

**NACIONES UNIDAS  
CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA  
POSTGRADO EN POBLACION Y DESARROLLO  
SANTIAGO CHILE**

**EL PAPEL DE LA MUJER EN EL CONTROL DE LA  
MORTALIDAD DE LA NIÑEZ EN BOLIVIA**

**Autora: Maruja Serrudo Ormachea**

**Docente Guía: Lorenzo Agar**

**Monografía para optar a especialista en Población y Desarrollo**

**Santiago, Noviembre 1992**

**CELADE - SISTEMA DOCPAL  
DOCUMENTACION  
SOBRE POBLACION EN**

## **AGRADECIMIENTOS**

*Gracias a todos los docentes del Programa Global, de CELADE, por compartir su valiosa información y experiencia, conmigo. Al Dr. Hugo Corvalán, por la guía y palabra oportunas. Al Prof. Nelson Aguirre, por la colaboración permanente y el apoyo decidido. A los compañeros de curso, por hacerme parte de un tramo de su existencia. Gracias a la Universidad Mayor de San Andrés, mi hogar.*

*Gracias al Lic. Lorenzo Agar por su dedicación, asesoramiento y elevada calidad humana, que me permitió realizar un trabajo largamente anhelado.*

## **DEDICATORIA**

*Con amor a mi madre, mi hija Paola Andrea, mis hermanos, amigos y alumnos, que alentaron permanentemente mi crecimiento profesional.*

*Con todo cariño, al Ing. Antonio Saavedra M., Rector de la Universidad Mayor de San Andrés, de La Paz-Bolivia.*

*De todo corazón, a Angel Baeza G., sin cuya ayuda, este trabajo y muchas otras cosas más, no hubieran sido posibles en mi vida.*

## INDICE

	Página
<b>CAPITULO I. INTRODUCCION</b> .....	1
<b>1.- FUNDAMENTACION DEL TEMA</b> .....	1
<b>2.- PROPOSITOS</b> .....	5
2.1.- Objetivo General .....	5
2.2.- Objetivos Específicos .....	5
<b>3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	5
3.1.- Dimensión Económica .....	6
3.2.- Dimensión Institucional .....	6
3.3.- Dimensión Político-ideológico y jurídica .....	7
3.4.- Dimensión Cultural .....	7
<b>4.- DELIMITACION DEL ESTUDIO</b> .....	8
4.1.- Delimitación Temporal .....	8
4.2.- Delimitación Espacial .....	8
4.3.- Delimitación Demográfica .....	9
4.4.- Delimitación Psicosociológica .....	9
<b>5.- SUPUESTOS</b> .....	9
<b>6.- METODOLOGIA</b> .....	9
<b>7.- LIMITACIONES</b> .....	12
<b>8.- APORTES ESPERADOS</b> .....	12
<b>CAPITULO II. LA SIMBIOSIS ECONOMICA Y PSICOSOCIAL DE LA MORTALIDAD DE LA NIÑEZ CON LA MITAD "INVISIBLE" DE LA POBLACION BOLIVIANA</b> .....	13
<b>1.- LA INGENIERIA DE LA MORTALIDAD DE LA NIÑEZ</b> .....	13
1.1.- La pobreza tiene la palabra .....	13
1.2.- Una concreción que no admite divisiones .....	14
1.3.- Los alrededores del problema central de la mortalidad de la niñez .....	14
1.4.- La trama social de la mortalidad de los niños .....	15
1.5.- El ambiente: Una fuerza que hace a la mujer y condiciona la mortalidad de la niñez .....	18
1.6.- Dime lo que comes, te diré como vives y cómo mueres .....	18
1.7.- El ancestro deja su huella y permanece .....	21
1.8.- La cara sucia que la mujer habita y en la que los niños mueren .....	22

	Página
1.9.- Lactancia hay una sola .....	23
<b>2.- UN PAIS, SU GENTE Y SUS CIRCUNSTANCIAS .....</b>	<b>28</b>
2.1.- Quién es quien y cuál es el camino .....	29
2.2.- La reproducción de la mitad femenina de la historia .....	32
2.3.- El contorno de la fecundidad como factor de riesgo .....	37
2.4.- El poder de las costumbres .....	39
2.5.- La mitad dominante de la población boliviana .....	41
2.6.- Caminante, parece que hay mas camino, para andar .....	41
2.7.- Partir, quedarse o volver .....	41
2.8.- Del polvo, al polvo de los vientos .....	42
2.9.- Los ángeles se van al cielo .....	48
2.10.- Los tentáculos mas crueles de la muerte, afectan la supervivencia de los niños .....	52
2.11.- Algunos aliados íntimos de la mortalidad que ponen en riesgo a los niños .....	55
<b>3. UN PODER NECESARIO PARA SOBREVIVIR .....</b>	<b>59</b>
3.1.- Los desposeidos del poder .....	59
3.2.- Mas palabras que acciones .....	62
3.3.- Planificación Familiar .....	63
3.4.- El Gran edificio de la Salud Pública .....	65
3.5.- Los que hacen la luz y cuidan el bienestar .....	69
<b>4.- CONOCIMIENTO, DESIGUALDAD, MUJER Y MORTALIDAD DE LA NIÑEZ ....</b>	<b>73</b>
4.1.- Entre la teoría y la práctica del conocimiento .....	74
4.2.- Una misma escalera y dos cielos opuestos .....	74
4.3.- Un puente de luces que no se conecta con la realidad .....	76
4.4.- Un mismo camino con diferentes rutas .....	78
4.5.- Razones y limitaciones .....	80
4.6.- De tal educación, tal planificación .....	81
<b>5.- TRABAJANDO, APENAS SOBREVIVIENDO Y SIEMPRE MURIENDO .....</b>	<b>82</b>
5.1.- Postulados, reflexiones y trabajo .....	82
5.2.- La mujer se acerca a la cabeza del hogar .....	82
5.3.- Igualdad, fraternidad y equidad .....	83
5.4.- Lo que hacen las mujeres .....	85

	Página
5.5.- Los motores que mueven a las mujeres, en el mundo laboral y a los niños, en la mortalidad .....	87
5.5.1.- El ajuste invisible .....	88
5.6.- El mercado crece y la mujer se incorpora .....	88
5.7.- La cara femenina del sector informal .....	89
<b>6.- UN LUGAR PARA VIVIR O UN SITIO PARA MORIR .....</b>	<b>91</b>
6.1.- Un espacio vital que limita la oportunidad de sobrevivencia .....	91
6.2.- La alcantarilla no es para todos .....	94
6.3.- Peligro: la basura anda suelta .....	96
<b>7.- HACIA LA CONQUISTA DE LA INTEGRACION .....</b>	<b>98</b>
7.1.- Cuanto, cómo y quien participa .....	98
7.2.- El aporte de los aparatos de información .....	101
7.3.- Los facilitadores de la empresa femenina y la vida infantil .....	102
<b>CAPITULO III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>103</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>112</b>

# EL PAPEL DE LA MUJER EN EL CONTROL DE LA MORTALIDAD DE LA NIÑEZ EN BOLIVIA

## CAPITULO I.

### INTRODUCCION

#### 1.- FUNDAMENTACION DEL TEMA

La mortalidad de la niñez como efecto social e indicador demográfico, está compuesta por una diversidad de componentes que, al interacturar, determinan su totalidad concreta. Uno de esos elementos es la mujer, entendida no sólo como la reproductora de la especie, sino como un ser que interviene en todos los procesos, (económicos, culturales, ideológicos y políticos) de una determinada construcción social, ya sea de manera protagónica o como subsumida a través de otros componentes que, históricamente, han tenido una mayor facilitación para su desempeño.

Sin embargo, tan encubierta y poco estudiada ha sido en muchos tiempos y espacios la función de la mujer sobre la población, la salud pública y la mortalidad, que algunos estudiosos aseguran que la verdadera mujer todavía no se ha creado y que lo que existe como tal, es un remedo del hombre, una construcción edificada bajos sus parámetros. Como diría Protágoras, pareciera todavía que el hombre es la medida de todas las cosas.

Suele, por ejemplo, entenderse a la mujer como término englobado en el genérico "hombre", en una especie de confusión entre las categorías biológicas, psicológicas y sociales, siendo necesario recordar que, a nivel biológico y en diferenciación con los animales, (hembra y macho), el ser humano se constituye biológicamente como varón y gineca, siendo en el plano psicológico la distinción como masculino y femenino. Estas distinciones, a nivel social, dan origen al hombre y a la mujer. Como es posible derivar, ni hombre ni mujer engloban el uno al otro, sino que los dos se complementan en el mundo como partes del genérico **Ser Humano** (Váspal, 1986). Ambos son una expresión concreta y dialéctica de la evolución de los seres vivos y, por tanto, debieran realizar una labor conjunta en la planificación, ejecución, supervisión y control de los procesos sociales en general y de la mortalidad de la niñez, en

particular, dado que este problema social es de los más trascendentales en Latino América y afecta al desarrollo.

En Bolivia, tradicionalmente, la mujer ha venido desempeñando roles secundarios que han hecho de su capacidad productiva, y del cuidado de ésta y sus productos, a veces una excusa, a veces una culpa, a veces una carga, a veces una responsabilidad y, muchas veces, una obligación. En este sentido, su aporte en el fenómeno de la mortalidad de la niñez, parece haber sido pasivo, descontextualizado, anárquico y con escaso apoyo por parte de su pareja, las instituciones y la sociedad en general.

En la época del incario, en Bolivia, la mujer, al igual que el hombre, tenía igualdad de responsabilidades y obligaciones para con los hijos siendo, también, las sanciones ante la enfermedad y muerte de un hijo, compartidas. Aquí, la función de la madre se ligaba directamente a la mortalidad infantil debido también, entre otras cosas, a la ausencia de especialistas y terceras personas que suplían a los padres en estos encargos sociales.

Posteriormente, el advenimiento de la conquista de España, relegó a la mujer a una posición de servidumbre, la misma que le fué desligando de las funciones vitales en relación con sus hijos y aún con los hijos de los patrones por cuanto se comenzó a calificar su intervención como desprovista de méritos suficientes. Los documentos de la época relatan, por ejemplo, que las nativas apenas estaban autorizadas para el lavado de pañales o preparación del baño de los hijos de los españoles, puesto que se consideraba que su piel era sucia. En este sentido, las mujeres del lugar eran distribuidas preferencialmente en trabajos de cocina, limpieza y apoyo a las actividades agrícolas, evitando el contacto directo con los niños blancos. Un hecho paradójico, en este sentido, ubicaba a la mujer como desposeída de los productos de su propia maternidad, puesto que muchas veces, el abuso sexual de los dominadores hacia las nativas, daba como resultado una criatura. Este nuevo ser, dependiendo del tamaño de la familia del progenitor y la aceptación de la esposa legal, o era asimilado a la unidad familiar o era donado a otras familias con capacidad de mantenerlo a su cargo. En general este hijo bastardo era, antes que un miembro de la familia, un servidor especial (capatáz u otro), que mantenía las distancias necesarias entre los oborígenes y los conquistadores. En todo caso, lo más evidente, era la pérdida del vínculo afectivo y social con la madre, la misma que estaba impedida de declarar su maternidad, con fines de no manchar el apellido español. Así, la mujer comenzó



a perder el derecho de ser partícipe del control de la mortalidad de la niñez debiendo, simplemente, ejecutar órdenes que muchas veces no guardaban relación con sus tradiciones, cultura, cosmovisión y modo de vida.

En la época de la colonia, la llegada de codiciosos profesionales, así como el rechazo y la exterminación de la población indígena, determinó una brecha aún mayor entre la mujer y su posibilidad de intervención en la mortalidad de los niños, problema que al igual que otros procesos demográficos y de salud pública, no fué adecuadamente dimensionado en aquella época en la cual, la muerte de un niño criollo, valía menos que una onza de plata. Así, históricamente, la mujer, siguió perdiéndose en una de sus funciones primarias: la prevención y el control de la mortalidad de los niños.

De alguna manera, los movimientos independentistas previos a la República, reavivaron en las mujeres bolivianas sus derechos y, entre ellos, su participación directa en las actividades relacionadas con la conquista y defensa de los derechos de los hijos. Mujeres como Juana Azurduy de Padilla y otras, fueron capaces de ligar la lucha por la emancipación, con la protección de los niños y la búsqueda de mejores condiciones de vida. En este sentido, es conocido en la historia boliviana el hecho de que tanto Juana Azurduy de Padilla, como las heroínas de la coronilla y otras, vieron morir a sus hijos en los campos de batalla, mientras luchaban juntos por conseguir la libertad.

La década de los años 50, con el advenimiento del movimiento nacionalista revolucionario, doctrina de renovación social popular, marcó un hito en el sentido de incorporar a la mujer a la escuela, antes prohibitiva para ella, dotarla de tierras propias junto a su familia, permitirle la posibilidad de voto electoral ciudadano y otras medidas que intentaron reivindicar a la mujer, tratando de que ésta, entre otras cosas, mejore sus conocimientos y acciones sobre el control y cuidado de la vida de sus hijos. En este período histórico, se crearon, por ejemplo, algunos centros de leche a cargo de mujeres voluntarias que administraban donaciones de alimentos (fundamentalmente lácteos), provenientes de asistencialismo externo. De algún modo, la mujer recuperó la posibilidad de intervenir como partícipe en acciones preventivas de la morbi-mortalidad de la niñez.

