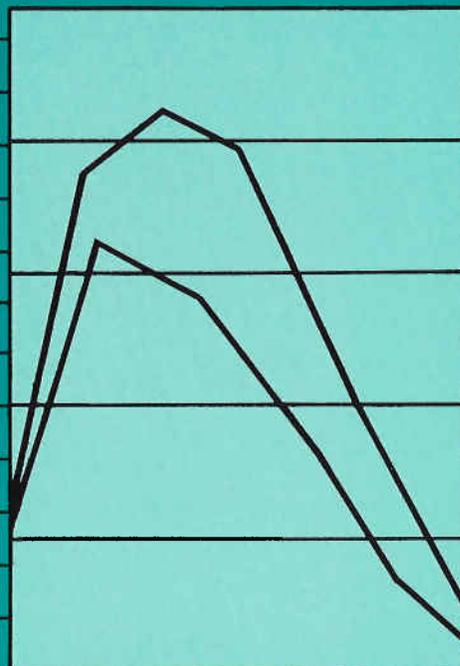


Bolivia



Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994

INFORME RESUMIDO

ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD 1994

INFORME RESUMIDO

Antecedentes	3
Características Generales	4
Fecundidad	5
Determinantes de la Fecundidad	7
Nupcialidad y Exposición al Riesgo de Embarazo	7
Infertilidad	8
Preferencias Reproductivas	8
Planificación Familiar	10
Conocimiento y Uso de Métodos	10
La Necesidad de Planificación Familiar	12
Mortalidad Materno-Infantil	13
Niveles y Diferenciales de la Mortalidad Infantil	13
Alto Riesgo Reproductivo	14
Mortalidad Materna	15
Salud Materno-Infantil	16
Cuidado Prenatal	16
Vacunación	16
Infecciones Respiratorias Agudas	17
Diarrea y Rehidratación Oral	17
Lactancia y Nutrición	18
Lactancia	18
Nutrición	19
Conclusiones y Recomendaciones	20
Servicios Básicos	20
Fecundidad y Planificación Familiar	20
Salud y Mortalidad Materno-Infantil	21
Conclusiones y Recomendaciones Generales	21
Metas Programáticas	22
Datos Básicos	23



Créditos

Texto: Mario Gutiérrez y Luis H. Ochoa

Revisión: A.M. Marckwardt y A. Kovensky

Comentarios: D. Carr y M. Vaessen

Gráficos: J. Dammons

Fotos: UNICEF

En este informe se hace una presentación resumida de los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (**ENDSA 94**) realizada recientemente en Bolivia por el Instituto Nacional de Estadística (INE), dentro del marco del programa mundial de Encuestas de Demografía y Salud (**DHS**) desarrollado por Macro International Inc. La financiación de **ENDSA 94** estuvo a cargo de la misión local de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (**USAID**) y el programa **DHS**, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (**UNICEF**), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (**UNFPA**) y la Oficina Panamericana y Mundial de la Salud (**OPS/OMS**).

El programa **DHS**, actualmente en su tercera fase, fue diseñado para recolectar información sobre fecundidad, planificación familiar y salud materno-infantil, y lo desarrolla Macro International Inc. bajo convenio con USAID/Washington. Información adicional sobre el programa **DHS** se puede obtener de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Suite 4000, Calverton, MD 20705, U.S.A. (Teléfono 301-572-0200, Fax 301-572-0999). Información adicional sobre la **ENDSA 94** se puede obtener del INE, Plaza Mario Guzmán Aspiazu No. 1, La Paz, Bolivia.

Antecedentes

La **ENDSA 94** se desarrolló en el marco de la tercera fase del programa mundial de Encuestas de Demografía y Salud (**DHS**) con el fin primordial de proporcionar, a quienes diseñan y administran programas de salud y planificación familiar, información actualizada para el país y sus regiones sobre los niveles actuales de fecundidad y mortalidad, el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar y fuentes de obtención, la salud materno-infantil, y la nutrición. La información obtenida en la **ENDSA 94** puede compararse con la proveniente de otras fuentes como los censos de 1976 y 1992, la Encuesta Nacional de Población y Vivienda de 1988, la primera Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada en 1989 (**ENDSA 89**) y la Encuesta Nacional de Medicamentos de 1983 para examinar tendencias en la mortalidad en la niñez, la fecundidad y el uso de la anticoncepción.

La muestra es probabilística, multi-etápica, estratificada y con fracciones de muestreo variables. La **ENDSA 94** está realmente constituida por cuatro encuestas: una encuesta de *hogares*, una encuesta de *mortalidad materna* en cada uno de los hogares seleccionados, una *encuesta individual* para recolectar información sobre las mujeres de 15 a 49 años de edad y sus hijos menores de 3 años en una submuestra de esos hogares, y una encuesta sobre *disponibilidad de servicios* de salud y planificación familiar en cada una de las 625 comunidades incluidas en la muestra.

Se completaron en total 26.144 entrevistas de hogares, 50.215 de mortalidad materna, 8.603 individuales y 610 de comunidad. La operación de campo tuvo lugar entre el 28 de noviembre de 1993 y el 31 de mayo de 1994. Los resultados se pueden analizar a diferentes niveles de desagregación geográfica: para las tres regiones naturales (Altiplano, Valle y Llano) y por departamento (Beni y Pando juntos).



Gráfico 1
Nivel de Instrucción de las Mujeres
en Edad Reproductiva

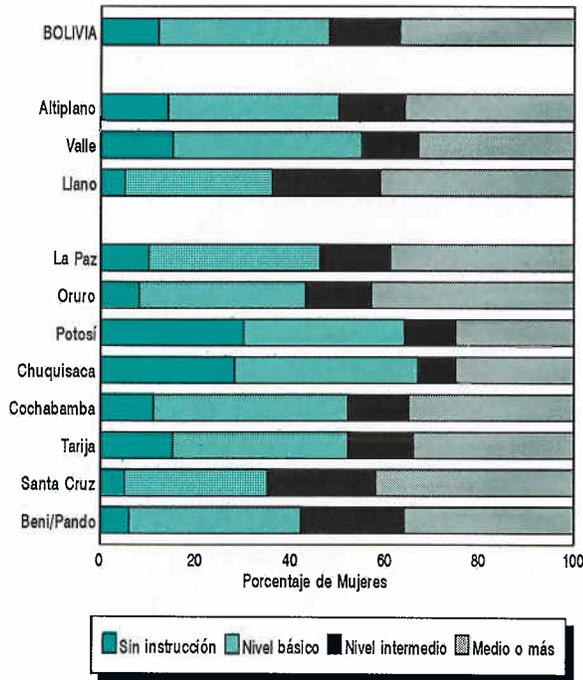
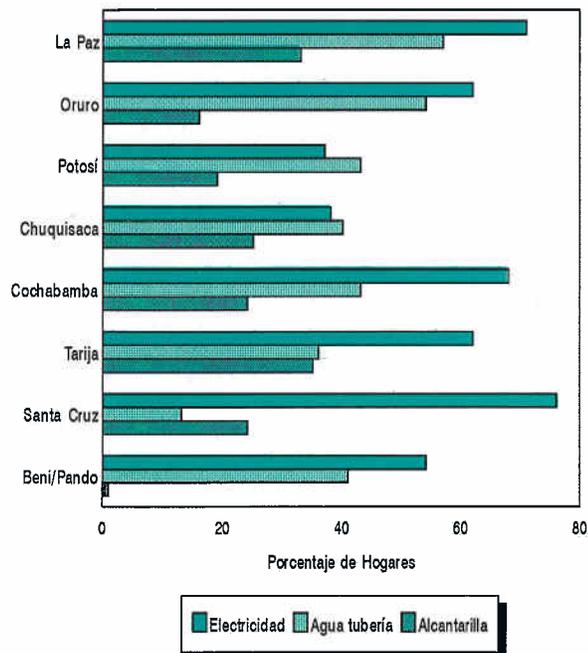


Gráfico 2
Porcentaje de Viviendas con Servicios Básicos



Características Generales

Bolivia, con una superficie de 1.098.591 km², tenía en 1993 una población estimada en 7.0 millones de habitantes que aumenta a un ritmo anual del 2.1 por ciento. De seguir esta tendencia, la población se duplicaría en 33 años. El Altiplano, que apenas ocupa el 16 por ciento del territorio, concentra el 45 por ciento de la población, en tanto que en el Llano, la región de mayor extensión territorial, se encuentra solamente el 26 por ciento.

Bolivia es heterogénea culturalmente y se hablan diversos idiomas, siendo el español el oficial. Las minorías lingüísticas se asientan fundamentalmente en el Altiplano y el Valle. La religión predominante es la católica.

