 40% desde 1992 comparado con un 14% de la población rural.