La Década de 1980, significó en el país una notoria caída de las tasas de crecimiento económico, por una reducción del ingreso per cápita, lo que derivó en una disminución de la

inversión nacional hacia el sector social, agravado por el incremento de la deuda externa. En estos años, con el ingreso del país hacia un proceso creciente de industrialización, la mujer comenzó a incorporar su fuerza de trabajo a la producción fabril, artesanal, comercial y otras, en busca de lograr una mayor solvencia económica que le permitiera encarar el consumo de bienes, cada vez más incrementado y publicitado por los medios de comunicación social, entre otros aparatos sociales. De esta manera, la mujer fue dedicando menor cantidad de horas al cuidado de la salud de sus hijos.

En la etapa actual, es posible decir que la función de la mujer en relación al control de la mortalidad de la niñez, a la vez de hacerse difusa, se ha centralizado en determinados aparatos institucionales y mujeres que han logrado acceder a niveles altos de calificación formal estando, la gran mayoría, supeditada a las decisiones emanadas de autoridades y organizaciones que dictan las palabras autorizadas y validadas. Para que esta situación se mantenga, tienen vital importancia algunos aparatos de socialización como la escuela, la misma que genera una serie de expectativas de calificación meritocrática que es comunmente asociada a la obtención de status y prestigio, hecho que aproxima a algunas mujeres a la posibilidad de participación directa en relación al control de la mortalidad de la niñez, en tanto que otras no alcanzan los requisitos sociales y educacionales mínimos para obtener voz, voto y acción. También, en este caso, tienen un papel importante los medios de comunicación social, quienes se encargan de regular las acciones humanas, estimulando pautas de comportamiento, escalas de valores y modelos deseables para imitar, los mismos que repercuten en las actitudes maternas frente a la morbilidad y mortalidad de los infantes. Un ejemplo cotidiano de esta influencia, se encuentra en la gran difusión que han alcanzado las telenovelas, las mismas que conducen, no sólo a generar expectativas y aspiraciones específicas en relación a la nupcialidad, fecundidad, crianza, educación y mortalidad de los hijos, sino que también obsequian a la teleaudiencia cuanto necesitan y esperan a partir de un proceso de transferencia y satisfacción sustitutiva con los héroes televisivos y la oferta publicitaria.

Este panorama permite deducir que las diversas posiciones que ha ocupado la mujer en diferentes etapas, al igual que los modos y calidad de vida que ha ido experimentando, han tenido que influenciar su participación en la prevención y control de la mortalidad de la niñez, bajo causas y efectos también diferenciados.

En esta problemática, como parte de la dimensión cultural, especial atención merecen los mitos que históricamente se han ido creando y los rituales que han colaborado a la sedimentación y mantenimiento de la acción social de la mujer, en relación a la mortalidad de la niñez, dada la enorme riqueza de tradiciones existentes en Bolivia.

Con los antecedentes citados, surge un objeto de estudio específico que pretende englobar las intersecciones dadas entre la sociedad, las dinámicas demográficas y el desarrollo. Se destaca, dentro del conjunto social, a la mujer, en tanto que como elemento de dinámica demográfica se considera mortalidad de la niñez y como parte de desarrollo, participación social.

Por tanto, la delimitación del objeto corresponde a:

### **El papel de la mujer en el control de la mortalidad de la niñez, en Bolivia.**

Este objeto corresponde a la esfera del conocimiento, por cuanto su elaboración se fundamenta en informaciones previas, las mismas que se pretende incrementar y/o contrastar.

## **2.- PROPOSITOS**

El objetivo general, consiste en determinar la situación y alcances de la participación de la mujer en la dinámica de la mortalidad de la niñez, en Bolivia.

Los objetivos específicos están referidos a:

- 1.- Establecer la **situación** de la mujer en la sociedad boliviana en el control y la disminución de la mortalidad de la niñez.
- 2.- Diferenciar las **potencialidades** biológicas, psicológicas y sociales que ha desarrollado la mujer, como agente del control y la reducción de la mortalidad de la niñez.
- 3.- Identificar las **limitaciones** que han condicionado las acciones de la mujer en la prevención y control de la mortalidad de la niñez.

## **3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Todos los seres humanos ejercen determinados roles sociales como parte de la división técnica y social de una determinada estructura, bajo condiciones particularmente diferenciadas. La distribución de estos encargos sociales, suele distinguirse por razones de género sexual y estratificación de edad siendo, cualitativa y cuantitativamente, distintas las acciones tratándose de hombres, mujeres, niños, jóvenes, adultos y ancianos.

Dentro de una población organizada, cada persona en el transcurso de su vida cotidiana,

se reproduce socialmente a través de acciones referidas a hechos y acontecimientos concretos ante los cuales ejerce una participación más o menos eficiente, en base al despliegue de sus posibilidades, la consideración de sus limitaciones y los requerimientos de la sociedad en la que se asienta.

Una de las necesidades prioritarias de la problemática boliviana, está referida a encarar la elevada incidencia de mortalidad en la niñez, que sitúa al país entre los de más altas de Latino América. En este problema, han venido participando una serie de actores sociales, los mismos que han aportado desde diversos sitios y con variadas perspectivas al control de la mortalidad de la niñez. Entre ellos, la mujer, como elemento social indisolublemente ligado al infante, por la relación de simbiosis tanto orgánica como psicológica y sociológica.

La mujer, tradicionalmente, ha estado destinada al cuidado y crianza de los hijos y por ende, a las acciones vinculadas con la conservación de la salud de los mismos, en la perspectiva de evitar su enfermedad y/o mortalidad. Sin embargo, no se ha llegado a determinar aún la posición real que la mujer ocupa, en la sociedad, y el control de la mortalidad de la niñez, a pesar de ser este fenómeno uno de los encargos sociales inherentes a su inclusión social.

Como es de suponer, la relación mujer y variable demográfica mortalidad, ha ido sufriendo variaciones de acuerdo con las coyunturas específicas de cada etapa histórica y de los procesos económicos, culturales, jurídicos, institucionales y político-ideológicos correspondientes.

### **3.1.- Dimensión Económica**

En la dimensión económica, por ejemplo, se han podido observar empíricamente reducidos niveles de ingreso y remuneración para las mujeres, siendo también notorio un subempleo y subocupación expresados en el cumplimiento de actividades de servicio y comercio disfrazado, hechos todos que, de alguna manera, repercuten en la mayor o menor capacidad de la mujer para enfrentar los problemas de su familia en general y de sus hijos, en particular.

### **3.2.- Dimensión Institucional**

Institucionalmente, tanto el acceso como el mantenimiento al interior de la escolaridad formal y otro tipo de organismos educativos, han estado diferenciados para la mujer boliviana, presentando históricamente niveles de permeabilidad, tanto en el ingreso como en la permanencia y egreso al interior de los aparatos de educación. Los datos estadísticos suelen aseverar que,

en Bolivia, las mujeres son quienes menos asisten a la escuela y que, de las que asisten, son pocas las que llegan a culminar los niveles más altos de calificación, siendo también pocas las que llegan a incorporarse en el aparato productivo en los niveles más elevados.

La familia, como institución social tradicional, ha mantenido a la mujer casi exclusivamente dedicada a las funciones domésticas al interior del hogar, siendo reciente las relaciones activas con instituciones y actividades sociales.

La religión, legitimada por el Estado, y tradicional reguladora de las normas sociales, ha incorporado a la mujer a sus prácticas en calidad de miembro limitado, por cuanto una serie de ritos sagrados, como dar la comunión, son prohibitivos para ella, ya que, aún desde la creación, la mujer fue relacionada con la génesis del pecado y sus consecuencias.

Las instituciones militares y policiales del país, no hace mucho que han aceptado la incorporación de algunas mujeres a la formación académica castrense. Hasta el momento, la instrucción militar formal no incluye la capacitación de las mujeres.

### **3.3- Dimensión Político-Ideológica y Jurídica**

A nivel político-ideológico, la participación de la mujer ha estado tradicionalmente vinculada al cumplimiento de roles secundarios. Por ejemplo, ser electora de representantes políticos y de gobierno, siendo eventualmente ejecutora de las determinaciones emanadas de organismos centrales y de poder. Sin embargo, algunas han accedido a lugares de representación legislativa y una sola a la alta jerarquía de Presidente de la República, en un período democrático.

Jurídicamente, las leyes existentes en el país, entre ellas, la Constitución Política del Estado y otras, si bien han esbozado intenciones reivindicatorias en favor de la mujer, en los hechos, no siempre se han cumplido por razones que es necesario investigar, sobre todo porque muchas situaciones de falta de justicia e impunidad, implican el deterioro de la situación de los menores. Por ejemplo, en los casos de divorcio donde, la dictaminación de las pensiones asignadas a la madre, no alcanzan a cubrir las necesidades de los hijos, repercutiendo en su perfil de morbi-mortalidad.

### **3.4.- Dimensión Cultural**

Culturalmente, el arraigo de la sociedad boliviana a las tradiciones y costumbres ancestrales, ha facilitado el mantenimiento de los roles determinados para la mujer, reforzando

una serie de hábitos y prácticas que han condicionado su particular acción en la morbi-mortalidad de la niñez, a través de la transmisión de hábitos de higiene y alimentación, pautas de nutrición y autocuidado de su salud.

Ante esta problemática particular, se delimitan las siguientes preguntas:

- a) ¿Cual es la **ubicación** de la mujer en la sociedad boliviana y qué relaciones ha establecido desde su posición en el control de la mortalidad de la niñez, dado que este es un problema de prioridad nacional?.
- b) ¿Cuales son las **capacidades** biológicas, psicológicas y sociales que ha desarrollado la mujer, como elemento interviniente de la mortalidad de la niñez?.
- c) ¿Tiene la mujer boliviana **limitantes** que le impiden ejercer sus funciones en el control de la mortalidad de la niñez?.

#### **4.- Delimitación del Estudio**

Estando la búsqueda de explicaciones, enmarcada en las dimensiones de temporalidad, espacialidad, ámbito demográfico y psicosociológico, como referencias concretas y multifacéticas de la mortalidad de la niñez la cual, como fenómeno, no puede ser considerada como un abstracto válido universalmente para toda época y todo lugar, debido a que, en su calidad de variable demográfica, se encuentra determinada por una serie de variables intermedias que se constituyen, a la vez que en sus referentes, en sus condicionantes.

Estas dimensiones, si bien no abarcan todo el panorama de relaciones del fenómeno, son importantes para intentar un análisis más o menos confiable acerca del objeto de estudio. Las variables seleccionadas se detallan en el anexo 1 y se basan en las siguientes reflexiones:

**4.1.- Delimitación temporal.**- Permite el establecimiento de límites cronológicos entre los cuales se realiza la interpretación de la acción de la mujer en relación al fenómeno de la mortalidad infantil. Por razones de acontecimientos históricos explicitados en el marco teórico, se toman los años 1950 a 1990, dado que estos hitos muestran modificaciones importantes en la situación de la mujer y, por ende, en el desarrollo de sus potencialidades y limitaciones, históricamente determinadas, las cuales influyen en la mortalidad de los niños.

**4.2.- Delimitación Espacial.**- Establece como indicador de ubicación espacial el ámbito geográfico general BOLIVIA, ubicado en Sud América e incluido entre los países de Latino América.

**4.3.- Delimitación Demográfica.-** Por razones de prevalencia en las altas tasas de mortalidad de la niñez, se toma como indicador esta variable de la dinámica poblacional.

**4.4.- Delimitación Psicosociológica.-** Engloba los procesos que rodean al objeto de estudio e intervienen en él como determinantes que pueden generar modificaciones importantes, de acuerdo con el tipo de interconexiones que se establezcan entre ellos. Los indicadores considerados dentro de esta dimensión son el económico, educativo, laboral y de salud.

## **5.- Supuestos**

El estudio parte de los supuestos básicos de que Bolivia es considerado como un país atrasado, dependiente y subdesarrollado en comparación con los países centrales, estando ubicado en la segunda etapa de la transición demográfica con niveles elevados de fecundidad y mortalidad, siendo necesario disminuir estos indicadores. Se asume, asimismo, que la mortalidad de la niñez, posee un perfil diferencial por sexo, edad y condición socio-cultural y económica, siendo la mujer, en todos los estratos, un elemento de gran proximidad al niño y, por ende, a la posibilidad de influir en la disminución de la mortalidad del mismo.

Se considera, asimismo, que el problema de la mortalidad de la niñez ha sido estudiado aislada y unidisciplinariamente por la demografía, la salud pública y otras ciencias, siendo necesario comprender el problema como una totalidad concreta.

Otro supuesto fundamental constituye la posibilidad de disminuir las altas tasas de mortalidad de la niñez sin el apoyo de las tecnologías más sofisticadas, a través de la concientización y tecnificación de los elementos que tienen relación con esta problemática.

## **6.- METODOLOGIA**

Metodológicamente, el estudio realizado corresponde a un modelo explicativo, que intenta clarificar la situación y participación de la mujer en el control de la variable demográfica de la mortalidad, específicamente de la niñez, con base en la revisión documental y el establecimiento de relaciones y contrastes teóricos entre la hipótesis, los objetivos y los aportes anteriores al estudio.

Las particularidades del estudio no permiten englobarlo típicamente en los modelos teórico conceptuales tradicionalmente definidos, debido al objetivo de lograr un análisis a la vez que histórico-estructural, modernista y de interrelaciones sociopolíticas y culturales.