Según las cifras censales de 1992, el 58 por ciento de la población residía en asentamientos de más de 2.000 habitantes (población urbana) y solamente el 35 por ciento residía en ciudades de 200.000 o más habitantes.

El hogar boliviano consta en promedio de 4.5 miembros y tiene un varón como jefe en el 81 por ciento de los casos. Se encuentra un mejoramiento en el acceso a los servicios educativos, de tal manera que más del 50 por ciento de la población de 6 años o más tiene nivel intermedio o más de instrucción, y el 25 por ciento cuenta con nivel medio o mayor. La tasa de analfabetismo en los mayores de 15 años se estima en 20 por ciento, con importantes diferencias por sexo (12 por ciento para hombres y 28 por ciento para mujeres). La proporción de mujeres en edad reproductiva con estudios más allá del nivel básico ha aumentado de 46 a 52 por ciento en los últimos 5 años.

Los servicios esenciales todavía no están disponibles para toda la población. El 64 por ciento de los hogares dispone de luz eléctrica; el agua de tubería está disponible para el 54 por ciento y sólo el 24 por ciento de los hogares cuenta con inodoro de alcantarilla. El 82 por ciento de hogares cuenta con aparatos de radio y el 53 por ciento con televisión.

Fecundidad

Desde los años 70 la fecundidad ha venido disminuyendo en forma apreciable como resultado de la concentración de la población en áreas urbanas, la mejora de los niveles educativos, y la difusión y oferta de anticonceptivos. Según la **ENDSA 94**, la fecundidad descendió casi 20 por ciento en los últimos 15 años, 12 por ciento en los últimos 5 años. De mantenerse invariables los niveles actuales de reproducción, las mujeres tendrían 4.8 hijos en promedio durante toda su vida fértil, en comparación con más de 6 durante los años 70.

Existen, sin embargo, notables diferencias por educación y sitio de residencia. Las mujeres con nivel medio de instrucción o más tendrían un poco menos de 3 hijos en contraste con más de 6 entre las mujeres sin instrucción, y en el área rural las mujeres tendrían en promedio 2.5 hijos más que en el área urbana. Dentro de la regiones existen diferencias de un hijo entre departamentos. Con los niveles actuales de fecundidad, las mujeres de Potosí terminarían con un hijo más que las de Oruro; las de Chuquisaca tendrían un hijo más que las de Tarija; y las de Beni/Pando un hijo más que las de Santa Cruz.

Con los niveles actuales de fecundidad, las mujeres sin instrucción tendrían casi 4 hijos más que aquéllas con mayor educación. Las mujeres rurales tendrían en promedio 2.5 hijos más que aquéllas en áreas urbanas.

Gráfico 3

Tasas Específicas de Fecundidad por Lugar de Residencia

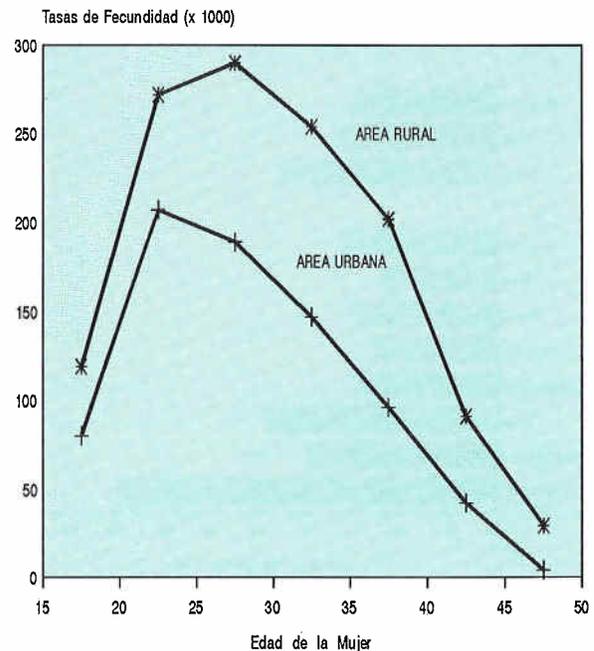


Gráfico 4

Tasa Global de Fecundidad y Paridez por Región y Departamento

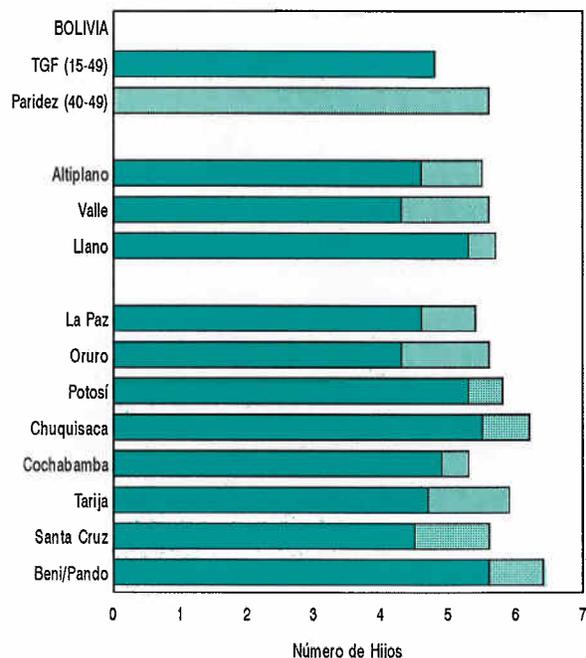
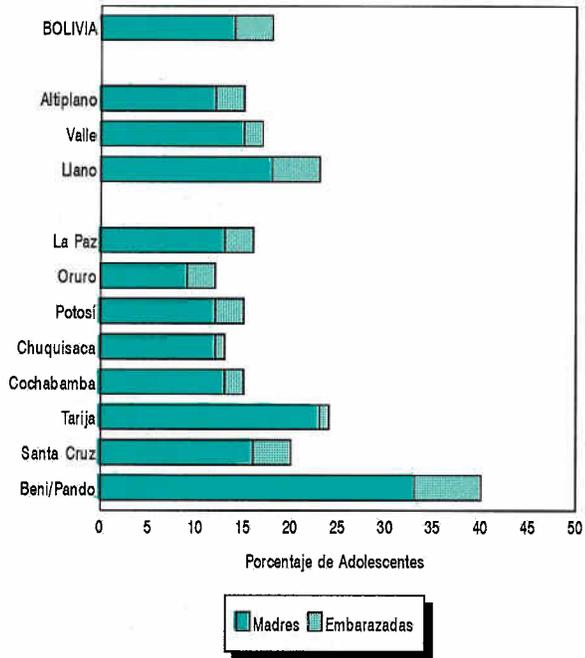


Grafico 5

Embarazos en Adolescentes y Maternidad por Región y Departamento



La fecundidad de adolescentes es un aspecto que requiere atención preferencial por la profunda repercusión que tiene en la vida de las jóvenes. En la **ENDSA 94** se encontró que el 18 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años ya es madre o está embarazada de su primer hijo. A los 19 años ya son cuatro de cada diez y entre ellas hay un 9 por ciento que ya tiene por lo menos 2 hijos. La alta fecundidad de adolescentes se hace más evidente en Beni/Pando donde las adolescentes madres son casi cuatro veces más frecuentes que en otros departamentos, como Oruro por ejemplo (33 por ciento en comparación con 9 por ciento).



Determinantes de la Fecundidad

En la **ENDSA 94** se recolectó información sobre diversos factores determinantes de los niveles y tendencias de la fecundidad en Bolivia: (1) la nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo, (2) infertilidad natural postparto, (3) preferencias reproductivas, y (4) uso de métodos anticonceptivos.

Nupcialidad y Exposición al Riesgo de Embarazo

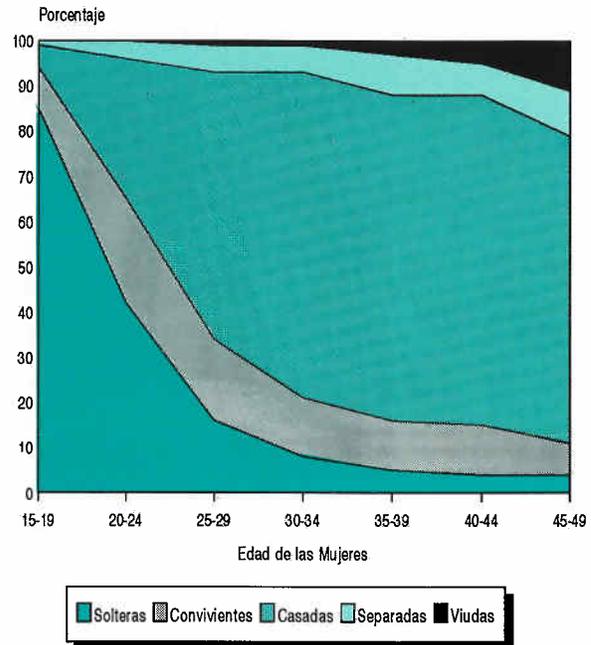
El 62 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años vive en unión conyugal y de éstas cuatro quintas partes están casadas, siendo el matrimonio la forma más común de iniciar una vida en pareja pues sólo entre las adolescentes se encuentra una mayor proporción de mujeres en uniones consensuales o convivencias.

