

Bolivia



Encuesta
Nacional de
Demografía y Salud
1989

INFORME RESUMIDO

RESUMEN EJECUTIVO	2
ANTECEDENTES	4
SALUD MATERNO-INFANTIL	5
Mortalidad en la infancia y en la niñez _____	5
Atención materna _____	7
Salud infantil _____	8
<i>Lactancia materna</i> _____	8
<i>Vacunación</i> _____	8
<i>Diarrea</i> _____	9
<i>Problemas respiratorios</i> _____	10
<i>Estado nutricional de los niños</i> _____	11
FECUNDIDAD	12
Factores que influyen en la fecundidad _____	13
<i>Preferencias de fecundidad</i> _____	13
<i>Edad al contraer matrimonio y al primer nacimiento</i> _____	14
<i>La lactancia materna y la infertilidad post-parto</i> _____	15
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	16
Conocimiento de los métodos de planificación familiar _____	16
Exposición a los medios de comunicación _____	17
Práctica de la planificación familiar _____	17
Servicios de planificación familiar _____	19
Razones del abandono de la práctica anticonceptiva _____	19
Razones de la no utilización de la planificación familiar _____	19
Demanda potencial de los servicios de planificación familiar _____	20
CONCLUSIONES	21
HOJA INFORMATIVA	23



BID/CONDE

El presente informe resume los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Bolivia (ENDSA) de 1989, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) bajo los auspicios del Ministerio de Planeamiento y Coordinación. El Instituto para Desarrollo de Recursos proporcionó fondos y asistencia técnica. Proporcionaron fondos adicionales la Misión de la USAID en Bolivia, UNICEF, OMS/OPS y UNFPA. El proyecto IMPACT del Population Reference Bureau proporcionó apoyo editorial y de producción para este informe.

La encuesta de Bolivia forma parte del programa mundial de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) que tiene por fin recopilar datos sobre la fecundidad, la planificación familiar y la salud materno-infantil. Puede obtenerse información adicional sobre la encuesta de Bolivia solicitándola del Instituto Nacional de Estadística, Casilla 20532, La Paz, Bolivia. Puede obtenerse información adicional acerca del programa DHS solicitándola de: DHS, Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc., 8850 Stanford Boulevard, Suite 4000, Columbia, MD 21045, U.S.A. (Télex 87775).

RESUMEN EJECUTIVO

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Bolivia de 1989 (ENDSA), los niveles de fecundidad y mortalidad infantil en Bolivia siguen figurando entre los más elevados de América Latina. De acuerdo a las tasas actuales, las mujeres bolivianas tienen un promedio de cinco hijos cada una. Uno de cada diez de los lactantes muere antes de llegar a su primer año de vida.

Entre otros resultados importantes de la encuesta figuran los siguientes:

- *Mortalidad infantil:* Muchas muertes infantiles se pueden evitar, puesto que la diarrea y las enfermedades respiratorias son las causas principales de las muertes entre los niños menores de cinco años.
- *Salud infantil:* Uno de cada cinco niños menores de cinco años había tenido diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta y uno de cada cinco niños había tenido problemas respiratorios durante ese período.
- *Atención de maternidad:* Casi la mitad de todos los alumbramientos ocurren sin asistencia



médica y más de la mitad de las madres no reciben atención prenatal alguna.

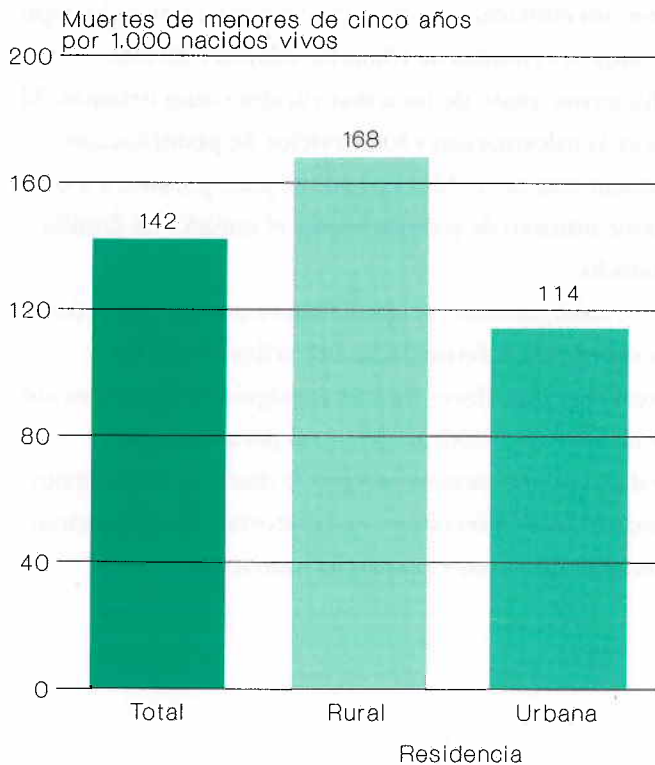
- *Vacunación:* La cobertura de la vacunación es baja; sólo el 33 por ciento de los niños de 12 a 23 meses de edad con una tarjeta de salud había sido vacunado contra las seis enfermedades principales de la niñez.
- *Nutrición infantil:* Treinta y ocho por ciento de los niños de tres a 36 meses de edad muestran un retraso en el crecimiento en la talla para la edad, en comparación con la población de referencia internacional. El retraso en el crecimiento es un síntoma de desnutrición crónica.
- *Preferencias de fecundidad:* Como promedio, las mujeres quieren tener dos niños menos de los que ahora están teniendo.
- *Demanda potencial de planificación familiar:* Dos terceras partes del total de las mujeres casadas no desean tener más hijos.
- *Práctica de la planificación familiar:* Sólo el 30 por ciento de las mujeres casadas está practicando la planificación familiar; de estas mujeres, más de la mitad practican la abstinencia periódica.
- *Conocimiento de los anticonceptivos:* Sólo la mitad de las mujeres casadas que vive en las zonas rurales conocen al menos un método anticonceptivo moderno.

A pesar de la contradicción entre la declaración de las mujeres de desear familias menos numerosas y la de no utilizar anticonceptivos, la mayoría de las mujeres

bolivianas reconoce que carece de información sobre planificación familiar. Sin embargo, la mayoría de ellas considera aceptable tratar de este tema a través de los medios de comunicación. Las mujeres en riesgo de tener un embarazo no deseado forman parte del grupo de mujeres casadas de todas las edades y niveles educativos, tanto de las zonas rurales como urbanas. El hacer la información y los servicios de planificación familiar más accesibles en todo el país, permitirá a un mayor número de parejas lograr el tamaño de familia deseado.

Análogamente, se puede hacer mucho por reducir las muertes y enfermedades infantiles. Entre las intervenciones claves figuran las siguientes: promoción de las sales de rehidratación oral para tratar la deshidratación ocasionada por la diarrea; tratamiento médico de las infecciones respiratorias; inmunización; atención materna; y una mejor nutrición.