En este sentido, se toma del marco histórico-estructural la posibilidad de explicación conceptual del rol de la mujer en la disminución de la mortalidad de la niñez, dada su inserción y relación histórica con la estructura social y productiva que es Bolivia.

Del enfoque de la modernización, se asume el énfasis en la consideración funcional de los elementos de la estructura social tales como las normas, valores, status y roles, tanto de los actores sociales como individuales.

Considerando la dificultad de contar con un universo conceptual referido explícitamente al tema de estudio, se conforma un marco conceptual selectivo que implica la definición y redefinición de elementos de interpretación a través de los cuales se espera profundizar y sistematizar el tema.

En Bolivia, las condiciones económicas depauperadas de la mujer, sus bajos niveles de educación formal, su situación laboral deteriorada y su reducido acceso a los sistemas de salud, conducen a afirmar, como hipótesis central que:

"El lugar limitado y marginal que históricamente ha ocupado la mujer boliviana en las áreas económica, educativa, laboral y de salud, ha determinado que su participación, hasta el momento, sea de reducido alcance y aporte en la disminución de la mortalidad de la niñez."

En este sentido, es posible derivar una relación inversamente proporcional esquematizada por:

### **A MAYOR LIMITACION SOCIAL DE LA MUJER, MENOR APORTE A LA DISMINUCION DE LA MORTALIDAD DE LA NIÑEZ**

Para el trabajo adecuado del objeto seleccionado, se considera como variable dependiente **Mortalidad de la niñez**, siendo la variable independiente **el papel social de la mujer**, con las variables contextuales **sociedad de corte patriarcal, estilo de desarrollo dependiente y atrasado y normatividad tradicional y costumbrista**. La operacionalización de la variable independiente, se establece en el anexo 1.

El procedimiento partió de un análisis empírico de la realidad, que determinó como área de trabajo de población y desarrollo, la variable demográfica mortalidad. Dentro de esta área, se seleccionó como objeto de estudio " El papel de la mujer boliviana en el control de la



mortalidad de la niñez", considerándose operativamente niñez, como la etapa que engloba desde el nacimiento hasta los 5 años de edad del ser humano.

Una vez planteado el problema y delimitado su alcance, en relación a los procesos económico, jurídico, político-ideológico e institucional, se explicitó la hipótesis sustantiva de la cual se derivaron las variables dependiente, independiente y contextuales.

Se delineó el marco teórico-conceptual referencial, bajo la selección de aportes previos y referencias conceptuales orientadoras para la comprensión del fenómeno. Paralelamente, se organizaron los antecedentes estadísticos, como paso previo para la contrastación teórico-empírica que se pretende lograr.

Específicamente, la contrastación en relación al tema, estuvo lógicamente organizada a partir de los siguientes pasos:

- a) Acopio de información básica (teórico-estadística)
- b) Selección de la información obtenida
- c) Clasificación de la información, por dimensión de análisis
- d) Establecimiento de relaciones teórico-conceptuales, con datos empíricos.
- e) Elaboración de material propio, resultante de la contrastación teórico-conceptual de cada dimensión
- f) Elaboración de conclusiones
- g) Formulación de propuestas y recomendaciones.

Las técnicas básicas seleccionadas para la implementación del procedimiento, fueron el análisis documental y el análisis estadístico.

Si bien, por el tipo de investigación, no se utilizan instrumentos estadísticos específicos, la contrastación tiene como referentes instrumentales, el último Censo nacional de Población y Vivienda ejecutado (1976), las proyecciones realizadas a partir de éste y los datos preliminares del Censo de Población y Vivienda 1992. Se utilizaron, también, las Encuestas Demográficas y de Salud de 1989, además de datos de la encuesta "Actividad Económica de la Mujer y Reproducción Humana", realizada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 1986.

De acuerdo con los requerimientos dialécticos de la investigación, la metodología fue reforzada por el instrumental científico necesario, en cada etapa.

## **7.- Limitaciones**

El estudio se encontrará limitado fundamentalmente por la escasez de trabajos previos al respecto, debido a que la mortalidad en la niñez ha sido considerada como un indicador económico antes que psicosociológico y cultural. Aún los trabajos con un acercamiento al enfoque integral, no han hecho especial énfasis en la mujer, sino como una ejecutora de planes y programas elaborados al margen de su participación directa.

Esta limitación en la intervención del tema trae consigo otra, que consiste en la reducida cantidad de información específica con la que se cuenta al respecto, hecho que impide considerar todas las variables que debiera incluir el problema de la mortalidad de la niñez.

La contextualización teórica antes que teórico-práctica del trabajo, se constituye también en otra limitación, que debe ser superada con posteriores estudios.

Como trabajo de aproximación, el estudio apenas permitirá vislumbrar la riqueza que encierra el tema, siendo su principal utilidad la apertura de nuevas interrogantes y debates acerca de la realidad de la mortalidad de la niñez y de la mujer, en Bolivia.

## **8.- Aportes Esperados**

Como producto del trabajo a realizarse, se espera, en el ámbito académico, aportar con un perfil aproximativo de la situación de la mujer en la sociedad, así como de sus posibilidades y limitaciones. Este perfil, pudiera ser válido para reforzar los enfoques teóricos acerca de población, salud pública y mortalidad de la niñez, en las áreas de mayor requerimiento.

Específicamente para la problemática femenina, la contrastación lograda, pudiera facilitar la comprensión y análisis de la importancia de la mujer, en la prevención y control de los procesos de morbi-mortalidad de la infancia.

En el ámbito laboral, fundamentalmente en la planificación del desarrollo y de la salud pública, es de esperar que la información generada, permita releer la adecuación de las acciones realizadas hasta el momento, con vistas a reconsiderar tomas de decisión en relación a la intervención de la mujer en la reducción de la mortalidad de los niños, tanto en los niveles de educación, como de organización y producción manual e intelectual. Específicamente, se espera dotar a los grupos de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, de un instrumento de análisis y propuestas para la elaboración de políticas acerca del binomio madre-niño.

## **CAPITULO II**

### **LA SIMBIOSIS ECONOMICA Y PSICOSOCIAL DE LA MORTALIDAD DE LA NIÑEZ CON LA MITAD "INVISIBLE" DE LA POBLACION BOLIVIANA.**

#### **1.- LA INGIENERIA DE LA MORTALIDAD DE LA NIÑEZ**

Se ha intentado, aún cuando no de manera sistemática, estudiar los factores más sobresalientes que intervienen en la mortalidad de la niñez en Bolivia, la cual ha sido asociada con riesgos de desnutrición, patologías infecciosas, deficiencia de cobertura y calidad de recursos de salud e inadecuado cuidado materno.

##### **1.1.- La pobreza tiene la acción y la palabra**

En general, los riesgos asociados a la vida del niño, se correlacionan, de acuerdo con Lewis (1987), con la pobreza y la calidad de vida de la población, dado el papel crucial que tienen en la generación de determinadas enfermedades y en la muerte eventual de un niño (Morales, 1984). Por ejemplo, ocurre que un niño bebe agua de una fuente contaminada y muere por diarrea aguda. En este caso, el mecanismo de la pobreza se muestra simple: un tipo de bacteria causa una infección entérica, ésta precipita una infección que conduce a la diarrea y a la deshidratación, la cual aumenta la probabilidad de muerte. Sin embargo, el fallecimiento podía haber sido evitado si el lugar donde vive el niño hubiera tenido agua potable disponible o, si la madre, hubiese tenido los medios adecuados para hidratar al niño (Foster, 1984).

Considerando la precariedad de los servicios básicos de los que dispone la población femenina de Bolivia, sobre todo del área rural y los sectores urbano-populares de las ciudades, se encuentra que, tanto la distancia que debe recorrer la madre para tener acceso al agua que, en muchos casos, es de provisión pública y/o río, como la composición misma del agua (no siempre potable ni salubrizada), constituyen un riesgo efectivo para la transmisión de gérmenes patógenos de diversa índole, los mismos que, al ser trasladados al hogar, pueden causar enfermedades y aún la muerte a los niños, que reciben el agua y los alimentos de manos de la madre. Los riesgos de infección, en estos casos, se incrementan por el hecho de que son los mismos niños quienes, a veces, recolectan el agua bebiéndola en la misma fuente, sin control

del adulto o de la madre, quienes por responder a otras ocupaciones desplazan este encargo a los menores, que carecen de conocimientos de prevención ante los posibles peligros que acechan a su salud. Es común que la recolección del agua sea encargada a los hijos menores por ser estas labores consideradas como las más fáciles y de menor esfuerzo. Esta situación se muestra diferente en los sectores donde los hogares cuentan con agua potable al interior del hogar, donde tanto madre como niño se aprovisionan por cañerías, aún cuando la calidad del agua no garantiza totalmente la salud de la familia y de los niños. Por su parte, las madres que corresponden a hogares con mejores condiciones socioeconómicas, pueden aprovisionar a sus hijos con agua de la cañería, la misma que puede ser, además, filtrada o purificada por diversos medios. En estos casos, la diferente posición socioeconómica de la madre y las formas de acceso a los servicios básicos, condicionan las posibilidades de enfermar y morir de los niños, bajo riesgos exógenos.

### **1.2.- Una concreción que no admite divisiones**

Es común la asociación de la mortalidad de la niñez con aspectos médicos y biológicos, descuidando el análisis de los determinantes sociales y psicológicos que intervienen en ella. Esto conduce a una apreciación errónea del proceso salud-enfermedad y al eventual desconocimiento de los graves efectos en la aplicación y cobertura de programas en el campo de la salud infantil (Galway, 1987). En este sentido, es común observar en los centros infantiles, tratamientos que, si bien alivian las lesiones de la salud, no colaboran a lograr un estado de salud integral que suponga, también, bienestar mental y social, traducidas en el mejoramiento de la calidad de vida del niño, la madre y su familia, como forma de prevención de futuras enfermedades.

### **1.3.- Los alrededores del problema central de la mortalidad de la niñez**

Behm (1990), problematizando los determinantes de "la sobrevida en la infancia", afirma que las causas de muerte son una expresión biológica final de un proceso determinado por la estructura económica y social del país o región y que estos determinantes estructurales son mediatizados a través del hogar, sobre todo en el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños, a partir de lo que denomina estrategias familiares de vida. Al respecto, Mosley y Chen (1984), además de los determinantes socioeconómicos, se refieren a los determinantes próximos que operan a nivel de la familia o de los miembros tomados individualmente, agrupando cinco

categorías de variables intermedias en la mortalidad de la niñez:

- a) Los factores maternos del proceso de reproducción: edad de la madre, paridez y espaciamiento intergenésico.
- b) La contaminación ambiental, que favorece la diseminación de agentes infecciosos y la incidencia de enfermedades de esta etiología.
- c) La deficiencia nutricional, por aporte insuficiente de nutrientes al niño y también a la madre durante el embarazo y la lactancia.
- d) Las lesiones traumáticas del niño (accidentes).
- e) Las prácticas en el cuidado del niño sano y enfermo que incluyen, tanto aquellas que son tradicionales, como las relacionadas con la medicina moderna.

#### **1.4.- La trama social de la mortalidad de los niños.**

Entre los determinantes socioeconómicos de la mortalidad de la niñez, suele citarse a la capacidad de generación de insumos en la familia, los parámetros culturales, el tipo de interacciones en la toma de decisiones familiares, el valor otorgado a los hijos, las creencias sobre el origen y tratamiento de las enfermedades y las condiciones materiales de la familia.

En relación con los factores de edad de la madre, paridez y espaciamiento intergenésico se observa, en Bolivia, que las mujeres comienzan a tener hijos a edades tempranas siendo importante, en estos casos, los condicionamientos culturales y el escaso conocimiento de técnicas anticonceptivas, que generan las altas tasas de fecundidad, más elevadas en las áreas rurales, los valles y en mujeres sin instrucción (ver gráfico 1). Se observa, asimismo, que la mayor o menor incorporación a la vida urbana establece diferenciales en los patrones reproductivos, mostrando, las mujeres de las áreas urbanas, tasas globales de fecundidad de 4.0 hijos, en tanto que las mujeres del área rural alcanzan tasas de hasta 6.4 hijos. Aún cuando las diferencias de fecundidad no son demasiado distintas en altiplano, valle y llanos, se observan tasas menores entre las mujeres de los valles y llanos. Es clara la asociación que se encuentra entre el avance de la escolaridad y las tasas de fecundidad global, siendo las mujeres que cuentan con menor instrucción, las que alcanzan mayor promedio de hijos, en tanto que las que cursan más años en la escuela tienen tasas menores. Así, las mujeres sin instrucción tienen 6.1 hijos en promedio, mientras que las que llegan a Intermedio, sólo tienen 2.9 hijos.