Entre las mujeres que alguna vez han tenido relaciones sexuales, la mitad ha tenido su primera experiencia antes de los 19 años, casi dos años antes del establecimiento del hogar.

La mitad de las mujeres ha tenido su primera experiencia sexual antes de los 19 años, en promedio casi dos años antes del establecimiento del hogar.

La edad a la que se inicia la vida reproductiva se ha mantenido invariable en los últimos 20 años. La mitad de las mujeres tienen su primer hijo antes de cumplir los 22 años, aunque en ciertos grupos sociales ya se observa una tendencia a retrasar la iniciación de la maternidad.

Gráfico 6
Estado Civil de las Mujeres en Edad Reproductiva





Infertilidad

La mitad de las mujeres entrevistadas reinician su vida sexual luego de 2 meses del nacimiento de un hijo. La amenorrea postparto dura en promedio 11 meses y las mujeres se mantienen en abstinencia sexual por casi 6 meses en promedio. En consecuencia, el período de insusceptibilidad al riesgo de un nuevo embarazo se estima en alrededor de 13 meses en promedio.

Preferencias Reproductivas

Las mujeres bolivianas consideran que el número ideal de hijos debe estar entre 2 y 3 (2.5 en promedio) en comparación con una tasa de fecundidad real de 4.8. Entre 1989 y 1994, el porcentaje de mujeres que consideran 2 hijos como el número ideal pasó del 38 al 41 por ciento. El deseo por la familia pequeña es generalizado en Bolivia y sólo llega a los tres hijos entre las mujeres residentes en los departamentos del Llano.

Las mujeres bolivianas consideran el número ideal de hijos entre 2 y 3 (2.5 en promedio) en comparación con una tasa de fecundidad observada de 4.8 hijos.

El análisis de la información relacionada con los nacimientos en los tres años que precedieron la **ENDSA 94** revela que una alta proporción de ellos (35 por ciento) no fueron deseados, lo cual se traduce en más de un cuarto de millón de niños durante el período. Otra proporción considerable de nacimientos (19 por ciento) fueron deseados pero más tarde.

Si las parejas hubieran tenido sólo los hijos que deseaban, la Tasa Global de Fecundidad en Bolivia se habría reducido en 44 por ciento a 2.7 hijos por mujer en lugar de 4.8. Las reducciones más notables ocurrirían entre las mujeres sin instrucción de 6.5 hijos a 3.3.

Si las mujeres bolivianas pudiesen evitar los hijos no deseados, la Tasa Global de Fecundidad se reduciría en 44 por ciento, de 4.8 a 2.7 hijos.

Los resultados confirman lo observado en la **ENDSA 89** sobre el fuerte deseo de las mujeres bolivianas de limitar los nacimientos, aún desde edades tempranas. Entre las mujeres en unión de 15-19 años ya el 42 por ciento manifiesta su deseo de no querer más hijos y, consistente con el tamaño ideal entre 2 y 3 hijos, el 70 por ciento de las mujeres que ya tienen 2 hijos no desean tener más.

Gráfico 7
Tasas Globales de Fecundidad Observadas y Deseadas

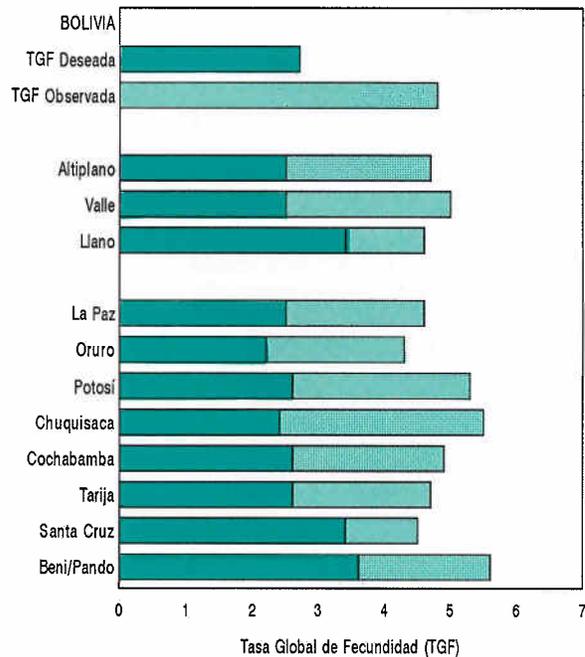


Gráfico 8
Preferencias de Fecundidad de las Mujeres en Unión

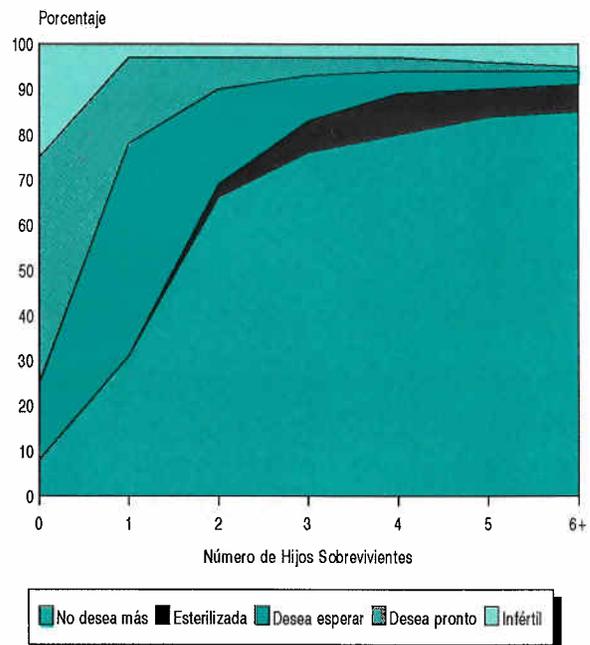


Gráfico 9
Conocimiento y Uso de Métodos de Planificación Familiar

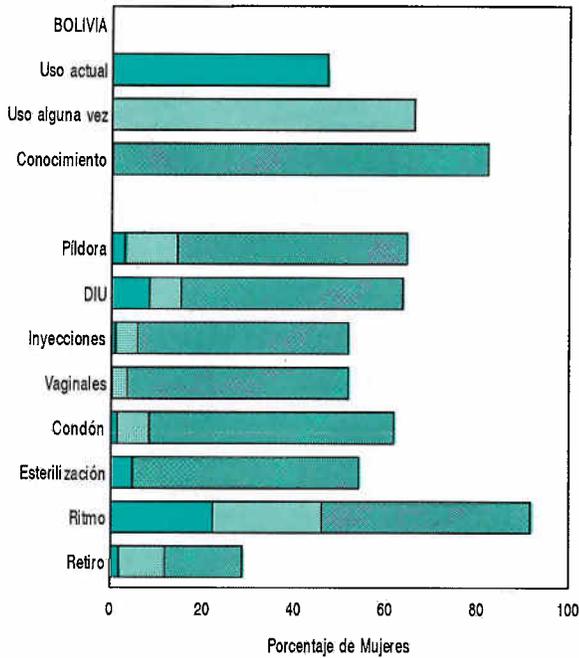
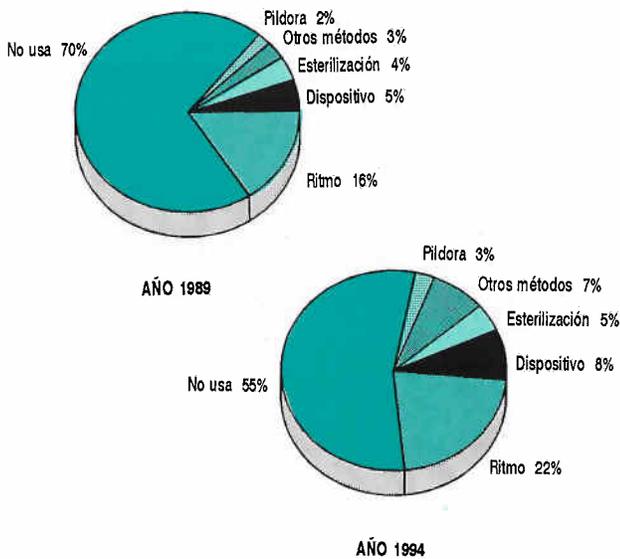


Gráfico 10
Cambios en los Métodos Usados entre 1989 y 1994



Planificación Familiar

Conocimiento y Uso de Métodos

El conocimiento de métodos anticonceptivos en Bolivia todavía no es tan generalizado como en otros países de América Latina, si bien ha mejorado notablemente. Tres de cada cuatro mujeres han oído hablar de métodos modernos de regulación de la fecundidad en comparación con dos de cada tres en 1989. Una mayor proporción de mujeres declaró en 1994 conocer la píldora y el dispositivo intrauterino (DIU), 64 por ciento en comparación con 54 por ciento. El conocimiento de la esterilización sigue en los niveles de 1989 (54 por ciento), pero el condón es ahora conocido por la mitad de las mujeres en unión en comparación con el 29 por ciento en 1989.