Figura 1
MORTALIDAD INFANTIL POR RESIDENCIA 1979-1989



Bolivia ENDSA 1989

ANTECEDENTES

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Bolivia de 1989 (ENDSA) proporciona a los planificadores y ejecutivos información esencial sobre fecundidad, planificación familiar, mortalidad infantil y en la niñez, atención de salud materno- infantil y otros temas. La Encuesta fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística, bajo los auspicios del Ministerio de Planificación y Coordinación. Se entrevistó a una muestra representativa de 7.923 mujeres de 15 a 49 años de edad entre los meses de febrero y julio de 1989. Las entrevistas con las madres proporcionaron información sobre la salud de 5.764 niños nacidos en los últimos cinco años. Adicionalmente, se midieron el peso y la talla de 2.537 niños de tres a 36 meses de edad para evaluar su estado nutricional.

La población de 6,4 millones (Encuesta Nacional de Población y Vivienda de 1988) de Bolivia está aumentando a razón de un 2,2 a un 2,6 por ciento por año, tasa a la cual se duplicará en 27 a 32 años.

SALUD MATERNO-INFANTIL

Mortalidad en la infancia y en la niñez

Bolivia tiene una de las tasas de mortalidad de la primera infancia más elevadas de América Latina. Uno de cada diez niños muere antes de cumplir su primer

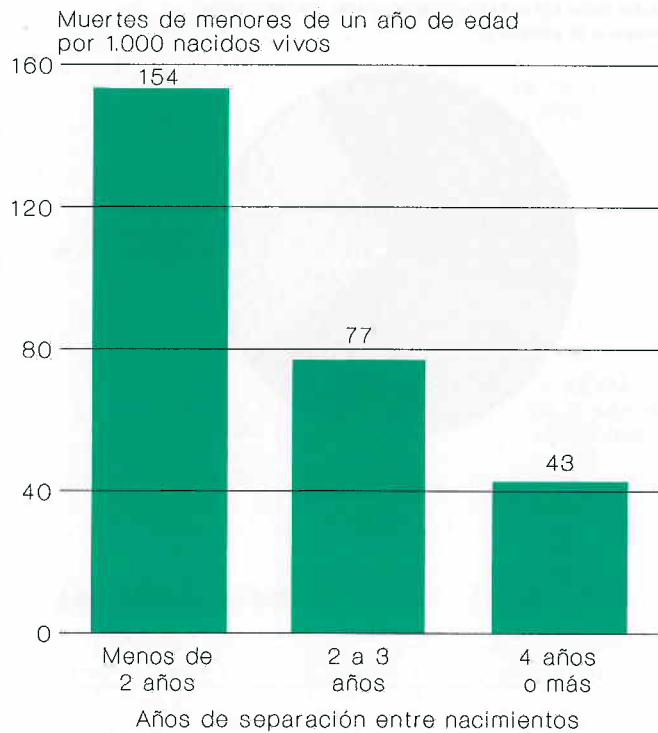
Uno de cada diez niños bolivianos muere antes de cumplir el primer año.

año y aproximadamente uno de cada siete muere antes de llegar a los cinco años.

Los resultados de la ENDSA ponen de relieve varios factores que guardan relación con la supervivencia infantil:

- **Lugar de residencia:** Los niños nacidos en zonas rurales tienen un 50 por ciento más de riesgo de morir antes de cumplir los cinco años que los niños de zonas urbanas (véase la Figura 1). Las tasas de mortalidad en la infancia y en la niñez son más elevadas en la región de los Valles y más bajas en la región de los Llanos.
- **Educación de la madre:** Los niños nacidos de madres sin educación tienen casi tres veces más probabilidad de morir antes de su primer año que los niños nacidos de madres con al menos nueve años de educación (nivel medio o superior).
- **Espaciamiento entre los nacimientos:** Los niños nacidos menos de dos años después de un parto anterior tienen casi cuatro veces más probabilidades de morir antes del primer año que los nacidos cuatro o más años después de un nacimiento previo (véase la Figura 2).

Figura 2

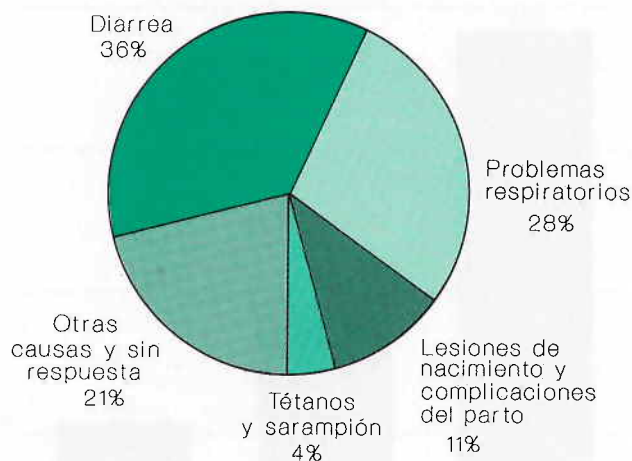
**ESPACIAMIENTO DE LOS NACIMIENTOS
Y MORTALIDAD INFANTIL
1979-1989**


Bolivia ENDSA 1989

Figura 3

CAUSAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN LA DECLARACIÓN DE LAS MADRES

(Muertes entre los niños nacidos durante los cinco años anteriores a la encuesta)



Bolivia ENDSA 1989

- **Edad de la madre:** Los niños nacidos de madres de 40 o más años de edad tienen un 40 por ciento más de riesgo de morir antes de su primer año que los niños nacidos de madres más jóvenes.

Para obtener información sobre las causas de las muertes infantiles, la ENDSA incluyó una “autopsia verbal” — un conjunto de preguntas sobre los síntomas asociados con las distintas causas de la muerte de los niños. Según las declaraciones de las madres de los niños nacidos y fallecidos durante los cinco años anteriores a la encuesta, más de un tercio de los niños murió como resultado de la diarrea y una proporción análoga tuvo problemas respiratorios (véase la Figura 3). Estos resultados indican que muchas muertes infantiles se pueden evitar con medidas tales como un mayor uso de la terapia de rehidratación oral para evitar la deshidratación ocasionada por la diarrea, una pronta detección y tratamiento de las infecciones respiratorias tales como la pulmonía, la vacunación de las mujeres encinta y de los niños y la atención médica durante el embarazo y en la niñez.

Atención materna

La atención que una mujer recibe durante el embarazo puede ser vital para las posibilidades de supervivencia del niño. Mientras que las madres de dos de cada cinco de los niños nacidos en los cinco años anteriores a la encuesta declararon que habían recibido atención prenatal de un médico, más de la mitad de las

*Casi la mitad
de los nacimientos ocurren
sin asistencia médica.*

madres no había recibido ninguna atención prenatal. Las mujeres de residencia rural, las mujeres de la región del Altiplano y las que tienen poca o ninguna educación reciben menos atención prenatal que el resto de las mujeres.

Muchos niños todavía no están protegidos contra el tétanos neonatal, una enfermedad mortal — aunque evitable — que puede atacar a los recién nacidos si las madres no han sido inmunizadas contra el tétanos y si el cordón umbilical no es tratado de forma estéril. Las madres de sólo uno de cada cinco niños nacidos en los cinco años anteriores a la encuesta declararon que habían recibido al menos una inyección de toxoide tetánico durante el embarazo.