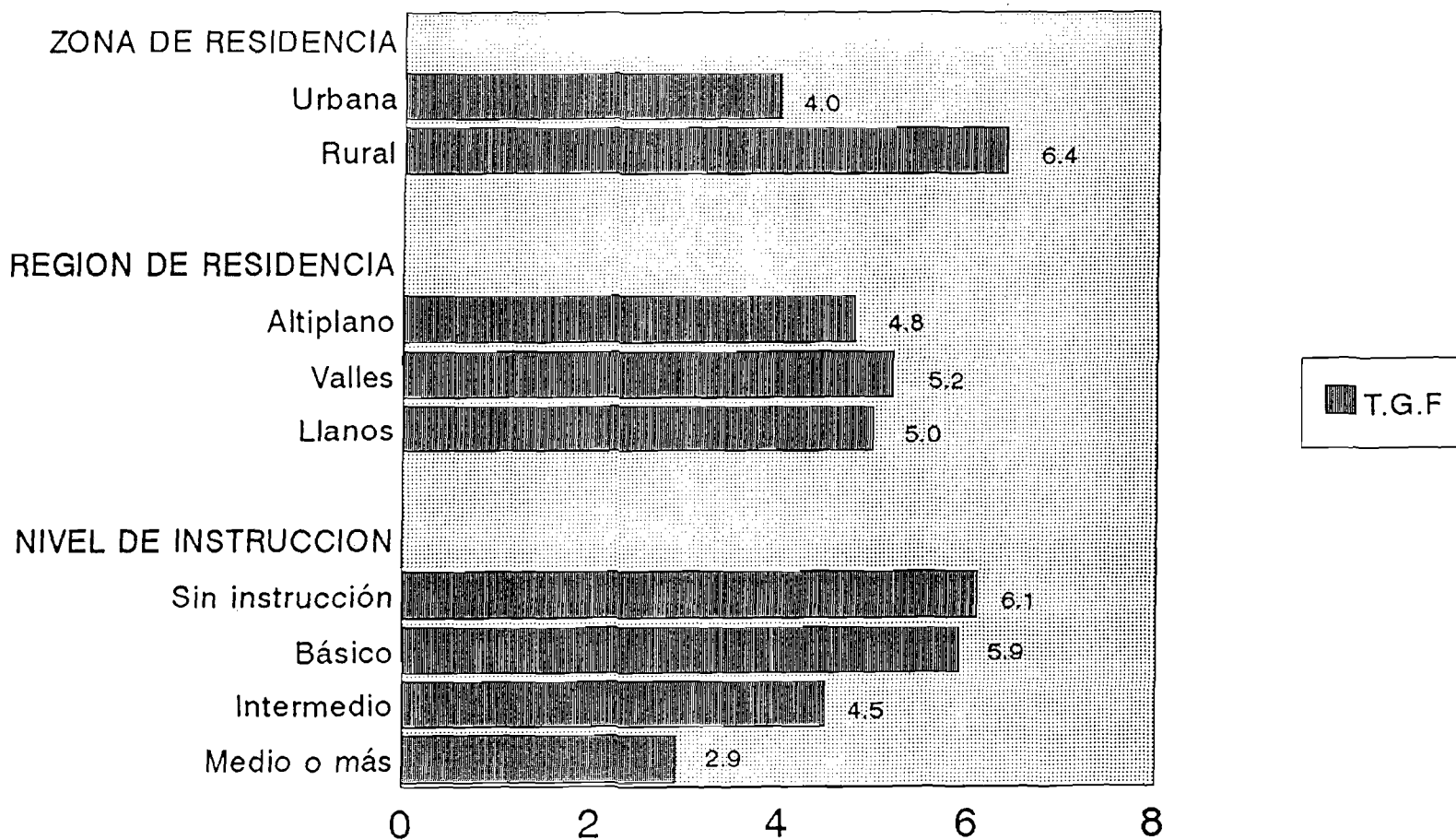
En relación con el espaciamiento intergenésico, se ha observado que la mortalidad de la

niñez es mayor entre las mujeres que tienen hijos seguidos, lo que deteriora biológicamente el organismo materno, impidiendo la lactancia regular y disminuyendo el cuidado de los niños, además de restar a la madre, posibilidades de mejor control de la salud de los niños, siendo frecuente que, sobre todo en las áreas rurales, no permanezcan con vida todos los hijos nacidos vivos, entre los cuales, la mayoría fallece antes de cumplir el primer año de edad y, muchos, antes de cumplir los 5 años. A esta situación de escaso control de la mortalidad de los niños, se añade el encarecimiento de la canasta familiar, que muestra variaciones deficitarias significativas por cuanto cada mes disminuye el poder adquisitivo de los salarios de la familia, lo que supone que, a mayor cantidad de miembros en el hogar, disminuye la calidad nutritiva, que puede derivar en cuadros de desnutrición y culminar en mortalidad de la niñez.

En general, la mujer-madre una vez que ha tenido varios hijos, disminuye, también, sus posibilidades de incorporación laboral debido a que los empleadores exigen dedicación exclusiva a la actividad laboral, despreciando la mano de obra de las mujeres que ofertan su trabajo en compañía de sus hijos, a los cuales no pueden abandonar durante la jornada laboral por carecer de apoyo para la protección de los mismos. Esta limitación en que se constituyen los hijos, hace que muchas madres opten por deshacerse de sus retoños bajo diferentes modalidades, ante la imposibilidad de mantenerlos. En este sentido, el deterioro del ingreso repercute directamente en el cuidado de los niños, entre otras cosas, porque impide el pago oportuno de determinados servicios de salud ante una eventual enfermedad o riesgo de sus hijos. Para paliar estas deficiencias, la mujer llega a mostrar características de dependencia, ya sea hacia el padre de los niños, los parientes, las instituciones asistenciales y otras que, a cambio de facilitar el acceso de la mujer y sus hijos a los servicios de salud, cohercionan a la madre hacia comportamientos de sumisión que reproducen el corte discriminatorio de la sociedad boliviana que considera, como el rol fundamental de la mujer, la maternidad y la crianza de los hijos. El encargo social no es en sí negativo, sino los términos de contrato social en que la mujer asume estas delicadas funciones que hacen no sólo a la vida de la familia, sino a la del desarrollo y crecimiento de la población que es la base de sustento de todo país.

Al respecto, es necesario cuidar de ese capital humano que, sin los cuidados necesarios, es más que un sujeto de desarrollo, una carga difícil de sostener y valorar. Y este cuidado se inicia en el vientre materno y aún en la propia madre, antes de concebir una nueva vida.

Gráfico 1  
Tasas Globales de Fecundidad según  
Características de la Mujer



Tasas Globales de Fecundidad

### **1.5.- El ambiente: Una fuerza que hace a la mujer y condiciona la mortalidad de la niñez**

Las condiciones de contaminación ambiental, ligadas a la característica de pobreza de una gran parte de las mujeres bolivianas, que corresponden a estratos socioeconómicos bajos y medios, son factores que se conectan con el tipo de vivienda, la existencia de servicios sanitarios, el control de desechos orgánicos, el consumo y elaboración de alimentos, las pautas de higiene personal y otros. Por ejemplo, el tipo de materiales de construcción de las viviendas rurales suele ser un foco infeccioso que la madre no puede controlar del todo, como ocurre en el caso de las vinchucas que habitan en las paredes de adobe de los valles, y que transmiten el mal de chagas, cuya incidencia en la población boliviana es alta. Aún cuando no se encuentra esta enfermedad clasificada entre las principales causas de mortalidad de la niñez, dada su tardía sintomatología, es posible que el contacto inicial con el agente transmisor ocurra en las primeras edades. También la deficiente construcción de las viviendas, muchas veces elaboradas por manos de la propia madre ante la ausencia o el abandono del cónyuge, coloca en riesgo la vida de los niños por el deterioro de los materiales, posibles derrumbes, golpes por piezas sueltas y otros. A estos riesgos, se asocia la cercanía de las viviendas a vertientes y ríos contaminados por desechos orgánicos o residuos de las actividades productivas (minería, principalmente) donde, muchas veces, concurre la madre con sus hijos para llevar el alimento al cónyuge.

Como otros factores condicionantes de la mortalidad de la niñez, asociados a la situación de la madre, están la ausencia de forestación que purifique el ambiente en zonas como el altiplano, la contaminación derivada del uso de combustibles tóxicos que utiliza la mujer para la elaboración de los alimentos (leña húmeda, excremento animal), el contacto con animales domésticos infestados a los cuales alimenta y consume, la ausencia de letrinas y baños higiénicos en la mayoría de los hogares rurales y de barrios sub urbanos y el consumo de productos de donación asistencial, los mismos que, en repetidas ocasiones, han sido causa de infecciones intestinales y envenenamientos, sobre todo en los niños menores.

### **1.6.- Dime lo que comes, te diré como vives y cómo mueres**

A la situación de pobreza y deterioro ambiental en que viven mujeres y niños bolivianos de capas socioeconómicas bajas, se asocian las deficiencias en la nutrición, las lesiones traumáticas y las prácticas de salud-enfermedad, relacionadas con la medicina tradicional y la formal, en las cuales interviene la mujer, de diverso modo.



Los referentes culturales del control de la morbi-mortalidad de los niños (ejercida generalmente por la madre), en Bolivia, se muestran, muchas veces, contradictorios con el conocimiento científico. Por ejemplo, en los casos de diarrea, suele dársele al niño una pequeña porción de tierra en busca de reconciliación con la "pachamama", lo que desde el punto de vista de la medicina formal pudiera incrementar los riesgos de infección. Sin embargo, las condiciones económicas de la madre y el refuerzo ancestral de la práctica, conducen a la repetición de estos comportamientos, sobre todo en tanto la mujer no se encuentre informada de las ventajas de la medicina formal, los riesgos de la práctica tradicional y carezca de los recursos económicos necesarios. Investigando la nutrición de la niñez, el INAN (1981), consideraba como el problema nutricional más grave la desnutrición proteico-calórica. A partir del corte talla por edad, determinó que el 40.1% de los niños menores de 5 años sufría de retardo en el crecimiento, siendo la causa principal para este tipo de desnutrición, el bajo consumo de alimentos. La FAO (1985), al respecto, calculaba en 2.088 el consumo diario de calorías en estos niños, en tanto que el requerimiento necesario era de 2.232. Por regiones, las mayores carencias se registraron en zonas deprimidas de Oruro, Potosí y Chuquisaca, encontrándose una relación estrecha con la pobreza y los hábitos inadecuados de alimentación que prevalecen en muchos hogares de Bolivia, debido a que los salarios no alcanzan a satisfacer las necesidades del consumo mínimo de la canasta familiar consumiéndose, muchas veces, una sola comida por día lo cual repercute en la nutrición de los niños aún cuando las madres, dentro de las limitaciones familiares, otorgan especial atención a los niños, en cuanto a la dieta se refiere.

Relacionando la desnutrición con la situación socio-familiar de los niños, en 1977, el CENETROP encontró que el 15% de los niños albergados en orfanatos, sufrían de anemia. Aún cuando esta condición se asocia inicialmente a causas biológicas, no se descarta la influencia que puede ejercer la situación de abandono afectivo en estos niños, dado que la privación de estímulos maternos y familiares, generaría cuadros anoréxicos que no son descartados del todo, sobre todo por las implicaciones psicosomáticas que explican, en la actualidad, una serie de enfermedades complejas.

Según el CENETROP, la población del altiplano sería la que presenta menores índices de anemia, pudiendo estos datos guardar relación con el tipo de producción alimentaria que existe en esta zona, la misma que es rica en proteínas y calorías (maíz, quinua, habas, cebada,

tarwi y otros) pudiendo incidir, en este caso, algunos elementos culturales utilizados en el procesamiento y conservación de los alimentos y el uso frecuente de productos naturales no envasados.

Por tanto, es necesario considerar las creencias, tradiciones y prácticas culturales en las cuales se hallan incorporadas las madres y sus familias, dado que estos reforzamientos son importantes para el cuidado de la salud y la nutrición de los niños, a partir de acciones tales como la preparación y deshecho de los alimentos.

Se ha demostrado suficientemente que la nutrición y el tipo de dieta que recibe la mujer durante el embarazo, provocan efectos importantes en el peso del niño al nacer, determinando también la cantidad y calidad de la leche materna, con diferencias culturales y socioeconómicas, dado que "...tradicionalmente hay relación entre los bajos niveles de ingreso y el desconocimiento sobre las necesidades nutritivas que tienen los niños, en diferentes períodos..." (Wolowyna et al, 1990). Así, por ejemplo, las costumbres bolivianas de una parte de la población, en la etapa del destete, inducen a la madre a reemplazar la leche materna por alimentos de baja calidad nutriente, tales como pan remojado en café, (Morales, 1984) siendo, en muchos casos, la posterior alimentación del niño esencialmente de carbohidratos y tubérculos. Estos factores de tipo exógeno, suelen determinar alteraciones en el niño y generar elevadas incidencias infecciosas y aumento de su severidad, reforzando el deterioro del estado nutricional que sufre el cuerpo del niño. Así, se comprende que "...la obtención de una buena alimentación no sólo para el niño sino también para la madre, tiene un papel crucial para su sobrevivencia..." (Brown, 1984).