El 45 por ciento de las mujeres unidas manifestó estar usando métodos en 1994. Este nivel de uso representa un aumento importante en comparación con los niveles observados en encuestas anteriores: 24 por ciento en 1983 y 30 por ciento en 1989. Si bien el mayor aumento se registró en el uso de métodos modernos al pasar del 12 al 18 por ciento (un aumento de más de un punto porcentual por año), también el uso del ritmo aumentó de forma considerable (del 16 al 22 por ciento). El aumento más notable en los métodos modernos ocurrió en el uso del dispositivo intrauterino el cual representa ahora casi la mitad del uso de métodos modernos en Bolivia.

En la actualidad, el 45 por ciento de las mujeres unidas usa métodos anticonceptivos en comparación con el 30 por ciento en 1989.

Aunque la abstinencia periódica sigue siendo el método más utilizado al ser empleado por el 22 por ciento de las mujeres unidas, una de cada cuatro usuarias de ritmo no sabe en qué momento del ciclo menstrual son mayores los riesgos de embarazo.

La abstinencia periódica sigue siendo el método más utilizado al ser empleado por el 22 por ciento de las mujeres unidas. Se observa, sin embargo, una creciente aceptación de los métodos modernos, especialmente el dispositivo intrauterino.

La mayor prevalencia de uso de métodos se encuentra entre las mujeres de mayor nivel de instrucción y las residentes en las áreas urbanas; y a nivel departamental en Tarija y en Santa Cruz donde alrededor del 55 por ciento de las mujeres usan métodos, de los cuales el 60 por ciento son métodos modernos.

El sector privado en Bolivia desempeña un papel predominante en el suministro de anticonceptivos, con una cobertura de casi las dos terceras partes de las usuarias actuales de métodos modernos de planificación familiar, con las clínicas, hospitales, consultorios médicos y farmacias contribuyendo en proporciones similares. Como era de esperarse, éstas últimas constituyen la principal fuente para los llamados métodos de suministro (píldora, inyección, condón y métodos vaginales).

En Santa Cruz y Tarija se encuentran los mayores niveles de uso de métodos (54 por ciento), pero en Chuquisaca y Potosí apenas un poco más de la tercera parte de las mujeres en unión son usuarias.

Gráfico 11
Uso entre las Mujeres en Unión
por Región y Departamento

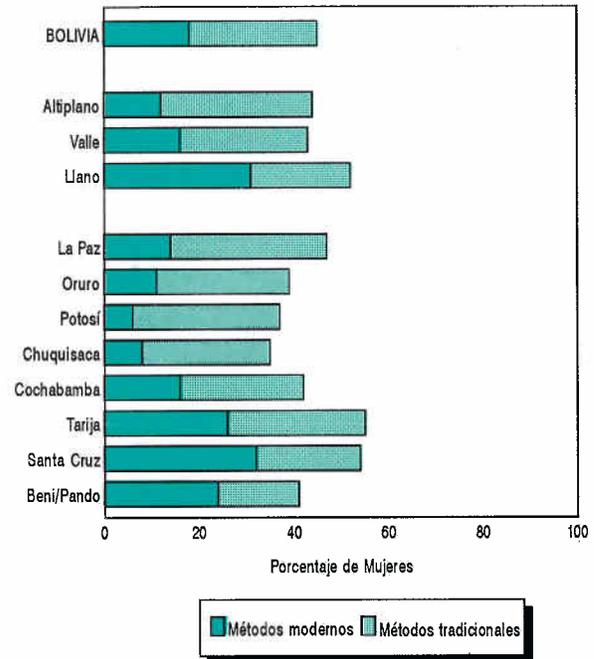
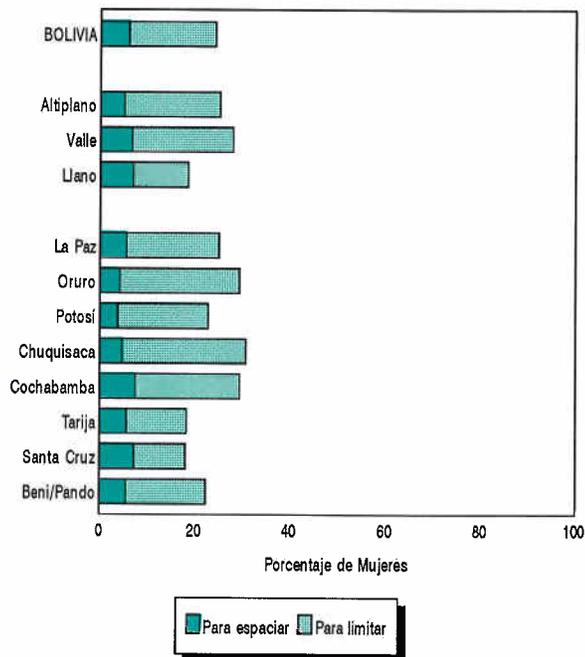


Gráfico 12
Necesidad Insatisfecha
por Región y Departamento



La Necesidad de Planificación Familiar

Una proporción importante del uso de métodos en Bolivia (tres cuartas partes) se utiliza con fines de **limitar** la descendencia y una cuarta parte para **espaciar** mejor los hijos. Dado este patrón de preferencias reproductivas en Bolivia hacia la limitación del tamaño de la familia, es de esperarse que continúe el notable incremento en el uso de anticonceptivos modernos. El 50 por ciento de las mujeres en unión y que no practican la anticoncepción manifestaron su intención de hacerlo en el futuro, en una gran proporción (43 por ciento) en los próximos 12 meses y el DIU, el método más popular, fue mencionado por el 22 por ciento de las mujeres.

Los resultados indican que el 24 por ciento (1 de cada 4) de las mujeres bolivianas en unión conyugal tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar. Para casi 3 de cada 4 de estas mujeres la necesidad sería con el fin de limitar la familia, lo cual es consistente con los altos niveles de no deseo de más hijos de la población boliviana.

A nivel de departamento, los mayores niveles de necesidad insatisfecha se encuentran en Chuquisaca, Cochabamba y Oruro (alrededor del 30 por ciento) y los menores en Santa Cruz y Tarija (18 por ciento).

El 44 por ciento de las mujeres que no usan métodos actualmente tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar, fundamentalmente para limitar la familia.

Mortalidad Materno-Infantil

Niveles y Diferenciales de la Mortalidad Infantil

En años recientes la mortalidad infantil ha experimentado descensos importantes en Bolivia, pero aún así sigue siendo alta en comparación con otros países vecinos.

De las estimaciones de mortalidad a partir de la **ENDSA 94** se concluye que en el período de 10 años entre 1982 y 1992, la mortalidad infantil bajó de niveles de 105 defunciones por mil nacidos vivos a 75, una disminución de casi el 30 por ciento.

Los diferenciales por lugar de residencia son notables para los niveles de mortalidad en el período 1989-1994. Como casi en todos los resultados obtenidos en la encuesta, la región del Llano tiene características muy diferentes a las del Altiplano y el Valle, donde la mortalidad es casi el doble. A nivel departamental los extremos se encuentran en Santa Cruz y Potosí, con 50 y 131 muertes infantiles por cada mil nacidos vivos, respectivamente.

De cada mil niños nacidos vivos en Bolivia, 37 mueren antes de cumplir 1 mes de vida y otros 38 después de cumplir un mes, pero antes de cumplir el primer año.