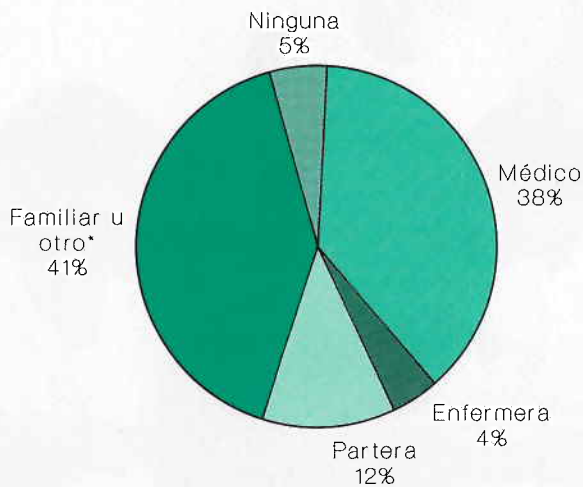
La supervivencia del niño y la salud de la madre también se ven amenazadas por la falta de asistencia capacitada en el momento del parto. Dos de cada cinco de los nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta fueron asistidos por familiares u otras personas sin capacitación médica y el cinco por ciento



Figura 4

ASISTENCIA DURANTE EL PARTO

(Tomando como base los nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta)



* Incluye 0,4% sin información

Bolivia ENDSA 1989

de todos los nacimientos tuvo lugar sin asistencia alguna (véase la Figura 4). Por otro lado, dos de cada cinco nacimientos fueron asistidos por médicos. Las mujeres rurales, las de poca o ninguna educación y las que viven en la región del Altiplano fueron asistidas por familiares o dieron a luz sin asistencia alguna en mayor proporción que las mujeres de zonas urbanas, más educadas y que viven en otras regiones.

Salud infantil

Lactancia materna

Además de proporcionar cierta protección contra otro embarazo, la lactancia materna es importante para la salud y el desarrollo del niño. Ocho de cada diez niños bolivianos son amamantados durante sus primeros nueve meses de vida; la mitad de ellos son amamantados hasta los dieciseis meses de edad.

Vacunación

La vacunación contra las seis enfermedades principales de la niñez — tuberculosis, difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis y sarampión — es una intervención clave para mejorar las tasas de supervivencia infantil. Sólo el 23 por ciento de los niños de 12 a 23 meses de edad había sido vacunado de

acuerdo con las tarjetas de salud que sus madres presentaron. De ellos, el 33 por ciento había sido vacunado contra todas las seis enfermedades de la niñez. Sin embargo, estas cifras no toman en cuenta a

Sólo una tercera parte de los niños de 12 a 23 meses de edad que tienen una tarjeta de salud están plenamente vacunados.

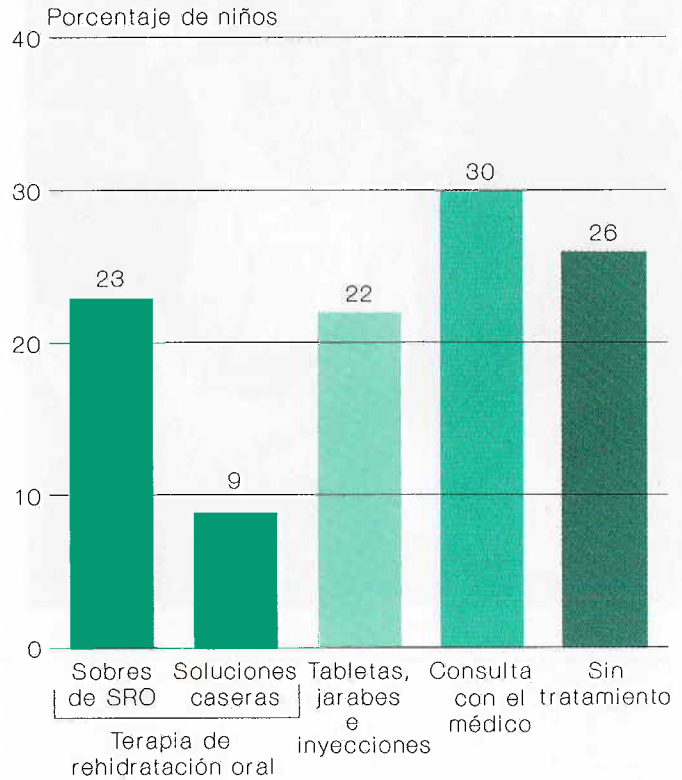
los niños que no tienen una tarjeta de salud pero que pudieron haber sido vacunados. La proporción de niños que han sido vacunados y que tienen una tarjeta de salud es menor en las zonas rurales y en el Altiplano.

Diarrea

Las madres declararon que el 28 por ciento de los niños menores de cinco años de edad habían tenido diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta. La diarrea es más común entre los niños de seis a 23 meses de edad que entre los niños más jóvenes o los de más edad.

Menos de una cuarta parte de los niños menores de cinco años con diarrea fueron tratados con sales de rehidratación oral (SRO), un tratamiento poco costoso que, a menudo, puede evitar la muerte por deshidratación ocasionada por la diarrea; uno de cada 10 niños recibió soluciones caseras que contenían azúcar y sal (véase la Figura 5). Los niños menores de seis meses de edad, los residentes en el Altiplano y aquéllos cuyas madres no han asistido a la escuela recibieron tratamiento con SRO con menos frecuencia.

Figura 5
TRATAMIENTO DE LA DIARREA EN LA NIÑEZ
(Niños menores de cinco años, tomando como base el episodio más reciente de diarrea)*



* El total es mayor de 100 debido a respuestas múltiples



BID

Dos terceras partes de las madres de niños menores de cinco años habían oído hablar de los sobres

La diarrea y los problemas respiratorios son causas importantes de la mortalidad infantil.

de SRO, siendo mayor la proporción entre las mujeres de áreas urbanas y las que alcanzaron al menos seis años de educación.

Problemas respiratorios

Según las declaraciones de las madres, en las dos semanas anteriores a la encuesta, uno de cada cinco niños de menos de cinco años había sufrido de tos aguda y de dificultad en respirar o respiración rápida. Ambos son síntomas de infecciones respiratorias graves tales como la pulmonía. La frecuencia de problemas respiratorios fue el doble entre los niños de la región de los Llanos que entre los del Altiplano o los de los Valles. Los niños menores de dos años también tenían

más probabilidad que los niños de más edad de sufrir estos problemas. Sólo uno de cada tres niños con problemas respiratorios recibió atención médica.