Por ejemplo, el peso que presenta un niño al nacer, tiene vinculación directa con la situación de la madre (nutrición, edad, paridad, enfermedades, espaciamiento intergenésico), porque "...todos estos factores influyen en las condiciones de crecimiento, fortaleza y sobrevivencia que tiene el infante durante la gestación, la regulación del crecimiento del feto, el parto y, posteriormente, en los cinco primeros años de vida..." (Morales y Rocabado, 1988). Según estos investigadores, las madres con elevados niveles de desnutrición tienen mayores posibilidades de producir nacimientos prematuros. Estas afirmaciones se comprenden porque es la mujer quien provee a los niños de los primeros nutrientes a partir de su propia conformación orgánica la cual, de ser insuficiente, no alcanza a mantener al feto durante todo

el proceso necesario de gestación. Dadas las condiciones de escasa información respecto a la calidad de los alimentos, ocurre que muchas madres, aún contando con las posibilidades económicas, se alimentan inadecuadamente. Claro ejemplo es la preferencia por hidratos de carbono en desmedro de las proteínas, que pudieran ser ingeridas a bajos costos dada la producción de soya, tarwi, maíz, quinua y otros alimentos, en el país. En esta elección, se debe reconocer la influencia que ejercen la propaganda y la publicidad de los medios de comunicación social, en el tipo de consumo de las familias en general y de las madres en particular, debido a que esta es quien toma gran parte de las decisiones, al respecto. En estos casos, el mayor convencimiento se da a partir de la identificación con determinados héroes o heroínas televisivas quienes se convierten en modelos de referencia de las necesidades y formas del consumo alimentario, tanto para la madre como para los niños.

### **1.7.- El ancestro deja su huella y permanece**

Es común, en las hogares tradicionalmente constituidos en Bolivia, observar una especie de reproducción cotidiana de las relaciones de poder al interior de la unidad familiar, que otorgan dominancia a la imagen del padre como representación de la autoridad que trabaja y posee el dinero, lo que supone, en muchos casos, la sumisión de la madre y de los niños a las decisiones paternas. Son numerosos los casos de mujeres de diversa capa social que, en Bolivia, han retardado la atención médica de los hijos por no contar con el consentimiento del padre y/o la colaboración económica de éste, lo que significa un incremento de los riesgos para los niños y muchas veces, la llegada inminente de la muerte infantil.

En cuanto al valor que se otorga culturalmente a los hijos, se ha estimado que, la elevada fecundidad que muestran los indicadores demográficos en las mujeres bolivianas, sobre todo de las áreas rurales y urbano-populares se debe, en parte, a la consideración de que los hijos constituyen un capital humano de apoyo para el ingreso económico al hogar, ya sea a través de la incorporación a las actividades productivas (siembra, cosecha), el reemplazo de mano de obra complementaria al interior del hogar (funciones de apoyo doméstico), o la inserción a actividades remuneradas extra hogar (vendedores, lustrabotas, etc).

Torrado (1986), facilita la comprensión de la mortalidad de la niñez en relación con la condición de la mujer, conceptualizando el proceso salud-enfermedad en el contexto de la

estructura de clases, posición que concuerda con Breilh y Granda (1983), quienes, en un enfoque integrador, estructural e histórico sostienen que, en una sociedad determinada que integra diversos modos de producción, las relaciones sociales que se establecen, distinguen clases sociales que se diferencian en las esferas del trabajo y del consumo, dando lugar a diferentes condiciones de vida que influyen de manera positiva o negativa en el proceso de salud-enfermedad infantil. Es decir, que cada clase social conforma un determinado perfil epidemiológico, resultante de las particularidades de su reproducción social. Al respecto, Bloch et al (1985), aplicando el análisis histórico-estructural, encontraron que la mortalidad infantil es mayor en los grupos sociales que han estado expuestos a condiciones biológicas y sociales desfavorables.

Tratándose de la estratificación social en la cual se insertan las familias bolivianas, estas afirmaciones permiten la explicación de los comportamientos diferenciales de las mujeres ante la salud y los procesos de enfermedad y muerte de los hijos debido a que, la inserción en una determinada capa de la estructura social, no sólo supone la posesión de determinado status o prestigio, sino el manejo de determinadas posibilidades (económicas, educacionales, laborales y otras), que se expresan en la capacidad social de acceder al control de la salud. Es así que, en general, son las mujeres de los estratos altos y que gozan de mejor calidad de vida, quienes poseen, también, una posibilidad mayor de acceso a los servicios de salud, no sólo en calidad de usuarias sino como planificadoras y aún supervisoras del proceso salud-enfermedad de la población y de sus propios dependientes. En cambio, las mujeres de los sectores socioeconómicos bajos, por la particular posición y calidad de vida que tienen en la determinación social, se encuentran con dificultades en el control de la mortalidad de los niños, tanto en la posibilidad económica para solventar los gastos de salud, como en la de lograr una vivienda adecuada que minimice los riesgos, una dieta adecuada que no derive en desnutrición, conocimientos para prevenir y controlar las enfermedades y otros.

Acerca de la sobrevida infantil, Schultz (1985), afirma que ésta depende de los insumos que los familiares seleccionan para minimizar las pérdidas de salud y alcanzar sus propios fines, definiendo factores exógenos (salarios, servicios de salud y condiciones ecológicas) y factores endógenos (insumos), además de un factor de heterogeneidad biológica propia del niño. Además de estos condicionantes, Farah y Prestom (1982), hallaron que la mortalidad de la infancia se

asocia a la niñez de los padres y al momento del matrimonio, como elementos micro familiares.

En este sentido, es posible que una parte de las familias bolivianas, tienda a la mantención de los patrones alimenticios y educativos derivados de la propia experiencia, conduciendo, a las madres, a reproducir en sus hijos el tipo de cuidados y nutrición que ellas mismas tuvieron, bajo la consideración de que, si ellas lograron sobrevivir, también podrán hacerlo los hijos. Sin embargo, este tipo de percepción, suele ser más común entre las mujeres de menor instrucción y bajo status laboral, debido al desconocimiento de la información adecuada de higiene y nutrición. Pareciera que las mujeres de nivel socioeconómico más elevado, tratan de modificar estas concepciones, buscando los medios para elevar las condiciones de salud, que ellas mismas tuvieron. En ambos casos, la situación de la mujer dentro de la estructura social y el uso de los beneficios de la sociedad, determinan la posibilidad de los hijos para alcanzar los cuidados mínimos que requieren para no incrementar las tasas de mortalidad en los primeros años de vida.

#### **1.8.- La cara sucia que la mujer habita y en la que los niños mueren**

Los hábitos de higiene y el deficiente saneamiento ambiental, en el caso de la morbimortalidad de la niñez, facilitan la transmisión de agentes patógenos, ya que "...el riesgo de contraer infecciones entéricas, se asocia a deficiencias en la provisión de agua, preparación de alimentos, eliminación de residuos domésticos, disposición de excretas, higiene personal y limpieza de utensilios destinados a la alimentación..." (Pedersen, et al, 1987), estando estas funciones relacionadas con el rol que se le asigna socialmente a la mujer.

Se ha estimado, asimismo, que los hábitos de higiene y el nivel de instrucción de la madre se asocian significativamente con la incidencia de diarrea en la población infantil, sobre todo porque al ser la madre la encargada de la elaboración, ingesta y deshecho de los alimentos de los niños, puede brindar mejor control sobre estos procesos en la medida en que tenga los conocimientos necesarios de higiene, prevención y/o curación de una serie de cuadros infecciosos derivados del mal lavado de los productos, condiciones de la cocción de los alimentos, eliminación de basura y residuos, además de otras actividades en las cuales suelen colaborar los niños, quienes, luego de manipular los deshechos, no siempre se lavan las manos, aún en lugares que cuentan con servicios higiénicos, siendo el elemento ausente la falta de

control materno y/o el descuido de las personas encargadas de la vigilancia de los niños en ausencia de ella, ya sea por trabajo u otras ocupaciones, de tal manera que se incrementan los riesgos de la mortalidad de la niñez.

En Bolivia, enfermedades tales como poliomielitis, tos ferina, sarampión y tuberculosis, también se encuentran determinadas, en gran parte, por factores económicos y sociopsicológicos. En este sentido, Morales y Rocabado (1987), afirman que la propagación de la tuberculosis ha estado relacionada con los movimientos migratorios y de colonización de las poblaciones mineras, a las cuales se encuentra también vinculada la silicosis, como enfermedad laboral. En estos fenómenos migratorios que han incluido familias enteras, ha tenido vital participación la mujer puesto que, al interior de las condicionantes culturales de los mineros, la madre resulta un elemento protagónico en el cuidado de la salud, no sólo por la función doméstica que representa, sino también por la posición ideológica que ha demostrado permanentemente en la lucha activa por la defensa de sus derechos humanos, los cuales se fundamentan en la conquista de una mejor calidad de vida para su familia y especialmente para sus niños, considerados como los de mayor riesgo dentro de la mortalidad entre 0 y 5 años, dadas las condiciones de pobreza y ausencia de protección en salud que caracteriza a las poblaciones del altiplano de Bolivia.

El tipo de hábitat humano resulta también de gran importancia para la transmisión y prevalencia de enfermedades del trópico boliviano, tales como el plasmodium, mosquito de la malaria, debido a que en estas zonas la gente vive en chozas que carecen de protección y de servicios higiénicos, de tal en manera que los mosquitos y los niños, se encuentran en un contacto permanente que hace favorables las condiciones infecciosas que conducen a la mortalidad de la niñez, no pudiendo este riesgo ser controlado por la madre, dadas sus limitaciones físicas, de uso de servicios de salud y niveles mínimos de educación.

Si bien, hasta el momento, se ha ampliado en Bolivia el sistema de inmunizaciones contra las causas biológicas de la mortalidad de la niñez, la cobertura es, aún, escasa (ver cuadro 1) y aún no se ha considerado de manera planificada y sistemática, la intervención de los determinantes próximos psicosociológicos, culturales y ambientales. En este sentido, aún cuando la familia facilita el ingreso de los niños a la vacunación, conserva su propia cosmovisión acerca de la frecuencia y eficiencia de este apoyo. Por ejemplo, una vez recibida la primera dosis de una determinada vacuna, los padres suelen pensar que ya no es necesaria una segunda o tercera

dosis, ocultando a veces información y aún al niño, cuando se inicia una campaña masiva. Al respecto, Wolowyna y Pinto (1990), asocian positivamente la cobertura de los programas de vacunación con el nivel de escolaridad de la madre.

**Cuadro 1**

**BOLIVIA: PORCENTAJE DE NIÑOS ENTRE 12 Y 23 MESES CON CARNET DE VACUNACION Y ENTRE AQUELLOS CON CARNET, PORCENTAJE INMUNIZADO POR TIPO DE VACUNA SEGUN CARACTERISTICAS DE LA MADRE, 1989**

Características de la Madre	Tipo de Vacuna										Número de Niños
	Con Carnet	BCG	Vacuna DPT			Vacuna contra el Polio			Sarampión	Vacunación Completa*	
			1 Dosis	2 Dosis	3 Dosis o más	1 Dosis	2 Dosis	3 Dosis o más			
<b>Zona de Residencia</b>											
Urbana	27,6	69,1	94,6	77,8	56,4	99,3	82,8	64,8	74,1	37,2	542
Rural	18,5	52,5	93,1	61,0	43,8	96,9	63,9	46,1	70,1	27,8	566
<b>Región de Residencia</b>											
Altiplano	15,2	56,6	96,3	73,1	50,8	97,1	78,3	60,8	70,9	33,6	556
Valles	26,5	68,6	93,4	74,3	60,7	98,1	78,5	65,5	76,4	40,7	318
Llanos	36,6	61,6	92,2	65,3	42,4	99,8	68,5	45,5	70,1	25,8	235
<b>Nivel de Instrucción</b>											
Sin instrucción	14,6	36,7	94,1	49,4	36,8	100,0	53,3	38,4	66,6	18,8	206
Básico	20,9	56,6	92,4	64,4	40,4	97,0	69,5	45,4	61,1	22,5	514
Intermedio	25,7	64,4	91,7	79,6	55,7	98,5	81,9	65,8	75,7	35,6	146
Medio o más	32,8	78,6	97,1	83,6	69,2	99,4	87,5	76,0	88,6	52,3	242
<b>Total</b>	<b>23,0</b>	<b>62,3</b>	<b>94,0</b>	<b>70,9</b>	<b>51,2</b>	<b>98,3</b>	<b>75,1</b>	<b>57,1</b>	<b>72,5</b>	<b>33,3</b>	<b>1108</b>

Fuente: ENDSA, 1989

\* Incluye una dosis de BCG, tres dosis de la triple, tres o más dosis de polio y la vacuna contra el sarampión.

### 1.9.- Lactancia hay una sola

Otro elemento implicado en la mortalidad infantil se considera la lactancia materna, debido a que esta forma nutricional es vital para el niño, no sólo cuando no recibe otro tipo de nutrientes, sino también después de iniciada una dieta extra materna, debido a que, en los

primeros seis meses, el peso del niño debe más que duplicarse, acelerando su crecimiento más que en cualquier otra época de la vida intrauterina ya que, en esta etapa es cuando se puede determinar los daños de mayor magnitud en los niños, fundamentalmente porque la leche materna provee los anticuerpos que requiere el niño y que lo inmunizan contra determinadas enfermedades. El calostro contiene un gran número de gama globulina que protege al niño de las infecciones virales, observándose que los infantes con lactancia exclusiva y prolongada experimentan menores niveles de mortalidad y reducido número de episodios de infecciones, en relación con aquellos que lactan en forma parcial o que no lactan (Galway et al, 1987). La ENDSA-89 muestra que, en Bolivia, la lactancia materna es prolongada y que las mujeres amamantan a sus hijos inclusive cuando están en períodos de amenorrea post parto y no susceptibilidad al embarazo (ver cuadro 2).