Gráfico 13
Evolución Reciente
de la Mortalidad Infantil

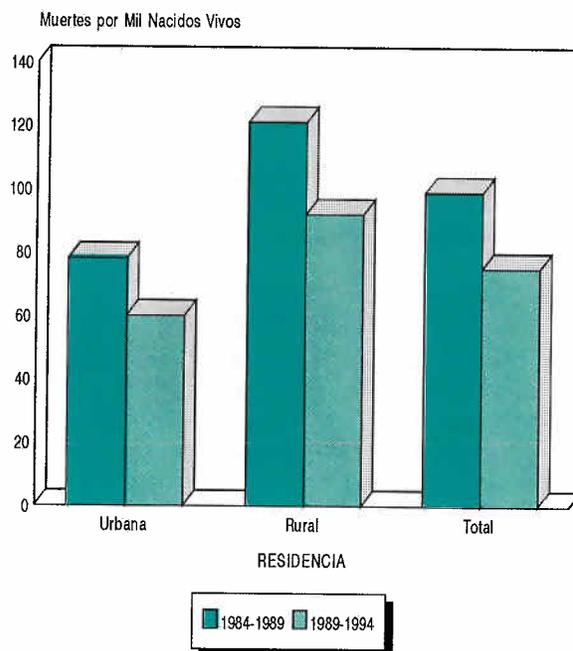
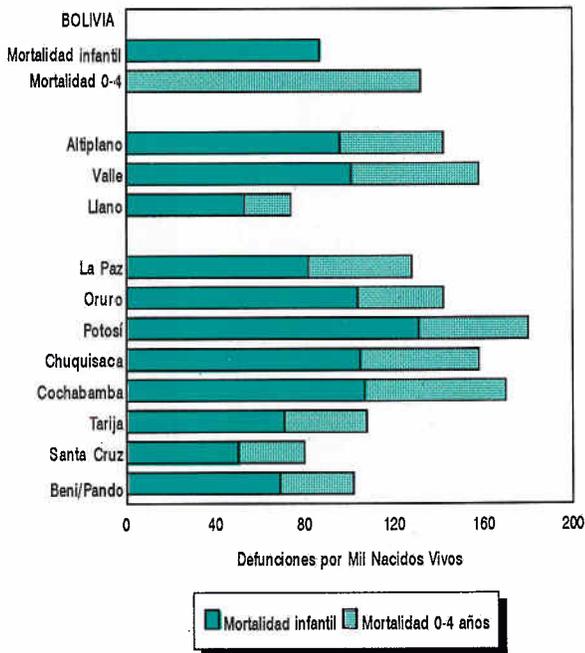


Gráfico 14

Mortalidad Infantil y en la Niñez por Región y Departamento



Alto Riesgo Reproductivo

La ENDSA 94 permite analizar en que medida la mortalidad en Bolivia es sensible a los patrones reproductivos de la población, en lo que se refiere a edades extremas de la madre al nacimiento de los hijos (menores de 18 o de 35 o más años), intervalos cortos entre nacimientos (menos de 24 meses), y orden de nacimiento mayor de 3.

El 62 por ciento de los nacimientos en los 5 años que precedieron la encuesta ocurrieron en condiciones de riesgo elevado de mortalidad, en el caso de Bolivia riesgos 60 por ciento mayores de lo que se esperaría para niños cuyas madres no se encuentran en ninguna categoría de riesgo elevado. El principal determinante es el orden de nacimiento superior a 3 hijos (21 por ciento de nacimientos) y el intervalo de espaciamiento menor a 24 meses (11 por ciento).

El 62 por ciento de los nacimientos ocurren en condiciones de riesgo elevado de mortalidad, la tercera parte de ellos por tratarse de nacimientos de orden 4 o mayor.



En comparación con los nacimientos que no están en ninguna categoría de riesgo reproductivo, el 9 por ciento de los nacimientos en Bolivia tienen riesgos de mortalidad 3 veces mayores por encontrarse en la categoría combinada de orden de nacimiento de 4 o mayor e intervalo de nacimiento menor de 24 meses.

Los riesgos de mortalidad de un niño de orden 4 o mayor, nacido con intervalo corto a una madre de 35 o más años, son tres veces los riesgos normales.

Mortalidad Materna

Uno de los objetivos y contribuciones más importantes de la **ENDSA 94** es la recolección de información para estimar los niveles de mortalidad materna en Bolivia. Los resultados indican que la mortalidad materna disminuyó de 416 muertes por 100,000 nacidos vivos en el período 1984-1989 a 390 para el período 1989-1994, todavía sin embargo una de las más altas en América Latina.

Los diferenciales por lugar de residencia son notables. La mortalidad materna en los últimos diez años en la región del Altiplano se estimó en 591 muertes por causa materna por mil nacidos vivos, más del doble que en el Valle (286 muertes) y entre tres y cuatro veces mayor que en el Llano (166 muertes).

La mortalidad materna disminuyó de 416 a 390 muertes por 100,000 nacidos vivos en los últimos 10 años.