Estado nutricional de los niños

Como parte de la ENDSA, se pesó y midió a los niños de tres a 36 meses de edad de las mujeres encuestadas para evaluar su estado de nutrición. El estudio constató que el 38 por ciento de estos niños mostraba un retraso en el crecimiento — su estatura era inferior en relación a su edad — si se les comparaba con una población de referencia internacional. El retraso en el crecimiento es un indicador de desnutrición

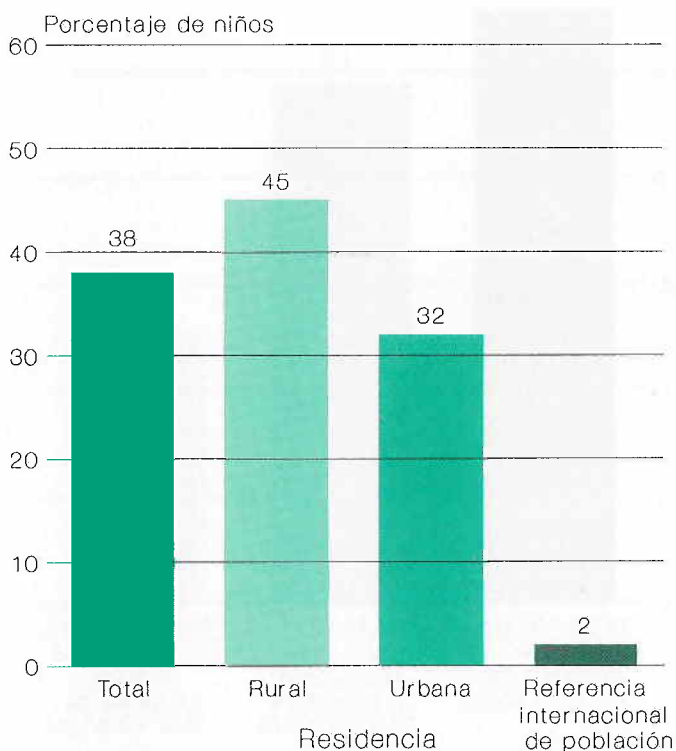
Dos de cada cinco niños de tres a 36 meses de edad muestran síntomas de desnutrición crónica.

crónica. Esta condición es más común entre los niños de sexo masculino y los que viven en las zonas rurales o en la región del Altiplano (véase la Figura 6).

El estado nutricional de los niños difiere marcadamente según el nivel de educación de la madre. La proporción de niños que muestran retraso en el crecimiento es casi tres veces superior entre aquéllos cuyas madres no han asistido a la escuela que los niños cuyas madres han tenido nueve años o más de educación (han llegado al nivel medio).

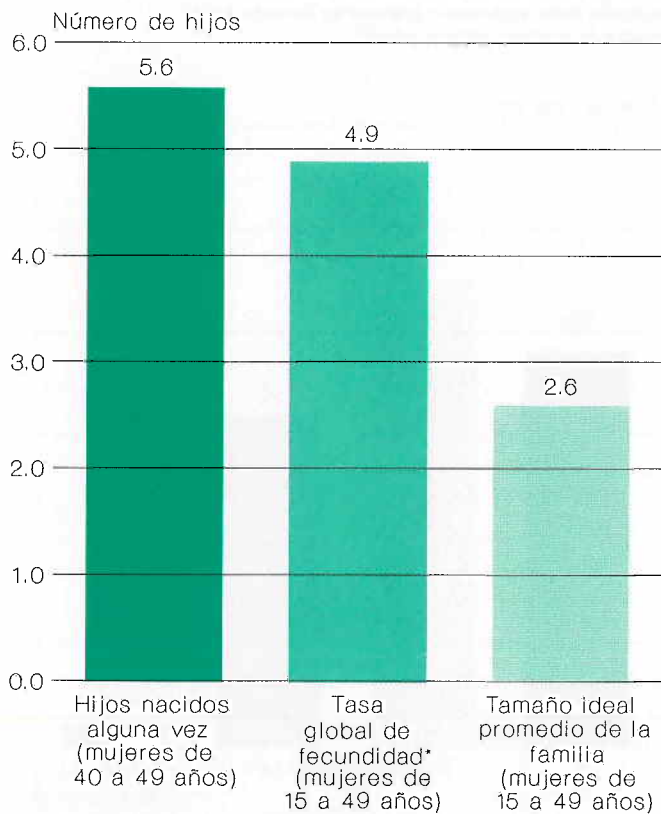
Figura 6
DESNUTRICIÓN INFANTIL POR RESIDENCIA

(Porcentaje de niños de 3 a 36 meses de edad clasificados como moderada o gravemente desnutridos de acuerdo a la relación estatura edad)*



* Tomando como base desviaciones estándar de la referencia internacional de población

Figura 7
TAMAÑO DE LA FAMILIA, PASADO,
PRESENTE E IDEAL



*Tamaño proyectado de la familia completa

Bolivia ENDSA 1989

FECUNDIDAD

La tasa de fecundidad de Bolivia sigue siendo una de las más elevadas de América Latina. A los niveles de fecundidad actuales, las mujeres bolivianas, al final de sus años reproductivos, habrán dado a luz aproximadamente a un promedio de cinco niños (véase la Tasa de Fecundidad Total, Figura 7). Sin embargo, esta tasa de fecundidad representa una disminución de tasas

Si las tasas actuales de fecundidad se mantienen, las mujeres bolivianas tendrán un promedio de cinco hijos durante sus años reproductivos.

pasadas. Por ejemplo, las mujeres entrevistadas de 40 a 49 años tuvieron un promedio de 5,6 niños cada una. La ENDSA halló que la fecundidad permaneció relativamente constante hasta el período de 1980 a 1984, cuando ésta comenzó a descender. Los niveles de fecundidad para el período de 1985 a 1989 muestran una reducción importante en comparación con los cinco años previos.

Las tasas de fecundidad varían considerablemente de acuerdo con el nivel de educación de la mujer. A las tasas de fecundidad actuales, las mujeres con poca o ninguna educación tendrán aproximadamente el doble de hijos que las que tienen al menos cinco años de escolaridad (véase la Figura 8). Los niveles de fecundidad también difieren según el lugar de residencia. Las mujeres de zonas rurales tienen un promedio de más de seis hijos en comparación con un promedio de cuatro hijos entre las mujeres de áreas urbanas.

Factores que influyen en la fecundidad

Preferencias de fecundidad

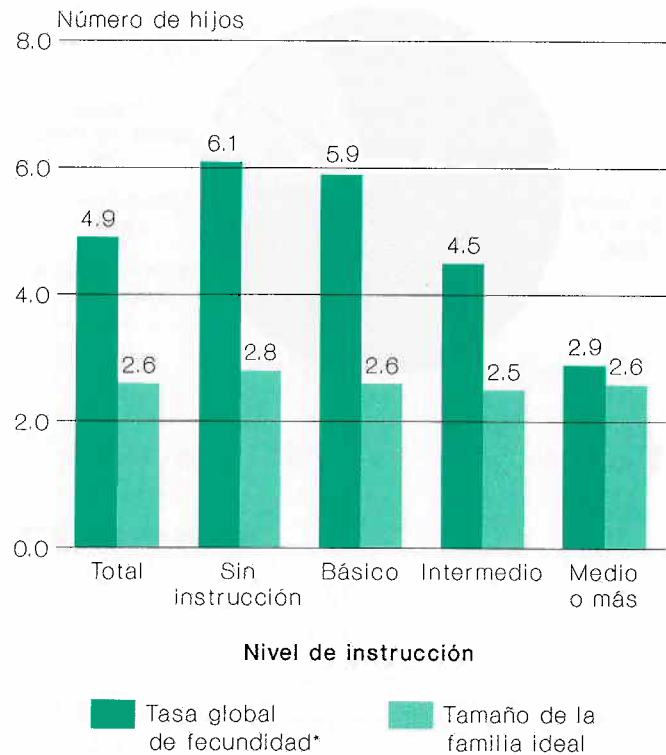
La ENDSA puso de manifiesto que, como promedio, las mujeres de todos los niveles educativos consideran que una familia de tres o menos niños es la

Dos terceras partes de las mujeres casadas no desean tener más hijos.

ideal (véase la Figura 8). Las mujeres que residen en áreas rurales y las que tienen poca o ninguna educación muestran una mayor tendencia a tener un número de hijos superior al que ellas consideran ideal.