**Cuadro 2**

**BOLIVIA: PROMEDIO EN MESES DE DURACION DE LA LACTANCIA, LA AMENORREA POSTPARTO, LA ABSTINENCIA Y LA NO SUSCEPTIBILIDAD AL EMBARAZO, SEGUN CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LA MADRE, 1989**

Características	Amamantando	En Amenorrea	En Abstinencia	No Susceptibilidad	Número de Nacimientos
<b>Edad</b>					
Menos de 30	16,2	11,1	6,5	13,6	2089
30 o más	16,1	10,8	5,6	13,0	1504
<b>Zona de residencia</b>					
Urbana	14,8	9,1	6,1	11,9	1743
Rural	17,4	12,7	6,2	14,7	1850
<b>Región de residencia</b>					
Altiplano	17,5	11,6	7,3	14,6	1813
Valles	16,0	11,8	5,7	13,8	1007
Llanos	13,1	8,4	3,9	9,9	773
<b>Nivel de instrucción</b>					
Sin instrucción	17,8	13,5	6,0	15,3	719
Básico	17,3	11,8	6,6	14,5	1666
Intermedio	15,2	8,7	5,5	10,6	513
Medio o más	12,3	7,9	5,7	10,7	694
<b>Total</b>	<b>16,2</b>	<b>11,0</b>	<b>6,1</b>	<b>13,4</b>	<b>3592</b>

Fuente: ENDSA, 1989



También, a través de la lactancia, la madre recupera las energías consumidas durante la gestación, a la vez que se protege de un nuevo embarazo. De no existir un adecuado espacio intergenésico o darse un nuevo embarazo, la madre tiende a suprimir la lactancia, cambiándola por alimentación habitual o biberón, provocando un destete temprano en el cual se consideran, como causas, tanto la insuficiente producción de leche como el trabajo que realiza la madre, especialmente en las clases media y trabajadora (Wolowyna y Pinto, 1990). La explicación de estas conductas, según los autores citados, estaría en las prácticas culturales dominantes sobre todo en la región altiplánica y en las áreas rurales de Bolivia, donde la mujer realiza esfuerzos físicos y se ausenta del hogar hacia las actividades agrarias, disminuyendo el tiempo de lactancia, lo que repercute, asimismo, en el espaciamiento de la fecundidad que, en muchas poblaciones alejadas, se regula a partir de la duración del período de lactancia materna. Sin embargo, en mujeres de estratos socioeconómicos altos y medios de las áreas urbanas, se observan también modificaciones en los patrones de lactancia debido a que cada vez es más numeroso el grupo de mujeres que se va incorporando a la actividad productiva, debiendo permanecer una gran parte del día alejadas del hogar y de los hijos, lo que conlleva la sustitución de la leche materna por la maternizada o los alimentos del adulto, disminuyendo el proceso inmunológico en los niños, incrementando los riesgos de desnutrición que, en casos extremos, podrían derivar en mortalidad de la niñez. A esta situación se suman los requerimientos de factores sociales tales como el seguimiento de la moda, cuya exigencia estética conduce a muchas mujeres hacia el rechazo de la lactancia, o a la concesión mínima de este beneficio a sus niños. Considerando el efecto de la condición de alfabetismo de la madre sobre la lactancia, se ha encontrado, en Bolivia, correlaciones inversas con el nivel de instrucción, estando la mayor proporción de amamantamiento entre las mujeres analfabetas, hecho que pudiera estar conectado con la calificación escolar mínima demandada para la incorporación al empleo, que cada vez aumenta sus requisitos. Es decir, que en tanto la madre no es instruida, permanece mayor tiempo en la casa y puede (o debe) mantener la lactancia durante un largo tiempo muchas veces, además, por la carencia de medios económicos para iniciar una dieta regular.

Estudios realizados por UNICEF (1986), para Bolivia, informan que las altas prevalencias de desnutrición en la edad del destete, tienen asociación con la lactancia, la misma que muestra

un comportamiento diferencial por regiones geográficas y áreas de población. Así, la dotación de leche materna en la ciudad de La Paz es de aproximadamente 11.5 meses; en Sucre 10.3 meses y en Trinidad 9.3 meses, siendo las mujeres que menos tiempo amamantan a sus hijos las de estratos medios y altos, con diferencias de 8.6 meses en los estratos bajos y 5.5 meses en los estratos altos. En cuanto al nivel de instrucción, las madres analfabetas o las que sólo han sido alfabetizadas, amamantan 12.4 meses a sus hijos, en tanto que las que tienen instrucción superior, lo hacen durante 5.2 meses (UNICEF, 1986), con lo que se deduce que la situación de la salud de los niños guarda dependencia directa con la situación particular de la mujer, como madre.

La lactancia materna cobra mayor importancia aún, cuando se comprende que los niños son seres humanos, unidades biopsicosociales complejas en pleno desarrollo y maduración que requieren, aparte de la satisfacción de sus necesidades biológicas, el complemento de un conjunto de gratificaciones emotivo-afectivas, que, inicialmente, se encuentran relacionadas con la lactancia como "...vínculo que mantiene la simbiosis afectiva madre-niño, además del equilibrio psicológico necesario para ambos, en su proceso de adaptación y socialización..." (Berg, 1973). En este sentido, privar al niño de la posibilidad de la lactancia supone que este no aproveche de los beneficios que le reporta el contacto corporal con su madre, en la estructuración de su personalidad.

Por tanto, los factores de riesgo de la mortalidad de la niñez y la situación y actitud de la madre van ligadas, no sólo en lo referido a los patrones reproductivos, biológicos y de subsistencia, sino también en la formación de actitudes, cosmovisión cultural, aspiraciones y expectativas.

## **2.- UN PAIS, SU GENTE Y SUS CIRCUNSTANCIAS**

Una de las limitantes más frecuentes para conocer la estructura y dinámica de la población boliviana, ha sido la escasez de información actualizada sobre todo porque, hasta el momento, los datos estuvieron referidos al Censo de Población y Vivienda de 1976 y sus proyecciones, siendo reciente el Censo 1992, que apenas ha proporcionado adelantos preliminares, que no discriminan la situación de la mujer ni de los grupos específicos de edad.

## 2.1.- ¿Quién es quien y cuál es el camino?

Las características de población y desarrollo de Bolivia, como elementos explicativos del potencial y situación del país, a partir de los recuentos preliminares del Censo 1992 (INE, 1992), informan de una población total de 6.344.396 habitantes, de los cuales 3.658.963 corresponden al área urbana y 2.685.433 al área rural (ver cuadro 3), observándose un descenso en la tasa de crecimiento de 2.20% en 1976 a 2.03% en 1992, lo que supone, para el futuro, una modificación en la estructura de edades de la población, en el sentido de disminución de los niños y jóvenes y aumento de la proporción de ancianos. Estos datos, permiten deducir que ante la paulatina reducción de la mortalidad infantil y la fecundidad, también se podrían esperar cambios sustanciales en la posición de la mujer, como componente de la sociedad.

En relación con la variable sexo, la estructura muestra proporciones de escasa diferencia entre los totales de hombres y mujeres, manteniéndose la proporción de mujeres ligeramente superior a la de los hombres ( 3.219.550 y 3.124.846, respectivamente), situación que se acentúa en las zonas urbanas y se invierte en las zonas rurales (ver cuadro 3). Sobresale, en los últimos datos, la tendencia que ha seguido en los últimos años la dinámica poblacional hacia la urbanización, con una inversión de los porcentajes de población urbana y rural, existentes hasta el censo de 1976 (ver cuadro 4).

La distribución de la población por edades, muestra una población todavía joven, lo que permite estimar un nivel de dependencia también elevado, estando la proporción mayor de jóvenes en las áreas rurales, tanto en hombres como en mujeres. La población mayor de 65 años es menos significativa en términos numéricos en ambas áreas, con una dominancia de población femenina en edad joven y productiva, característica que hace necesaria una especial consideración de la situación de la mujer y su influencia en la situación de los niños y jóvenes, dado que estos son aún la mayor parte de la población.

La información demográfica referida a la situación de la mujer en Bolivia, frecuentemente ha sido analizada y comparada con indicadores latinoamericanos, que sitúan al país dentro de la segunda etapa de la transición demográfica, por el ingreso tardío a la reducción de la fecundidad y la mortalidad, procesos que iniciaron descensos significativos a partir de la década de los años 1980. Esta transición, necesariamente se vincula con el análisis de la condición de la mujer, debido a que incorpora la variable fecundidad y sus variables intermedias.

## Cuadro 3

## BOLIVIA

POBLACION POR SEXO EN LOS CENSOS DE 1976 Y 1992,  
SEGUN DEPARTAMENTO Y AREA

Departamento y área	1976			1992 <sup>a</sup>		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total País...	4,613,486	2,276,029	2,337,457	6,344,396	3,123,846	3,219,550
Urbana	1,925,840	934,998	990,842	3,658,963	1,780,965	1,877,998
Rural	2,687,646	1,341,031	1,346,615	2,685,433	1,343,881	1,341,552
1. Chuquisaca...	358,516	173,598	184,918	451,722	220,238	231,484
Urbana	77,515	36,557	40,958	146,521	68,911	77,610
Rural	281,001	137,041	143,960	305,201	151,327	153,874
2. La Paz.....	1,464,078	719,758	745,320	1,883,122	927,675	955,447
Urbana	697,263	340,643	356,620	1,189,032	580,191	608,841
Rural	767,815	379,115	388,700	694,090	347,484	346,606
3. Cochabamba...	720,952	349,958	370,994	1,093,625	532,737	560,888
Urbana	272,100	129,300	142,800	561,170	265,922	295,248
Rural	448,852	220,658	228,194	532,455	266,815	265,640
4. Oruro.....	310,409	151,094	159,315	338,893	165,143	173,750
Urbana	158,615	77,537	81,078	222,532	108,328	114,204
Rural	151,794	73,557	78,237	116,361	56,815	59,546
5. Potosí.....	655,743	317,736	340,007	645,817	311,594	334,223
Urbana	188,298	90,952	97,346	219,647	106,210	113,437
Rural	469,445	226,784	242,661	426,170	205,384	220,786
6. Tarija.....	187,204	94,088	93,116	290,851	144,623	146,228
Urbana	72,740	35,763	36,977	159,841	77,388	82,453
Rural	114,464	58,325	56,139	131,010	67,235	63,775
7. Santa Cruz...	710,724	364,196	346,528	1,351,191	671,665	679,526
Urbana	374,605	182,956	191,649	969,372	477,301	492,071
Rural	336,119	181,240	154,879	381,819	194,364	187,455
8. Beni.....	168,367	86,882	81,485	251,390	130,283	121,107
Urbana	81,054	39,331	41,723	180,875	91,646	89,229
Rural	87,303	47,551	39,762	70,515	38,637	31,878
9. Pando.....	34,493	18,719	15,774	37,785	20,888	16,897
Urbana	3,650	1,959	1,691	9,973	5,068	4,905
Rural	30,843	16,760	14,083	27,812	15,820	11,992

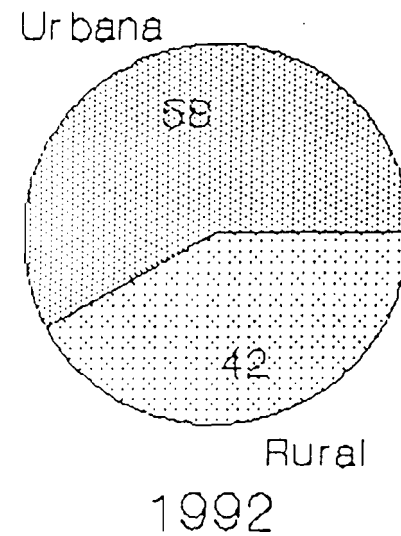
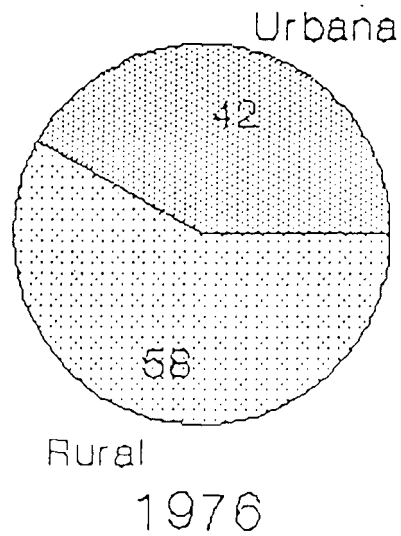
Fuente: INE, Bolivia 1992

<sup>a</sup> Datos preliminares.