Gráfico 15
Mujeres y Niños en Categorías de Alto Riesgo Reproductivo

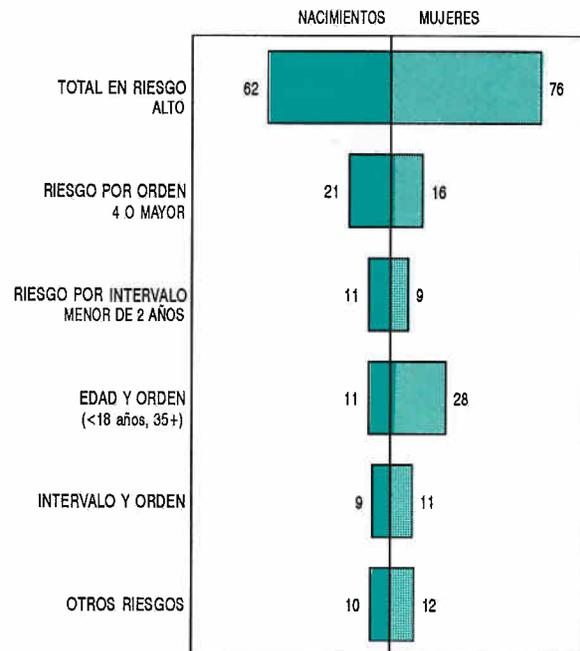


Gráfico 16
Mortalidad Materna

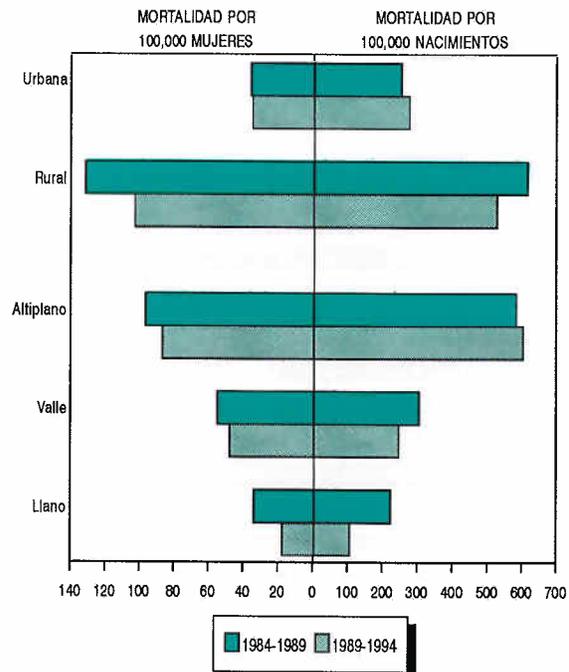


Gráfico 17
Atención Prenatal para Niños Menores de 3 Años

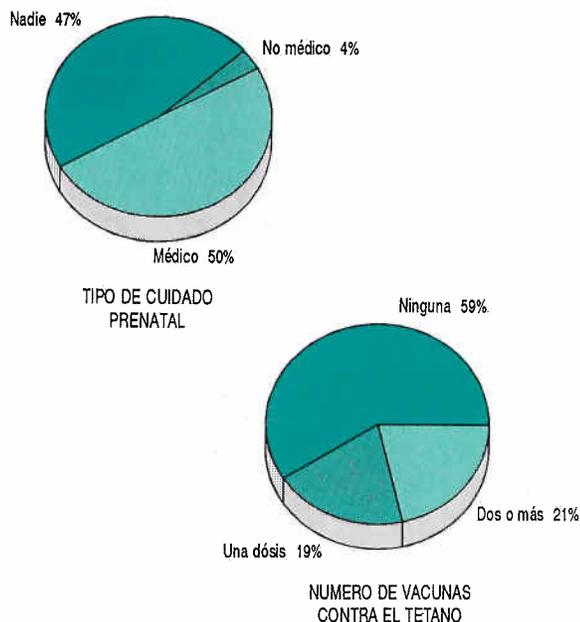
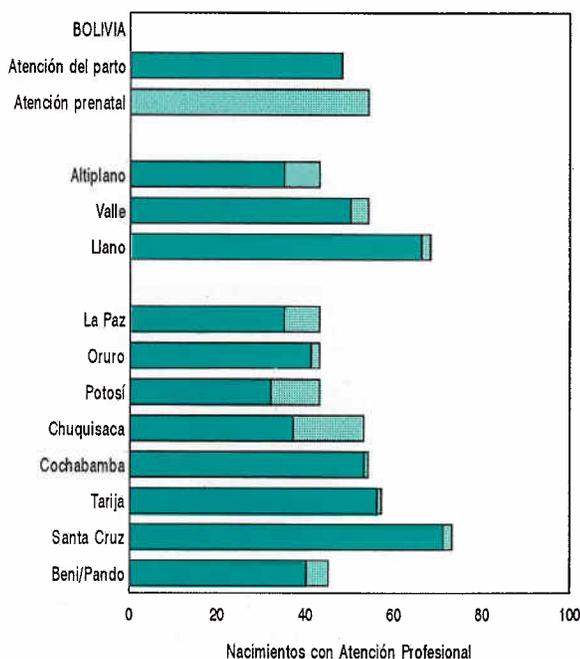


Gráfico 18
Atención Prenatal y Asistencia del Parto por Personal Profesional



Salud Materno-Infantil

Cuidado Prenatal

El cuidado prenatal por profesionales de la salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y sanitarios) al igual que en 1989, apenas es asequible a la mitad de las gestantes. Casi el resto de las mujeres que dieron a luz en los tres años que precedieron la **ENDSA 94** (47 por ciento) no recibieron atención prenatal alguna. Por otro lado, solamente el 40 por ciento de las mujeres recibieron la vacuna antitetánica, apenas el 60 por ciento en los departamentos de mayor cobertura, los del Llano. Esta situación cobra mayor gravedad cuando se observa que todavía en Bolivia una alta proporción de nacimientos (57 por ciento) son domiciliarios y que el 40 por ciento de ellos tiene lugar sin atención profesional (familiares y amigos).

Vacunación

En Bolivia, solamente el 37 por ciento de los niños de 1 año estaban en 1994 protegidos con todas las vacunas. El 20 por ciento fue vacunado durante el primer año de vida y el 17 por ciento después del primer aniversario. Esto representa, sin embargo, una notable mejoría con respecto a 1989 cuando se estimó que la vacunación completa sólo llegaba al 19 por ciento.

Sólo el 37 por ciento de los niños de 1 año tienen las vacunas completas.

Existen contrastes dramáticos por departamentos dentro de las mismas regiones, desde apenas el 26 por ciento en Oruro, Cochabamba y Beni/Pando hasta el 56 por ciento en Potosí, el 51 por ciento en Tarija, y el 48 por ciento en Santa Cruz.

A pesar de las intensas campañas de vacunación en Bolivia, todavía el 15 por ciento de los niños de 1 año no han recibido ninguna vacuna y apenas el 56 por ciento tenían la vacuna contra el sarampión. La gran movilización emprendida por la Secretaría Nacional de Salud durante la reciente **Campaña Nacional de la Lucha contra el Sarampión** debe haber mejorado esa cobertura substancialmente.

Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas afectan al 17 por ciento de los niños menores de 3 años. Los mayores niveles se encuentran en los departamentos de Beni/Pando (33 por ciento) y el menor nivel, inesperadamente, en Potosí (9 por ciento).

Diarrea y Rehidratación Oral

La epidemia del cólera desatada en el país en 1991, motivó una masiva movilización de las autoridades y de la población en general, con una intensa campaña de educación sanitaria. En consecuencia, la prevalencia de la diarrea en las 2 semanas anteriores a la **ENDSA 94** (30 por ciento) fue menor a la encontrada en 1989 (36 por ciento).

El suero de rehidratación oral es conocido por el 84 por ciento de las madres, pero sólo el 33 por ciento lo usó durante las últimas dos semanas, con pocas diferencias según las características de las madres o de los niños, excepto la edad de éstos: 40 por ciento de los niños de 1 año recibieron sobres de rehidratación oral.

Gráfico 19
Inmunización Completa y
Contra Sarampión

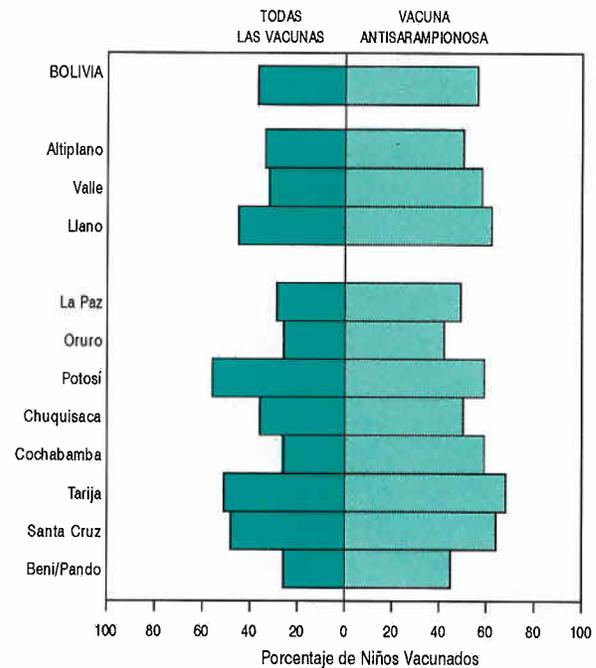


Gráfico 20
Inmunización contra Polio
entre Niños de 1 Año

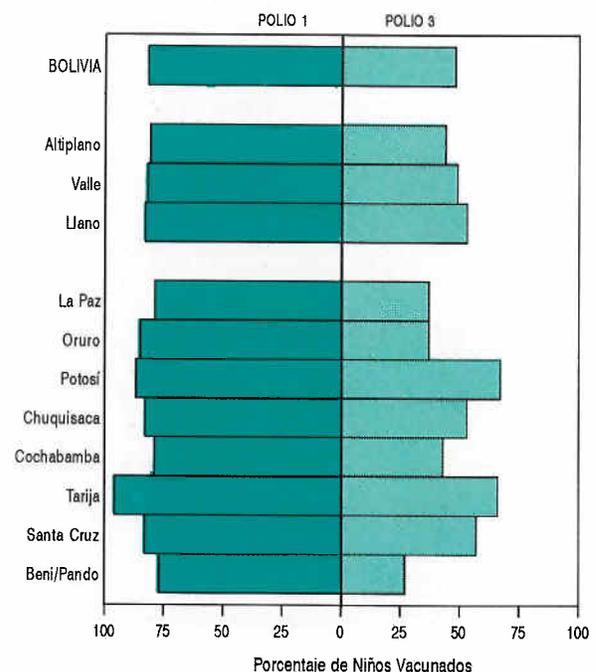
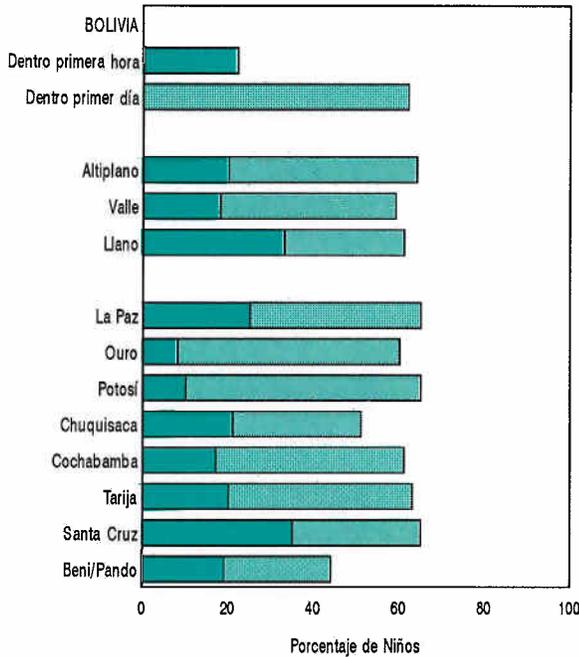


Gráfico 21
Momento de Iniciación de la Lactancia



Lactancia y Nutrición

Lactancia

La lactancia es una práctica generalizada en Bolivia, pues el 96 por ciento de los niños ha recibido el pecho materno alguna vez. El 22 por ciento de los niños empieza a lactar en la primera hora de nacido y el 62 por ciento durante el primer día de nacido. La lactancia dura en promedio 17.5 meses, pero se dá en forma exclusiva apenas durante un poco más de 3 meses. Entre los niños de 12 meses de edad, el 80 por ciento de ellos todavía continuaba lactando. La intensidad de la lactancia es adecuada: el 85 de los menores de 6 meses recibe el pecho por lo menos 6 veces al día.