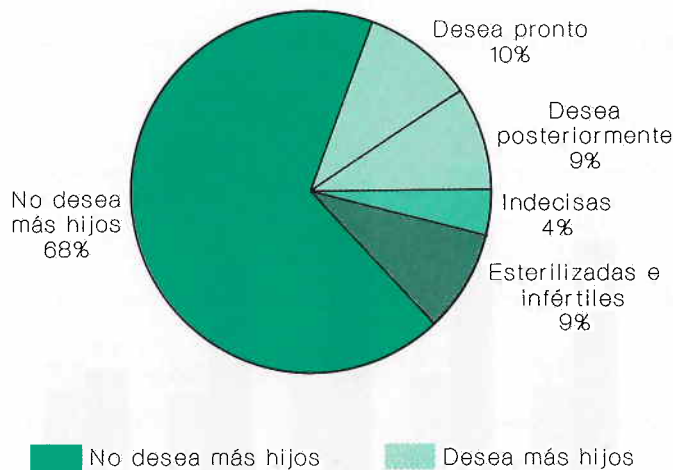
En comparación con otros países sudamericanos la proporción de mujeres que desea limitar o postergar futuros nacimientos es muy elevada. Dos terceras partes del total de mujeres casadas no desean tener más hijos y una de cada 10 mujeres desearía retrasar el

Figura 8
TAMAÑO DE LA FAMILIA ACTUAL E IDEAL POR EDUCACIÓN



*Tamaño proyectado de la familia completa

Figura 9
INTENCIONES REPRODUCTIVAS
 (Mujeres casadas de 15 a 49 años)



Bolivia ENDSA 1989

próximo nacimiento al menos en dos años (véase la Figura 9). Al menos el 75 por ciento de las mujeres casadas de 30 o más años de edad y aquellas que ya han tenido al menos tres niños no desean tener más. Incluso entre las mujeres casadas de 15 a 19 años de edad, el 40 por ciento no desean tener más hijos. Las mujeres de zonas rurales y urbanas no difieren marcadamente en su deseo de no tener más hijos.

De acuerdo a las entrevistadas, muchas mujeres bolivianas tienen embarazos no deseados o inoportunos. De los niños nacidos en los cinco años anteriores a la encuesta, las madres declararon que el 35 por ciento eran partos no deseados y el 27 por ciento los deseaban en una fecha posterior. Estos resultados indican que existe una demanda potencial grande de servicios de planificación familiar.

Edad al contraer matrimonio y al primer nacimiento

La ENDSA constató que las mujeres que se casan a una edad temprana tienen más hijos que las que se

Una tercera parte de las mujeres bolivianas da a luz durante su adolescencia.

casan con más edad. La mitad de las mujeres bolivianas entre los 25 y los 49 años de edad ya estaba casada o en unión consensual antes de los 20 años y había dado a luz en el primer año de estar casada. La edad al casarse no ha cambiado significativamente en el curso de los últimos 20 años.

Una tercera parte de las mujeres encuestadas había tenido un hijo en su adolescencia (véase la Figura 10). Las mujeres menores de 35 años están comenzando a tener familias antes que las mujeres de más edad. Esta

tendencia a la maternidad temprana no sólo contribuye a la alta fecundidad sino que, además, puede ser perjudicial para la salud de las madres jóvenes y para la de sus hijos. Otros estudios han demostrado que la maternidad temprana está frecuentemente asociada con diversos problemas sociales y económicos, entre ellos el descuido de los niños, la pobreza y los bajos niveles de escolaridad.

La lactancia materna y la infertilidad post-parto

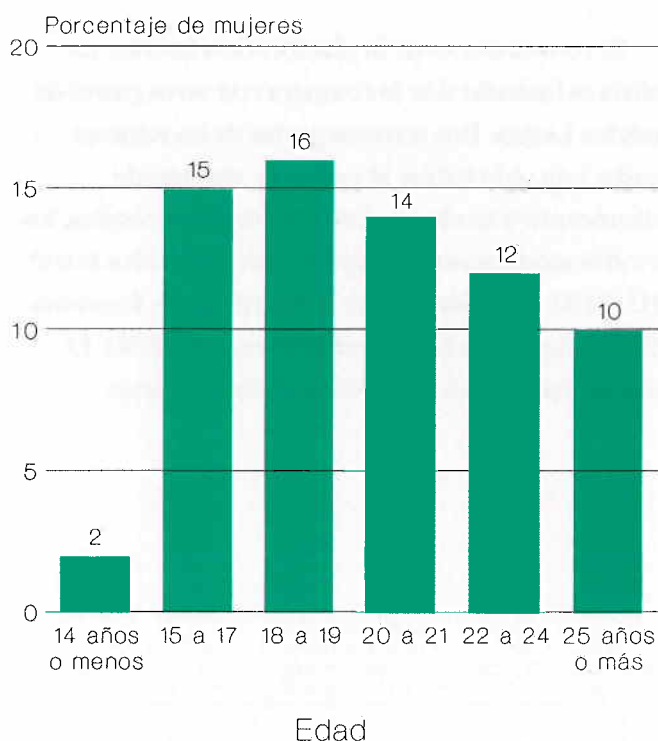
La lactancia extiende el período de infertilidad natural después de un parto; durante este período es poco probable que la mujer quede embarazada. Las mujeres bolivianas amamantan a sus hijos durante un promedio de 16 meses. La amenorrea post-parto — la ausencia de menstruación asociada con el período de infertilidad natural que sigue a un nacimiento — dura un promedio de 11 meses.

Tomando en cuenta la amenorrea y las prácticas de abstinencia post-parto después del nacimiento de un niño, la mitad de las mujeres bolivianas no está expuesta al riesgo de quedar embarazada por lo menos durante un año. Sin embargo, la duración de la lactancia es menor entre las mujeres que residen en zonas urbanas y entre las más educadas.