### Cuadro 4

#### PORCENTAJE DE LA POBLACION POR SEXO EN LOS CENSOS DE 1976 Y 1992 SEGUN AREA

AREA	1976			1992(a)		
	TOTAL	Hombres	Mujeres	TOTAL	Hombres	Mujeres
TOTAL PAIS	100	100	100	100	100	100
Urbana	42	41	42	58	57	58
Rural	58	59	58	42	43	42



## **2.2.- La reproducción de la mitad femenina de la historia**

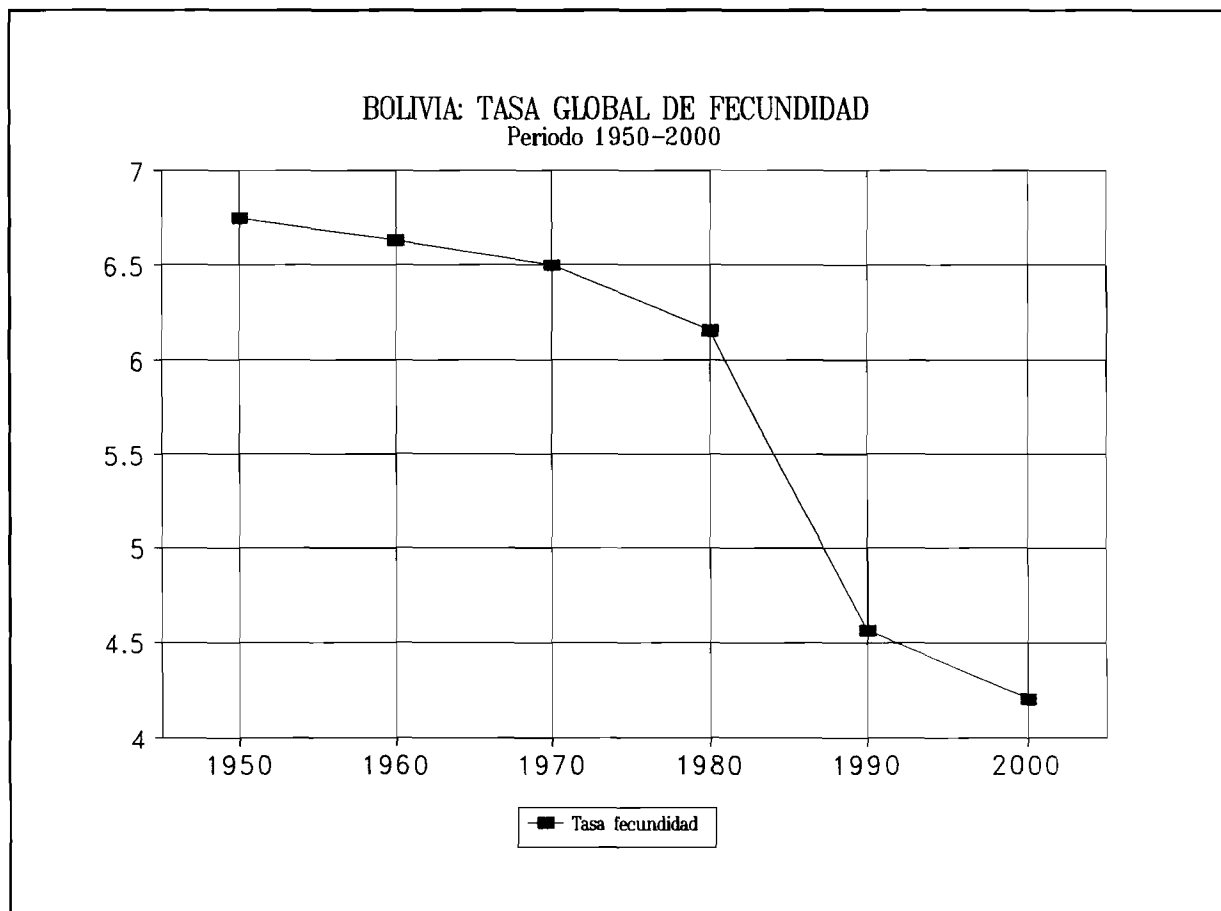
Las relaciones entre mujer, tasas de fecundidad y tasas de mortalidad de la niñez, son directas en el sentido de que aún cuando los indicadores de fecundidad estimados por CELADE (1991), han sido ascendentes en todos los períodos de análisis demográfico para Bolivia (ver gráfico 2), el crecimiento poblacional no ha sido proporcional a estas tasas, siendo este fenómeno influenciado por las también muy elevadas tasas de mortalidad infantil (ver gráfico 3), que condicionan bajas expectativas de vida para los menores de 5 años y para la población total. Precisamente, dada la alta mortalidad de la niñez y las necesidades de sobrevivencia y de trabajo de las mujeres, estas han ido considerando como positivo el hecho de tener la mayor cantidad posible de hijos que puedan reemplazar a los que fallecen, además, de asegurarse un respaldo para la vejez.

Guzmán et al (1991), en el documento presentado a la Conferencia Mundial de las Encuestas de Demografía y Salud afirman que, a nivel nacional, en Bolivia se mostró un descenso de la fecundidad desde 6.5 hijos por mujer en edad fértil en 1970 hasta 5 hijos entre 1985-90. Sin embargo, a nivel urbano, el descenso sostenido ya venía ocurriendo a partir de 1976, desde niveles superiores a 5 hijos por mujer hasta menos de 4 al final de la década del 80, estimándose una relativa baja urbana, entre 1970 y 1985, de 24.5%. En el área rural, el cambio alcanzó 16.0% y en nivel nacional a 21.2%. Diferencialmente por zona geográfica, el mayor cambio en la fecundidad estuvo dado en los llanos (26.1%), seguido por índices similares en altiplano y valles (20.6%).

Según la ENDSA-89 (INE-IRD, 1990), la fecundidad en Bolivia es similar en las tres regiones, siendo la fecundidad del altiplano la más baja, seguida de los llanos y los valles pudiendo deberse, las diferencias aparentes, a la mayor proporción de población rural en los valles respecto del altiplano y a la mayor población urbana en los llanos (ver cuadro 5). En esta misma fuente, se observa que el promedio de los hijos tenidos por mujeres de 40-49 años, es mayor en el área rural, llano y mujeres sin instrucción. Al respecto, las mujeres del área rural, en las edades de referencia, alcanzan una tasa global de fecundidad de 2.2 hijos más que las de las áreas urbanas, quienes tienen una tasa de 4.8 hijos tenidos.

Es notoria la disminución de las tasas de fecundidad, a partir del ciclo intermedio, en relación con los niveles de instrucción básica y sin instrucción.

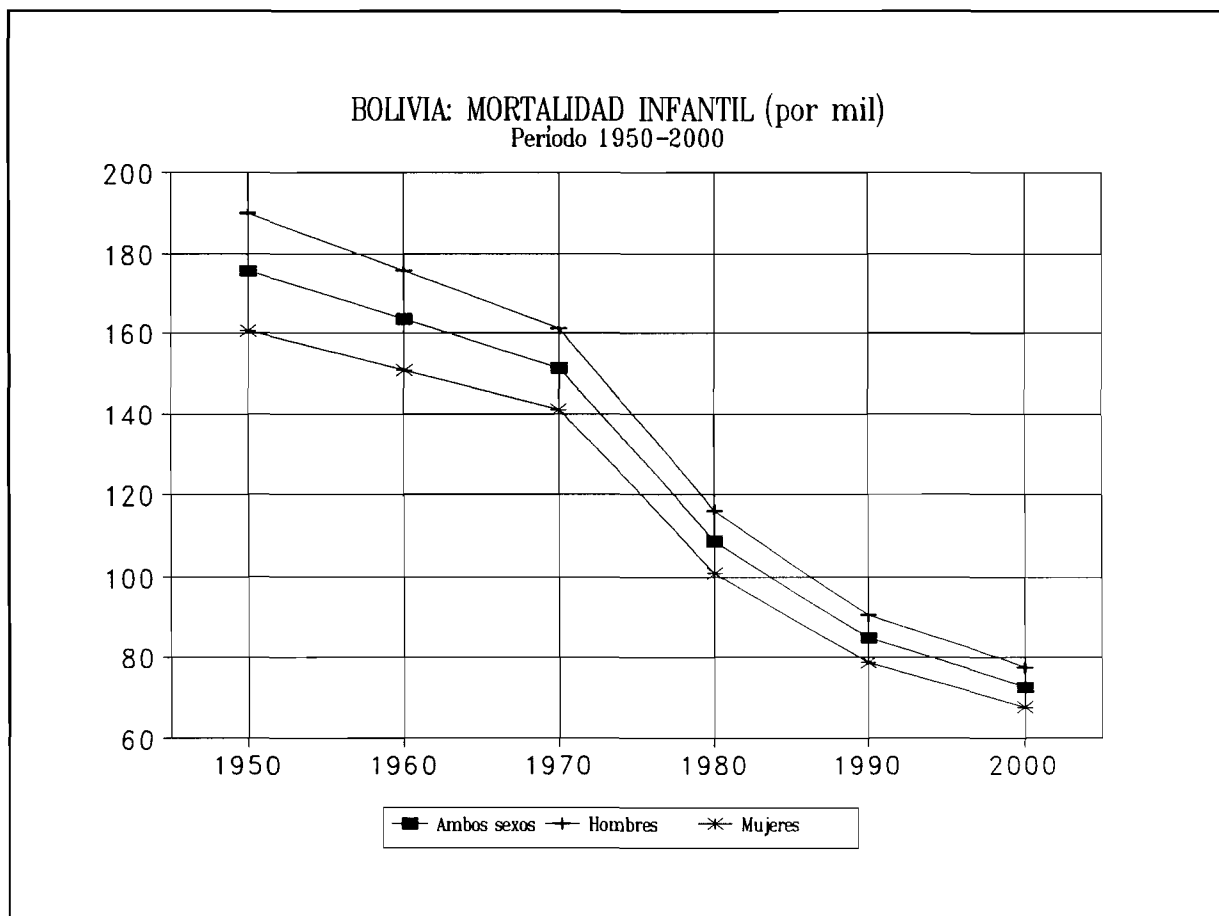
**Gráfico 2**



Años	Tasa global de fecundidad
1950	6.75
1960	6.63
1970	6.5
1980	6.15
1990	4.56
2000	4.2

FUENTE: ELABORACION PROPIA EN BASE A CELADE, BOLETIN DEMOGRAFICO # 48

**Gráfico 3**



Años	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1950	175.7	190.04	160.65
1960	163.61	175.76	150.85
1970	151.32	161.22	140.93
1980	108.6	115.97	100.86
1990	84.83	90.63	78.75
2000	72.53	77.32	67.5

FUENTE : ELABORACION PROPIA EN BASE A CELADE, BOLETIN DEMOGRAFICO # 48



Cuadro 5

BOLIVIA: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD EN EL PERIODO 1984-1989 Y PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS POR MUJER ENTRE LAS MUJERES DE 40 - 49 AÑOS, SEGUN CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LA MUJER, 1989

Características	Tasas Globales de Fecundidad	Promedio de Hijos Tenidos por Mujeres de 40 - 49 Años
Zona de Residencia		
Urbana	4,0	4,8
Rural	6,4	6,6
Región de Residencia		
Altiplano	4,8	5,4
Valles	5,2	5,8
Llanos	5,0	6,0
Nivel de Instrucción		
Sin instrucción	6,1	6,5
Básico	5,9	6,0
Intermedio	4,5	4,8
Medio o más	2,9	3,1
Total	4,9	5,6

Fuente: ENDSA, 1989

Así, es posible afirmar que desde la década de los años 1950, las tasas brutas de reproducción de las mujeres se mantiene descendente, por encima del nivel de reemplazo y siempre superior al promedio para Latinoamérica (ver cuadro 6). A pesar de esta tendencia general, nuevamente surgen diferenciales que reflejan la situación de la mujer, en el entendido que la fecundidad se muestra más elevada en el área rural que urbana, en poblaciones indígenas, con niveles bajos de instrucción y entre las mujeres de la categoría "inactivas", situación que puede deberse, en gran parte, a la escasa cobertura de centros educacionales en el área rural, pero también al tipo de contenidos que se imparten en la escolaridad formal, los mismos que oficialmente no han incluido aún aspectos de educación sexual ni de información para el control de la fecundidad.

Las diferencias en las tasas de fecundidad de las mujeres bolivianas, pudieran ser explicadas, en parte, por la distribución geográfica y los procesos de urbanización, que guardan relación, también, con los fenómenos de migración nacional e internacional.

Cuadro 6

CUADRO DEMOGRAFICO COMPARATIVO  
Latino América - Bolivia  
(años 1950 - 1990)

Indicadores	1950		1970		1990	
	Latino América	Bolivia	Latino América	Bolivia	Latino América	Bolivia
Nacimientos (miles)	7 314	138	10 516	209	12 295	262
Tasa Bruta natalidad	42.67	47.14	35.58	45.41	26.78	34.39
Tasa Global de Fecundidad	5.91	6.75	5.03	6.50	3.25	1.56
Tasa Bruta de reproducción	2.88	3.29	2.45	3.17	1.59	2.22
Muertes Anuales (miles)	2 264	70	2 873	87	3 170	70
Tasa Bruta Mortalidad	15.54	24.03	9.72	18.91	6.91	9.37
Esperanza de vida						
(Ambos Sexos)	51.78	40.44	61.24	46.74	68.10	61.14
Hombres	50.18	38.49	59.04	44.58	65.33	58.85
Mujeres	53.45	42.49	63.55	49.01	71.01	65.54
Mortalidad Infantil						
(Ambos Sexos) (miles)	126.50	175.70	81.63	151.32	47.64	84.83
Hombres	135.15	190.04	90.43	161.22	54.08	90.63
Mujeres	117.42	160.65	72.39	140.93	40.89	78.75
Crecimiento Natural (miles)	46.50	67	7 643	122	9 124	191
Tasa Crecimiento Natural (miles)	27.13	23.11	25.86	26.50	19.87	25.01
Migración (Tasa x mil)	0.60	-2.12	0.70	-1.78	-0.63	-133
Tasa Crecimiento Total (miles)	27.73	20.99	25.16	24.72	19.24	23.69

Fuente: Elaboración propia en base a CELADE, Boletín Demográfico N° 48

Entre otros determinantes que hacen del comportamiento reproductivo de las mujeres procesos distintos y particulares, ya se trate de la ciudad o del campo, del altiplano, de los valles o de los llanos, están los hábitos alimenticios y de higiene, las pautas de crianza, el uso de productos específicos del suelo, la influencia del lenguaje, los niveles de escolaridad, la calidad de vivienda y acceso a servicios básicos, el tipo de oferta de salud, la influencia de los medios de comunicación, el tipo de ocupación y niveles salariales, las expectativas de nupcialidad, aspiraciones de calidad de vida y motivaciones de realización personal, las mismas que requieren

de estudios específicos que faciliten la formulación de políticas y estrategias de desarrollo que consideren efectivamente a la mujer, al niño y sus circunstancias.