Como en muchos países, en Bolivia la suplementación alimenticia se inicia a muy temprana edad poniendo al niño en riesgo de contraer gérmenes por el empleo de agua que generalmente no es de buena calidad. La leche maternizada es común durante los primeros dos meses pero lo más común es que los niños reciban leche fresca (1 de cada cuatro entre los niños de 4-5 meses) u otros líquidos (más de la mitad de los niños de 4-5 meses).

Los alimentos sólidos se introducen después de los tres meses de vida y ya entre los niños de 6 y 7 meses la lactancia materna es casi totalmente suplementada. A estas edades más del 80 por ciento de los lactantes recibe alimentos sólidos.

El 33 por ciento de los niños recibe suplementación alimenticia antes de cumplir 2 meses de vida.

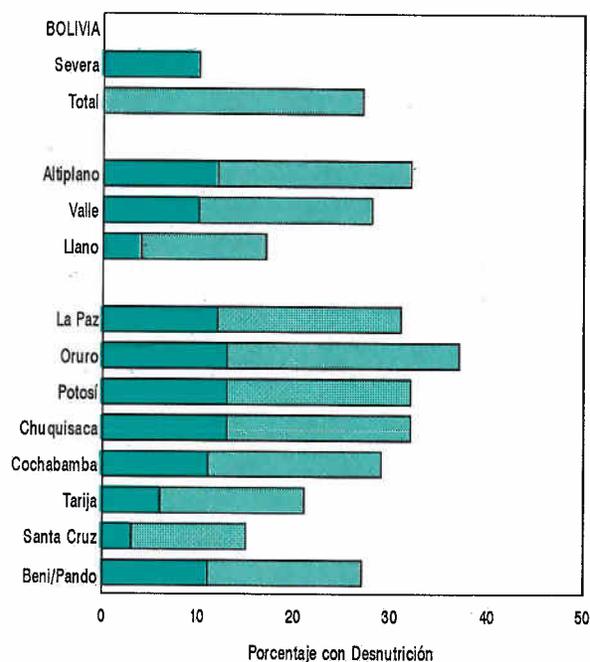
Nutrición

Según la **ENDSA 94**, el 28 por ciento de los niños menores de 3 años en Bolivia adolecerían de desnutrición crónica, es decir, retardo en el crecimiento en talla para la edad, nivel inferior en casi 10 puntos porcentuales al encontrado para el mismo grupo de edad en la **ENDSA 89** (38 por ciento). Es en el grupo de niños de 2 años donde la reducción ha sido más substancial al pasar del 51 por ciento en 1989 al 32 por ciento en 1994. Esa reducción se logró básicamente en la desnutrición crónica severa la cual pasó del 21 por ciento en 1989 al 12 por ciento en 1994.

La prevalencia de la desnutrición crónica es relativamente alta en el Altiplano en comparación con el Llano, especialmente en Oruro donde el 38 por ciento de los niños fueron clasificados como desnutridos. Santa Cruz y Tarija tienen los menores niveles de desnutrición crónica severa (2.7 y 6.5 por ciento respectivamente) en contraste con más del 10 por ciento en los otros departamentos.

El 28 por ciento de los niños menores de 3 años padece de desnutrición crónica (38 por ciento en Oruro en comparación con 16 por ciento en Santa Cruz).

Gráfico 22
Desnutrición Crónica entre Niños Menores de 3 Años



Conclusiones y Recomendaciones

Servicios Básicos

El proceso de concentración de la población en el área urbana y en las grandes ciudades se ha acelerado en años recientes en Bolivia, lo que ha hecho más asequibles los servicios de salud y planificación familiar, a pesar que la cantidad o calidad de estos no hubiesen aumentado. Persisten los déficits en la provisión de los servicios básicos de electricidad, agua potable y alcantarilla. Se observa también que ha habido mejoras substanciales en la educación, sobre todo en la femenina, lo que ha contribuido positivamente a los cambios observados en la mortalidad y fecundidad.

El aumento de servicios básicos, especialmente para la adecuada eliminación de excretas en la zona rural podría mejorar substancialmente los niveles de salud en la población.

Fecundidad y Planificación Familiar

La fecundidad ha disminuido pero todavía está por encima del ideal expresado por la mujer boliviana. Ello debido en parte a que aún se mantienen patrones de conducta que favorecen una temprana práctica de relaciones sexuales que antecede a la formación de la

familia, lo que hace que la fecundidad en adolescentes sea significativa.

La proporción de embarazos no deseados es alta y la mayoría de mujeres, sobre todo en los grupos sociales menos favorecidos, manifiesta su deseo de no tener más hijos. El uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres bolivianas va más dirigido a la **limitación** del número de hijos que al **espaciamiento** entre ellos.

Es por lo tanto recomendable que las campañas de educación creen conciencia de la importancia de materializar los ideales del tamaño de la familia y un espaciamiento mayor entre los hijos como medidas de prevención de la mortalidad infantil y materna.

El uso de métodos anticonceptivos se ha incrementado notablemente pero todavía persiste un alto porcentaje de parejas que emplea los métodos tradicionales. Hay propensión al uso de anticonceptivos en el futuro por parte de quienes por ahora no los emplean, con inclinación por los métodos modernos.

Dados los patrones de preferencias reproductivas en Bolivia, es de esperar que continúe el notable incremento en el uso de anticonceptivos y que el dispositivo intrauterino siga ganando importancia como método de regulación de la fecundidad, lo cual requiere la creación de servicios especiales de atención postparto y seguimiento.



Una proporción importante de las mujeres que no usan métodos deben considerarse con necesidad insatisfecha de planificación familiar por estar expuestas al riesgo de embarazo.

La satisfacción de esta necesidad, fundamentalmente para limitar el tamaño de la familia, requeriría el aumento en la accesibilidad a métodos modernos. Como los niveles de necesidad insatisfecha varían considerablemente por lugar de residencia, se recomienda prestar particular atención a cubrir las necesidades de la población residente en el Altiplano Boliviano y en Chuquisaca y Cochabamba.

Salud y Mortalidad Materno-Infantil

La mortalidad infantil ha disminuido apreciablemente, pero es de esperarse, si se controlaran los factores de riesgo obstétrico vinculados con los patrones actuales de reproducción, que podría descender aún más, para lo cual se requeriría la ampliación de los servicios de salud y planificación familiar a las madres que ya tienen más de 3 hijos, especialmente aquellas mujeres que están teniendo hijos con intervalos menores de 24 meses. Para ello sería necesario reforzar la visión de la planificación familiar como un componente básico de salud pública.

La atención profesional durante la gestación ha permanecido estancada, y todavía más de la mitad de los nacimientos ocurren como partos domiciliarios. Se requerirán esfuerzos especiales para mejorar la atención institucional de partos, especialmente en el Altiplano y en los departamentos de Chuquisaca y Beni/Pando.

Los niveles de inmunización contra enfermedades de la niñez todavía dejan que desear: los niveles de vacunación completa son todavía bajos, no hay la adecuada continuación de las dosis en los casos que se requieren y también se observa un retraso en las aplicaciones.

La prevalencia de IRA y diarrea ha disminuido, pero los niveles observados todavía son elevados. En el lado positivo, ha aumentado el uso de sales de rehidratación oral el que es complementado con los sueros caseros.

Se observan disminuciones en los niveles de la desnutrición entre los niños menores de 3 años, pero en todos los departamentos con la excepción de Santa Cruz y Tarija, los niveles de desnutrición crónica severa son todavía inaceptablemente elevados.

Es recomendable diseñar programas especiales de alimentación y nutrición en esos departamentos, en particular en Oruro donde la desnutrición crónica presenta los niveles más altos del país.

La mortalidad materna en el Altiplano es dramáticamente alta y deben efectuarse los esfuerzos necesarios para su disminución, al menos a los niveles de las otras regiones.