Figura 10

EDAD AL PRIMER NACIMIENTO

(Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad al primer nacimiento)



Bolivia ENDSA 1989

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Conocimiento de los métodos de planificación familiar

El conocimiento de la planificación familiar en Bolivia es limitado si se la compara con otros países de América Latina. Dos terceras partes de las mujeres casadas han oído hablar al menos de un método anticonceptivo moderno. Entre las mujeres casadas, los métodos modernos más ampliamente conocidos son el DIU (54%), la píldora (52%), la esterilización femenina (52%), la inyección (43%) y el preservativo (29%). El conocimiento de los métodos modernos es espe-

cialmente bajo en las zonas rurales donde apenas la mitad de las mujeres casadas declara conocer por lo menos un método moderno. Menos de un tercio de las mujeres casadas sin educación ha oído hablar de un método moderno, mientras que el conocimiento es casi universal entre las que tienen al menos nueve años de educación.

Las mujeres tienen un conocimiento limitado sobre la planificación familiar, aunque la mayoría de ellas favorece el tratamiento de este tema a través de los medios de comunicación.

Tres de cada cinco mujeres casadas han oído hablar de al menos un método tradicional, principalmente la abstinencia periódica. A pesar del conocimiento de ésta menos de una tercera parte de todas las mujeres pudo identificar correctamente el período más fecundo del ciclo de una mujer (a la mitad del ciclo). Sin embargo, dos terceras partes de las mujeres que han utilizado alguna vez este método pudo identificar correctamente dicho período.

Si bien tres de cada cinco mujeres casadas dicen conocer cómo obtener información o servicios al menos para un método anticonceptivo moderno, el conocimiento de las fuentes de abastecimiento de métodos específicos es limitado. Casi la mitad de las mujeres casadas afirma conocer donde obtener el DIU, la esterilización femenina o la píldora y dos de cada

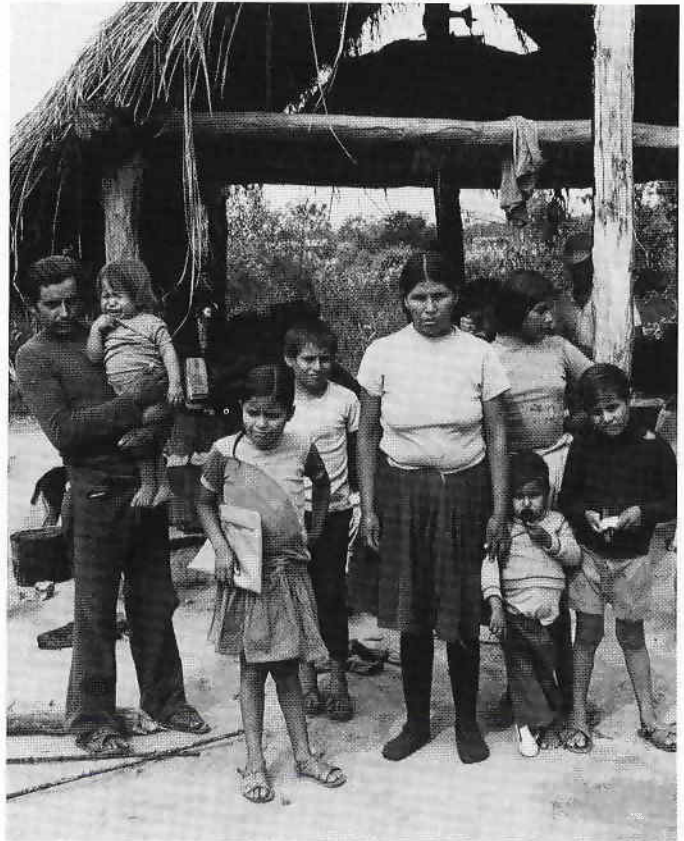
cinco conocen donde obtener la inyección, pero sólo una de cada cuatro conoce donde obtener preservativos.

Exposición a los medios de comunicación

Menos de la mitad de las encuestadas dijo que había oído o visto información acerca de la planificación familiar en la radio o la televisión. Sin embargo, cuatro de cada cinco mujeres dijeron que era aceptable hablar de planificación familiar en los medios de comunicación. Las mujeres que viven en las zonas urbanas y las que tienen seis años de educación o más tienden a recordar y a aprobar en mayor número las charlas sobre métodos de planificación familiar en los medios de comunicación.

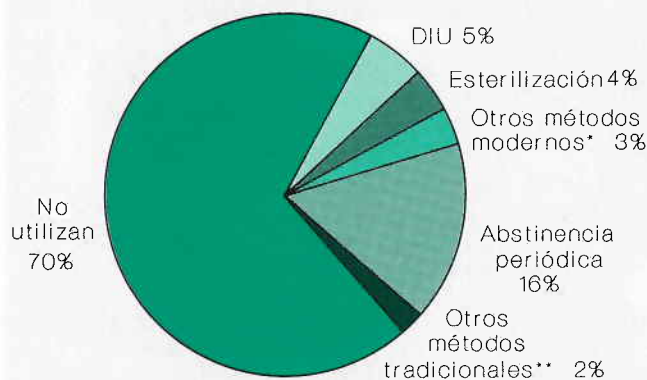
Práctica de la planificación familiar

Alrededor de la mitad de las mujeres casadas ha practicado la planificación familiar alguna vez; la mayoría de estas mujeres ha utilizado la abstinencia periódica y en menor proporción ha utilizado la píldora, el DIU o el retiro.



USAID

Figura 11
USO ACTUAL DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR, POR MÉTODO
 (Mujeres actualmente casadas de 15 a 49 años)



* Incluye la píldora, la inyección, los condones y el diafragma

** Incluye el retiro y otros métodos

Bolivia ENDSA 1989

El 30 por ciento de las mujeres casadas practica en la actualidad alguna forma de planificación familiar, pero menos de la mitad de ellas está utilizando un método moderno (véase la Figura 11). Los métodos más populares son la abstinencia periódica (16%), el DIU (5%), la esterilización femenina (4%) y la píldora (2%). El uso de otros métodos es insignificante.

Menos de una tercera parte de las mujeres casadas practica la planificación familiar y la mayoría practica la abstinencia periódica.

La práctica de la planificación familiar varía substancialmente según el lugar de residencia: de un 39 por ciento entre las mujeres de residencia urbana a un 19 por ciento entre las de residencia rural. La práctica de la planificación familiar llega al 43 por ciento en la región de los Llanos, al 31 por ciento en la región de los Valles y al 25 por ciento en la región del Altiplano. Análogamente, hay grandes disparidades en la práctica de la planificación familiar entre las mujeres con diferente nivel de educación: el 53 por ciento de las

mujeres casadas con al menos nueve años de educación practica la planificación familiar comparadas con sólo el 12 por ciento de las que no tienen educación alguna.

Servicios de planificación familiar

El sector privado y los hospitales públicos son los principales proveedores de métodos anticonceptivos modernos en Bolivia. Dos de cada cinco mujeres que utilizan métodos anticonceptivos modernos los obtienen de médicos privados. Los hospitales públicos proporcionan la mitad de todas las esterilizaciones femeninas y el 10 por ciento de los DIU. Los hospitales privados son también importantes proveedores de esterilización femenina. Aproximadamente una tercera parte de las mujeres que utiliza métodos de suministro (la píldora, el preservativo, la inyección y el diafragma) los obtiene de farmacias.

Razones del abandono de la práctica anticonceptiva

La falla del método es la razón principal por la cual el uso de la planificación familiar se abandona. Más de la mitad de las mujeres que habían abandonado la abstinencia periódica o el retiro en los cinco años anteriores a la encuesta y más de una de cada cuatro de las que habían abandonado la inyección o el preservativo habían quedado embarazadas mientras utilizaban el método. Al menos una tercera parte de las mujeres que habían utilizado la píldora, la inyección o el DIU citaron los efectos secundarios como su principal razón de abandono del método. Más de una de cada cinco usuarias del DIU, de la abstinencia periódica o del diafragma abandonaron el uso para quedar embarazadas.

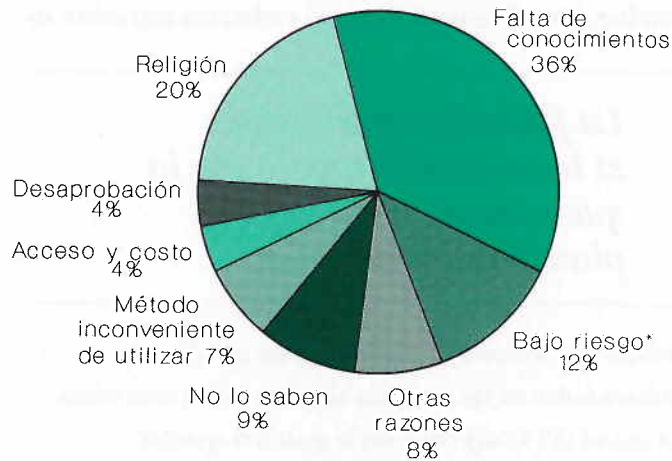
Razones de la no utilización de la planificación familiar

Se preguntó a las mujeres con riesgo potencial de quedar embarazadas (no usuarias de la planificación familiar, sexualmente activas, no embarazadas) sobre su

La falta de conocimientos es la razón más común por la que no se practica la planificación familiar.

actitud en cuanto a la posibilidad de quedar embarazadas en las semanas siguientes a la entrevista. La mitad (53%) dijo que no le gustaría quedar embarazada, el 24 por ciento dijo que le gustaría quedar embarazada y el resto dijo que no le importaba o no sabía. A las mujeres que dijeron que no les gustaría quedar embarazadas se les preguntó por qué no estaban practicando la planificación familiar. Casi la

Figura 12
RAZONES DE NO UTILIZACIÓN DE LA
ANTICONCEPCIÓN
(Mujeres de 15 a 49 años en riesgo de quedar embarazadas sin quererlo)



* Se considera en bajo riesgo de quedar embarazada debido a relaciones sexuales infrecuentes, menopausia, infecundidad o amenorrea postparto

Bolivia ENDSA 1989

mitad de las no usuarias dio razones que indicaban la falta de conocimientos en cuanto al uso, la inconveniencia o el acceso limitado (véase la Figura 12). Una de cada cinco no usuarias citó la religión como su razón principal para no practicar la planificación familiar. Estos problemas podrían abordarse mediante programas de educación pública, incluyendo las declaraciones positivas de líderes religiosos acerca de los métodos aceptables y la provisión de servicios más accesibles que ofrezcan una amplia gama de métodos.

Demanda potencial de los servicios de planificación familiar

Más de la mitad de las mujeres casadas (58%) pueden considerarse como usuarias potenciales de los servicios de planificación familiar debido a que no están utilizando métodos anticonceptivos y a que no desean quedar embarazadas pronto o ya no desean tener más hijos. Sin embargo, sólo una tercera parte de estas mujeres indica que tiene la intención de, en el futuro, utilizar un método anticonceptivo. Así pues, en la actualidad sólo se estima que el 20 por ciento de las mujeres casadas necesitan y piensan practicar la planificación familiar, la mayoría para limitar futuros embarazos.

La mayoría de las mujeres que tienen la intención de utilizar un método anticonceptivo tienen proyectado hacerlo en el año siguiente a la encuesta. Los métodos preferidos son la abstinencia periódica, el DIU y la píldora.

CONCLUSIONES

Los resultados de la Encuesta de Demografía y Salud de Bolivia de 1989 documentan una necesidad de expansión de los servicios de salud y planificación familiar y una mayor educación pública sobre estos temas. Las mujeres y los niños de zonas rurales, así como las mujeres con poca o ninguna educación se encuentran especialmente desventajados en términos del estado de salud y del uso de los servicios de salud. Casi la mitad de los nacimientos ocurren sin asistencia médica y son muchos los niños que no reciben tratamiento médico de las enfermedades comunes de la niñez.

Muchas muertes infantiles pueden evitarse, según los resultados de la ENDSA. Las políticas y los programas específicos que pueden ejercer un efecto importante en la supervivencia infantil y en la salud de las mujeres son, entre otros, los siguientes:

- Proporcionar atención médica más extensa durante el embarazo y el parto;
- Educar a los padres sobre los tratamientos médicos apropiados y oportunos contra la diarrea y los problemas respiratorios así como sobre la importancia de la vacunación contra las principales enfermedades de la niñez;
- Formular programas especiales que lleguen a las mujeres de zonas rurales y a las menos educadas y a sus hijos;
- Mejorar el estado de nutrición de los niños mediante la supervisión del crecimiento, la educación en nutrición y el tratamiento adecuado de las enfermedades; y
- Educar a los padres en cuanto a los beneficios del espaciamiento de los

nacimientos y en cuanto a toda la gama de métodos de planificación familiar a su alcance.

Se necesitará un esfuerzo mancomunado para reducir sustancialmente los niveles de mortalidad infantil.

La ENDSA pone de manifiesto una contradicción entre los deseos manifestados por las mujeres y su comportamiento con respecto a la prevención del embarazo: más de la mitad de las mujeres casadas no desean tener más hijos o no desean quedar embarazadas pronto y, sin embargo, no están practicando alguna forma de planificación familiar. La razón principal por la cual las mujeres no la están practicando es la falta de información. Aproximadamente una de cada tres mujeres casadas no ha

oído hablar ni tan solo de un método anticonceptivo moderno y dos de cada cinco mujeres no saben dónde obtenerlos. Muchas parejas sufren fallas en los métodos anticonceptivos, lo que indica que pueden carecer de información sobre su uso correcto. Otra razón que se da para no practicar la planificación familiar es la religión; algunas mujeres dicen que no saben que existen métodos que no contradicen sus creencias religiosas.

Los resultados de la ENDSA indican que las mujeres pueden mostrarse receptivas a una mayor

información acerca de la planificación familiar y estar motivadas a controlar su fecundidad. A fin de permitir a las parejas lograr sus deseos en cuanto al tamaño de su familia, se necesitan programas de planificación familiar más extensos. Estos programas pueden incluir lo siguiente:

- Información y servicios de planificación familiar más ampliamente disponibles en las instalaciones del sector público;
- Información a las mujeres y a los hombres acerca de la gama de métodos de planificación familiar disponibles, las ventajas y desventajas y el uso correcto de cada uno de ellos;
- Promoción de la esterilización masculina y femenina entre las parejas que no desean tener más hijos;
- Capacitación a los trabajadores en servicios de salud para que ayuden a los usuarios en el ejercicio de sus opciones reproductivas y en la utilización correcta de los métodos de planificación familiar; y
- Educación de las parejas en cuanto a los beneficios de posponer el primer hijo y de espaciar los nacimientos por lo menos en dos años.