Conclusiones y Recomendaciones Generales

En general, **ENDSA 94** permite documentar que se han producido algunas mejoras en el campo de la educación, la salud y la planificación familiar, pero a su vez detecta y confirma los profundos desniveles entre las diversas subpoblaciones. Los servicios están concentrados en las capitales de los departamentos, donde se encuentran las condiciones más favorables. En el resto de Bolivia persisten situaciones desfavorables con altos niveles de fecundidad y de mortalidad infantil, baja cobertura de vacunaciones y niveles de desnutrición relativamente altos.

Finalmente, se recomienda reforzar las fuentes estadísticas, fundamentalmente las encuestas por muestreo, para poder hacer el seguimiento adecuado de la situación social del país, sobre todo en lo relacionado con la salud y la planificación familiar, con el fin de facilitar la identificación de los grupos de riesgo obstétrico y el seguimiento de los programas de desarrollo.

Metas Programáticas

La participación repetida de Bolivia en el programa mundial de Encuestas de Demografía y Salud (programa DHS), ofrece la oportunidad única a planificadores y administradores de fijar metas concretas, a mediano plazo, y a nivel de regiones administrativas, en el campo de la salud y planificación familiar. Estas metas programáticas son consistentes con, pero más modestas que, las establecidas por el **Plan Vida**, formulado por la Secretaría Nacional de Salud en mayo 1994. Las metas fijadas ahora serían evaluadas con la ejecución de una nueva ENDSA en 1999 o en el año 2000. Ejemplos de metas concretas serían:

- En el campo de la fecundidad, reducción de la Tasa Global de Fecundidad a 4.5 en Potosí, Chuquisaca y Beni/Pando.
- En el campo de la planificación familiar, expansión de servicios de planificación familiar para alcanzar una prevalencia de uso de métodos modernos de 20 por ciento en Potosí y Chuquisaca, 30 por ciento en La Paz, Oruro y Cochabamba, y 50 por ciento en Tarija, Santa Cruz y Beni/Pando.
- En el campo de la atención prenatal, deberían hacerse esfuerzos especiales para que siquiera la mitad de las gestantes reciban al menos dos dosis del toxoide tetánico a nivel del país y en especial en el Llano, y que el 70 por ciento de las gestantes del Altiplano y el Valle reciban cuidado prenatal por parte de personal de salud.
- En el campo de la atención del parto, puede fijarse como meta que el 40 por ciento de los partos sean recibidos en servicios de salud en los departamentos del Altiplano y en Chuquisaca.
- Una meta de inmunización completa y oportuna para el 50 por ciento de los niños de 1 año podría establecerse para La Paz, Oruro, Cochabamba y Beni/Pando; y del 60 por ciento para Potosí, Tarija y Santa Cruz.
- En el campo de riesgo reproductivo, reducción de los nacimientos en categorías de riesgo elevado de mortalidad del 62 por ciento al 50 por ciento, como mínimo. Para ello se requeriría el diseño de programas especiales para las mujeres que ya tienen 3 hijos y que están en riesgo de dar a luz con intervalos de menos de 24 meses.
- En el campo de la nutrición infantil, podría establecerse una meta de reducción de la desnutrición crónica a la mitad de los niveles actuales (de 30 al 15 por ciento) en la región del Altiplano, en los departamentos de Chuquisaca y Cochabamba en el Valle, y Beni y Pando en el Llano.
- La reducción de la mortalidad materna a niveles inferiores a 300 por cada 100,000 nacidos vivos puede alcanzarse si se mejoran los niveles de atención prenatal y si se reducen los niveles de partos domiciliarios, para identificar así las mujeres de alto riesgo reproductivo. Dados los niveles excesivos en el Altiplano, allí se requerirán esfuerzos especiales para alcanzar esta meta.

¹Estas metas programáticas son consistentes con, pero más modestas que, las establecidas por el Plan Vida, formulado por la Secretaría Nacional de Salud en mayo de 1994.

Datos Básicos

Indicadores Demográficos, 1992 (Cifras Oficiales del Instituto Nacional de Estadística)

Población total (en millones)	6.8
Población urbana (porcentaje)	58.0
Tasa de crecimiento de la población (porcentaje)	2.1
Tiempo requerido para que se duplique la población (años)	33.0
Tasa de natalidad (por 1,000 habitantes)	34.0
Tasa de mortalidad (por 1,000 habitantes)	12.0
Esperanza de vida al nacer (años)	60.0

Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1994

Población de la muestra

Mujeres de 15 a 49 años	8.603
Niños nacidos en últimos 3 años	3.587
Sobrevivientes menores de 3 años	3.302
Niños vivos de 12-23 meses	1.111

Características básicas¹

Porcentaje urbano	62.5
Porcentaje con educación media o más	36.6

Matrimonio y otros determinantes de la fecundidad

Porcentaje de mujeres actualmente unidas	62.0
Porcentaje que han estado unidas alguna vez	69.7
Para mujeres 25-49 años:	
Edad mediana a la primera unión	20.6
Edad mediana al primer nacimiento	21.2
Duración media de la amenorrea postparto (en meses) ²	10.8
Duración media de la abstinencia postparto (en meses) ²	5.5

Fecundidad

Tasa global de fecundidad ³	4.8
Número medio de niños nacidos vivos de mujeres 40 a 49 años	5.6

Deseo de tener hijos

Porcentaje de mujeres actualmente unidas:	
Que no desea tener más hijos (excluyendo las mujeres esterilizadas)	67.6
Que desea postergar el parto siguiente más de 2 años	12.5
Número medio ideal de hijos para las mujeres de 15 a 49 años	2.5

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

Porcentaje de las mujeres actualmente unidas:	
Que conoce algún método moderno	76.7
Que actualmente usa un método	45.3
Píldora	2.8
Dispositivo intrauterino (DIU)	8.1
Inyecciones	0.8
Métodos vaginales	0.1
Condón	1.3
Esterilización femenina	4.6
Ritmo	22.0
Retiro	1.7
Otros métodos	3.9

Mortalidad y salud materno-infantil

Tasa de mortalidad infantil ⁴	75
Tasa de mortalidad de menores de cinco años ⁴	116
Mortalidad materna ⁵	390

Atención materna

Porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron: ⁶	
Atención de un médico, enfermera, auxiliar, o sanitario durante el embarazo	52.5
Atención de un médico, enfermera, auxiliar, o sanitario durante el parto	47.2

Vacunación

Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad con tarjeta de vacunación	35.1
Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad que ha tenido al menos una dosis de vacuna	85.1
Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad que ha recibido: ⁷	
BCG	76.9
DPT (las tres dosis)	42.8
Polio (las tres dosis)	47.5
Antisarampionosa	55.7
Todas las vacunas ⁸	36.6

Prevalencia de enfermedades en menores de 3 años

Porcentaje de niños con diarrea ⁹	29.9
Porcentaje de niños con diarrea tratados con sales de rehidratación oral (SRO)	33.4
Porcentaje de niños enfermos con IRA ¹⁰	18.0

Lactancia infantil y nutrición en la niñez

Duración media de la lactancia (en meses) ²	17.2
Porcentaje de niños de 0 a 1 meses amamantados	96.6
Porcentaje de niños de 4 a 5 meses amamantados	93.5
Porcentaje de niños de 10 a 11 meses amamantados	78.8
Porcentaje de niños menores de tres años con desnutrición crónica ¹¹	28.3

Nutrición de las madres¹²

Porcentaje de madres con talla menor de 145 cms	13.0
---	------

¹ Mujeres en edad fértil

² Estimación con el método de prevalencia-incidencia con los nacimientos en los 36 meses anteriores a la encuesta

³ Tomando como base los partos de mujeres de 15 a 49 años durante los tres años que precedieron la encuesta (1991 a 1994 aproximadamente)

⁴ Defunciones por cada 1,000 nacidos vivos para el período de cinco años precedente a la encuesta (1989 a 1994 aproximadamente)

⁵ Muertes maternas por 100,000 nacidos vivos para el período de cinco años precedente a la encuesta (1989 a 1994 aproximadamente)

⁶ Tomando como base los nacimientos ocurridos durante los tres años anteriores a la encuesta

⁷ Información obtenida del carnet de vacunación y de la información proporcionada por la madre

⁸ Incluye BCG, tres dosis de polio, tres dosis de DPT, y antisarampionosa

⁹ Niños menores de tres años cuyas madres declararon que aquellos tuvieron diarrea durante las dos semanas anteriores a la encuesta

¹⁰ Niños enfermos con tos acompañada de respiración agitada, durante las dos semanas que precedieron la encuesta

¹¹ Porcentaje de niños con talla inferior a la esperada para su edad, basado en una distribución estándar

¹² Tomando como base a las mujeres con hijos nacidos vivos en los 3 años anteriores a la encuesta