La audiencia que necesita recibir esta información y los servicios de planificación familiar en Bolivia es amplia: las mujeres casadas de todas las edades y todos los niveles educativos, procedentes tanto de zonas urbanas como rurales, indican un fuerte deseo de limitar o espaciar los nacimientos.

HOJA INFORMATIVA
Encuesta Nacional de Población y Vivienda de 1988 y Hoja Informativa sobre la Población Mundial de 1988, Population Reference Bureau

Tamaño de la población (millones, 1988) _____	6,4
Tasa de crecimiento de la población (porcentaje, 1988) ____	2,2-2,6
Tiempo para duplicarse la población (años, 1988) _____	27-32
Tasa de natalidad (por 1.000 habitantes, 1985-90) _____	40
Tasa de mortalidad (por 1.000 habitantes, 1985-90) _____	14

Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Bolivia, 1989

Tamaño de la muestra	
Mujeres de 15 a 49 años de edad _____	7.923
Niños menores de 5 años _____	5.764

Características básicas	
Porcentaje urbano _____	60,0
Porcentaje con educación por encima de la primaria ¹ ____	46,2

La nupcialidad y otros determinantes de la fecundidad	
Porcentaje actualmente casado _____	62,4
Porcentaje que alguna vez ha estado casado _____	69,3
Edad mediana a la primera unión para las mujeres de 25 a 49 años _____	20,3
Edad mediana al primer nacimiento para las mujeres de 25 a 49 años _____	21,0
Duración media de la lactancia (en meses) ² _____	16,2
Duración media de la amenorrea post-parto (en meses) ² _	11,0
Duración media de la abstinencia post-parto (en meses) ² _	6,1

Fecundidad	
Tasa global de fecundidad (dimensión de la familia completa proyectada) ³ _____	4,9
Número medio de hijos nacidos de mujeres de 40 a 49 años _____	5,6
Porcentaje de mujeres actualmente casadas que están embarazadas o amenorreicas _____	30,5



BID

Deseo de tener hijos

Porcentaje de mujeres actualmente casadas:	
Que no desean más hijos _____	67,8
Que desean posponer el nacimiento siguiente al menos 2 años _____	9,2
Número ideal de hijos para las mujeres de 15 a 49 años _____	2,6
Porcentaje de nacimientos no deseados ⁴ _____	34,7
Porcentaje de nacimientos inoportunos ⁵ _____	27,3

Conocimiento y practica de la planificación familiar

Porcentaje de mujeres actualmente casadas:	
Que conocen algún método moderno _____	67,5
Que conocen la fuente de algún método moderno _____	61,1
Que han utilizado alguna vez un método _____	45,8
Que actualmente utilizan un método _____	30,3
Abstinencia periódica _____	16,1
DIU _____	4,8
Esterilización femenina _____	4,4
Píldora _____	1,9
Retiro _____	1,0
Otros métodos tradicionales _____	0,9
Inyección _____	0,7
Preservativo _____	0,3
Diafragma _____	0,1
Vasectomía _____	0,0

Porcentaje de usuarias del DIU o de la esterilización que obtienen el método de:

Clínicas privadas _____	40,7
Hospitales públicos _____	31,1
Hospitales privados _____	18,1
Caja Nacional de Seguros (CNS) y empleadores _____	5,4
Otras clínicas públicas _____	4,0
Otras fuentes _____	0,7

Porcentaje de usuarias de la píldora, la inyección, los preservativos o el diafragma que obtienen el método de:

Clínicas y hospitales privados _____	43,5
Farmacias _____	34,8
Hospitales y clínicas públicas _____	14,8
Amigos y familiares _____	5,2
Caja Nacional de Seguros (CNS) y otros empleadores _____	1,2
Otros _____	0,4

Mortalidad y salud

Tasa de mortalidad infantil ⁶ _____	96-102
Tasa de mortalidad entre los menores de 5 años ⁷ _____	142
Porcentaje de madres con partos recientes que: ⁸	
Recibieron atención prenatal durante el embarazo _____	47,0
Recibieron la inyección de toxoide tetánico durante el embarazo _____	20,1
Fueron asistidas en el parto por un médico o una enfermera-partera capacitada _____	42,2
Porcentaje de niños de 0 a 1 mes de edad amamantados _____	92,0
Porcentaje de niños de 4 a 5 meses de edad amamantados _____	83,6
Porcentaje de niños de 10 a 11 meses de edad amamantados _____	77,1
Porcentaje de niños menores de 5 años de edad con tarjetas de salud _____	19,4
Porcentaje de niños de 12 a 23 meses de edad con tarjetas de salud _____	23,0
Porcentaje de niños de 12 a 23 meses de edad con tarjeta de salud que recibieron las siguientes vacunas:	
BCG _____	62,3
DPT (las tres dosis) _____	51,2
Poliomielitis (las tres dosis) _____	57,1
Sarampión _____	72,5
Las seis vacunas _____	33,3
Porcentaje de niños menores de 5 años:	
Con diarrea ⁹ _____	28,0
Proporción con diarrea a los que se dan sobres de SRO _____	23,4
Con problemas respiratorios ¹⁰ _____	20,3
Proporción con problemas respiratorios que consultan una instalación médica _____	32,5
Porcentaje de madres que han oído hablar de los sobres de SRO _____	68,0
Porcentaje de niños menores de 5 años clasificados como crónicamente desnutridos, tomando como base la estatura para la edad _____	38,3

¹ 6 o más años de educación

² Estimación del estado actual, tomando como base los nacimientos durante los 36 meses de la encuesta

³ Tomando como base los nacidos de mujeres de 15 a 49 años de edad durante el período de 0 a 4 años antes de la encuesta

⁴ Porcentaje de los nacimientos que no fueron deseados en los 5 años precedentes a la encuesta

⁵ Porcentaje de los nacimientos que fueron deseados posteriormente en los 5 años anteriores a la encuesta

⁶ Muertes de niños menores de 1 año por 1.000 nacimientos vivos; las tasas corresponden al período de 10 años precedente a la encuesta (aproximadamente 1979-1989)

⁷ Muertes de niños menores de 5 años por 1.000 nacimientos vivos; las tasas corresponden al período de 10 años precedente a la encuesta (aproximadamente 1976-1989)

⁸ Tomando como base los nacimientos que ocurren durante los 5 años anteriores a la encuesta

⁹ Tomando como base los niños menores de 5 años que, según sus madres, tuvieron diarrea durante las dos semanas anteriores a la encuesta

¹⁰ Tomando como base los niños menores de 5 años que, según sus madres, tuvieron tos acompañada de respiración difícil o rápida durante las dos semanas anteriores a la encuesta