### 2.3.- El contorno de la fecundidad como factor de riesgo

Como los determinantes próximos de la fecundidad que afectan en Bolivia la exposición al riesgo del embarazo, Guzmán et al (1991), consideran el estado conyugal de las mujeres, la edad en que inician sus relaciones sexuales y la edad de la primera unión, junto a otras variables. Con base en la ENDSA-89, se afirma que la edad de la primera unión es cercana a los 20 años en todos los grupos de edades a nivel nacional, siendo la tendencia también similar en las zonas urbanas y rurales. Sin embargo, a nivel regional, se encuentra que la edad de unión más temprana se da en las mujeres de los llanos (18.8 años), seguida por la de las mujeres del altiplano (20.5 años) y la de los valles (21 años) (ver cuadro 7).

Cuadro 7

BOLIVIA: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL POR EDAD A LA PRIMERA UNION, Y EDAD MEDIANA A LA PRIMERA UNION ENTRE LAS MUJERES DE 25 AÑOS O MAS, SEGUN EDAD ACTUAL, 1989

Edad	Solteras	Edad a la Primera Unión						Total	Número de Mujeres	Edad Mediana
		Menos de 15	15-17	18-19	20-21	22-24	25 y +			
15-19	85,7	1,8	[8,5]	[4,0]	-	-	-	100,0	1682	-
20-24	42,7	5,1	18,7	16,9	[10,9]	[5,6]	-	100,0	1311	-
25-29	17,3	5,9	24,7	19,9	15,1	11,5	[5,5]	100,0	1341	20,0
30-34	8,3	4,9	23,0	21,5	15,9	13,8	12,7	100,0	1117	20,1
35-39	4,7	4,9	19,8	19,4	17,5	14,7	19,1	100,0	1073	20,6
40-44	4,3	5,0	17,7	19,9	17,7	16,5	18,9	100,0	740	20,7
45-49	4,1	5,9	23,7	16,7	15,2	13,3	21,1	100,0	659	20,3
Total	30,7	4,5	18,6	15,9	11,9	9,5	8,8	100,0	7923	20,3

Fuente: ENDSA, 1989  
 [ ] Experiencia incompleta  
 - No aplicado

El análisis cualitativo, al respecto, establece que las diferencias de ingreso tardío a la nupcialidad, sobre todo en la zonas urbanas, pueden deberse a la influencia de un nivel más alto en la instrucción y al tipo de inserción laboral de la mujer considerando, además, que en los llanos los patrones de nupcialidad apuntan a maximizar el potencial reproductivo de la mujer, así como un posible menor control social en la formación de las uniones, que son menos pautadas que en el altiplano y los valles, sobre todo por la influencia de los ayllus, que tienen tradición patriarcal.

Datos relativos a las características de nupcialidad de las mujeres bolivianas establecen que, el ingreso a la condición casada o conviviente, es predominante en las edades de 20-24 años y 25 a 29 años, con variaciones regionales en las zonas del altiplano, valle y llanos (The Pathfinder Fund, 1989), lo que lleva a suponer que una gran parte de las mujeres se casan o unen maritalmente en edades tempranas, lo que incrementa la susceptibilidad hacia embarazos numerosos y frecuentes hecho que, colateralmente, limitaría a las mujeres a mantenerse dentro de los niveles ascendentes de la escolaridad o como participante laboral extra hogar dado que le corresponde, como primera función, la maternidad, crianza y cuidado de los hijos. Sin embargo, un efecto positivo de estas uniones tempranas, pudiera ser el hecho de que las mujeres pueden mantener lazos afectivos sólidos con sus hijos, debido a la escasa diferencia de edades, que permite una mayor empatía en las relaciones interpersonales y la educación de los hijos. En las áreas rurales, las repercusiones favorables para la familia podrían estar relacionadas con el incremento de fuerza laboral y las posibilidades de desarrollo económico familiar, sobre todo si se toma en cuenta que, para lograr un determinado nivel de desarrollo sustentable, es necesario contar con la cantidad necesaria de población que ese crecimiento requiere, ya que aún cuando existieran numerosas riquezas y excelentes servicios de salud y educación, la escasez del sustento humano limitaría considerablemente las posibilidades de un desarrollo integral que permita a los habitantes vivir de una manera mejor y por mayor tiempo.

Considerando las poblaciones indígenas y la pérdida de vigencia del idioma nativo, estos autores encontraron que los cambios de actitudes y creencias e, incluso, la adopción de pautas características de otros grupos sociales tienen que ver, en gran medida, con un cambio generacional, mostrando una relación inversa con la edad y directa con la mayor participación en el sistema educativo y con la migración hacia ciudades.

En relación con los determinantes próximos de la fecundidad de las mujeres en Bolivia se detalla, en las aplicaciones del modelo Bongaarts (ENDSA, 1989), que los índices de anticoncepción muestran cifras mayores en los llanos, seguidos por los valles y finalmente por el altiplano. La lactancia y la abstinencia post parto son más altas en el altiplano, seguidas por los valles y los llanos (ver cuadro 2). Esta misma fuente, informa que los niveles de fecundidad son más significativos en los valles y llanos y menores en el altiplano, en tanto que las tasas de fecundidad natural se muestran más elevadas en los llanos que en el valle y el altiplano, siendo la fecundidad marital mayor en los valles que en el altiplano y los llanos (Guzmán, 1991). En relación al altiplano se ha estimado que, si bien esta es la región con menor prevalencia anticonceptiva, la reducción de la fecundidad natural se compensa con los períodos más prolongados de lactancia y abstinencia post parto, debido a que las mujeres amamantan a sus hijos durante un lapso mayor, tanto por condicionantes culturales (costumbres y tradiciones), como por limitaciones económicas y de información adecuada acerca de las prácticas anticonceptivas.

#### **2.4.- El poder de las costumbres**

Guzmán et al (1991), analizando la posibilidad de implicaciones culturales y costumbristas en los determinantes próximos de la fecundidad, indican que los datos obtenidos para las mujeres de los llanos pueden estar relacionados con "... una menor presión del medio, derivada de una organización social esencialmente individualista y centrada en la familia nuclear, que se ha orientado hacia una mayor reducción de la fecundidad, que sus congéneres del altiplano y los valles...". Estas diferencias guardan relación, además, con patrones de uniones más tempranas y períodos de lactancia más reducidos, los cuales aumentan el tiempo potencial de exposición al riesgo del embarazo, el mismo que también se relaciona con una mayor disposición al cambio, el conocimiento del idioma español y un contexto cultural menos influenciado por las creencias, normas y valores de la cultura indígena. Al respecto Cisneros (1975), ha señalado que en las culturas nativas, las prácticas anticonceptivas serían opuestas a las tradiciones morales y religiosas autóctonas de la sociedad global, razón que pudiera explicar por qué muchas mujeres se muestran reticentes al uso de los servicios de la salud, ante situaciones de alto riesgo, ya sea en el embarazo, parto o aborto espontáneo. Al respecto, es

dramático el conflicto que suelen presentar algunas mujeres, sobre todo del ámbito rural, al enfrentarse a un quirófano aséptico, rostros cubiertos por barbijos, aparatos sofisticados y desconocidos, practicantes, enfermeras y fármacos que no son elementos incorporados a la forma tradicional y natural de encarar la reproducción de la mujer. Esta situación, si bien presenta variaciones significativas de adaptación, de acuerdo con el nivel socioeconómico y cultural, mantiene rasgos conflictivos en las mujeres de todas las capas sociales, debido tanto a los requisitos de ingreso a centros hospitalarios, como al trato de los profesionales en salud quienes suelen constituirse, muchas veces, en generadores de ansiedad en base al poder del conocimiento que les otorga su formación. Es posible observar un trato de corte vertical hacia las mujeres que llegan a los centros de salud, siendo algunas de las expresiones de este fenómeno, el lenguaje poco claro con el que se pretende explicar el proceso salud-enfermedad, la forma en que se organiza la consulta (médico que interroga y mujer que responde), el tipo de interacción personal (de rasgos dependientes) y otros factores que corresponden a la práctica médica tradicional, aún persistente en una mayor parte de los centros asistenciales de salud en Bolivia y que guardan estrecha relación con la actitud de la mujer frente a la salud pública y el control de la salud de sus hijos y que regulan, de alguna manera, los deseos acerca del número de hijos, en base a la experiencia, gratificante o frustrante, de un parto, por ejemplo.

Considerando las expectativas sociales de las mujeres bolivianas, la ENDSA-89 afirma que el 36% de las mujeres casadas o unidas tienen como ideal la familia pequeña, con dos a tres hijos, (modelo occidental), lo cual parece contradictorio con las pautas ancestrales, que valoraban la mayor cantidad de hijos tanto por el beneficio social como económico, dada la alta prevalencia de mortalidad infantil. Estas expectativas parecen guardar relación con los procesos de creciente urbanización del país, que conducen a las mujeres a motivaciones familiares basadas en modelos transferidos de sociedades desarrolladas, que se convierten en ejemplos del nivel de vida, el mismo que se asocia a la cantidad de hijos por mujer, sobre todo porque la menor cantidad de hijos supone, entre otras cosas, que la mujer tenga liberado un tiempo que puede ser dedicado a su propia formación y superación: adquirir una profesión, realizar deporte, crear arte y disfrutar mejor de su relación de pareja, a la vez que su función de madre y educadora, se hace más eficiente y valorable en la sociedad.

## **2.5.- La mitad dominante de la población boliviana**

Aún cuando el índice de masculinidad en Bolivia se ha mantenido estable (99 en 1959 y 98 en 1990), siendo relativamente mayor la proporción de mujeres sobre hombres, es posible observar que las estructuras políticas, legales, institucionales, recreativas y otras, tienen características esencialmente masculinas porque, aún cuando se han observado cambios en el comportamiento de los hombres en relación con la crianza y el cuidado de la salud de los niños, al momento, todavía el encargo social predominante en el control de la salud, enfermedad y muerte de los niños, es delegado a la mujer, en todos los estratos sociales y con variaciones específicas relacionadas con escolaridad, ingreso económico, status social y otros.

## **2.6.- Caminante, parece que hay más camino, para andar**

En relación con la esperanza de vida de las mujeres, se observa una evolución, entre 1950 y 1992, desde 43 años hasta 66 en 1990, mostrando un comportamiento más elevado que en los hombres que alcanzan, respectivamente para los mismos años, 39 y 59 años (ver gráfico 4). Estos indicadores, ligados a los del descenso de la fecundidad e incremento de mano de obra femenina, muestran que las mujeres cada vez están viviendo más, pueden cuidar mejor a una menor cantidad de hijos, dedicar menos tiempo al hogar y trabajar en ocupaciones más calificadas, a la vez de integrarse a una variedad de actividades sociales, antes prohibitivas para ella.

## **2.7.- Partir, quedarse o volver...**

La migración a nivel nacional, CELADE (1991), estima que entre 1959 y 1990, las tasas de migración, en Bolivia, fueron negativas variando, entre -2.12 por mil en 1950 y -1.33 por mil en 1990 (ver gráfico 5), mostrando un comportamiento emigratorio creciente calculado desde 30.000 personas durante 1950-55, hasta 400.000 en 1980-85 (OPS, 1990), estimándose que los mayores flujos hacia el extranjero se dirigen hacia Argentina y Brasil (aproximadamente 675.000 emigrantes), siendo las características emigratorias internas del campo a la ciudad y del altiplano hacia los llanos (oriente y valle alto), posiblemente por razones que involucran aspectos laborales y fenómenos sociales tales como el incremento de la producción de la coca y la relocalización de trabajadores de sectores productivos como la minería, entre otras. Respecto de la migración,

Calderón (1979), afirma que los principales lugares de destino emigratorio son las ciudades de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, siendo especial el papel de la mujer por cuanto de su decisión de emigrar o no, depende la situación de su familia, especialmente de sus hijos. Si se queda en el campo, debe asumir el papel de principal agente de producción y reproducción en la unidad familiar; si emigra, está sometida a una explotación en las labores menos cotizadas de la ciudad y del sector terciario, junto a sus hijos.

Datos preliminares del Censo de Población y vivienda (INE, 1992), estiman que el Departamento de La Paz es el mayor expulsor de población desde las áreas rurales estando, el 60% de la población migrante, compuesta por mujeres. Aún cuando no se encuentra documentado el problema de la migración, es posible afirmar que las mujeres estuvieron involucradas en los fenómenos tanto de migración nacional como internacional, no sólo como compañeras de los hombres que modificaban su residencia habitual, o ante el incremento de la oferta laboral, sino como efecto de convertirse en jefas de hogar, ya sea por abandono del cónyuge, fallecimiento del mismo u otro tipo de determinantes familiares y sociales que le delegaban la responsabilidad familiar.

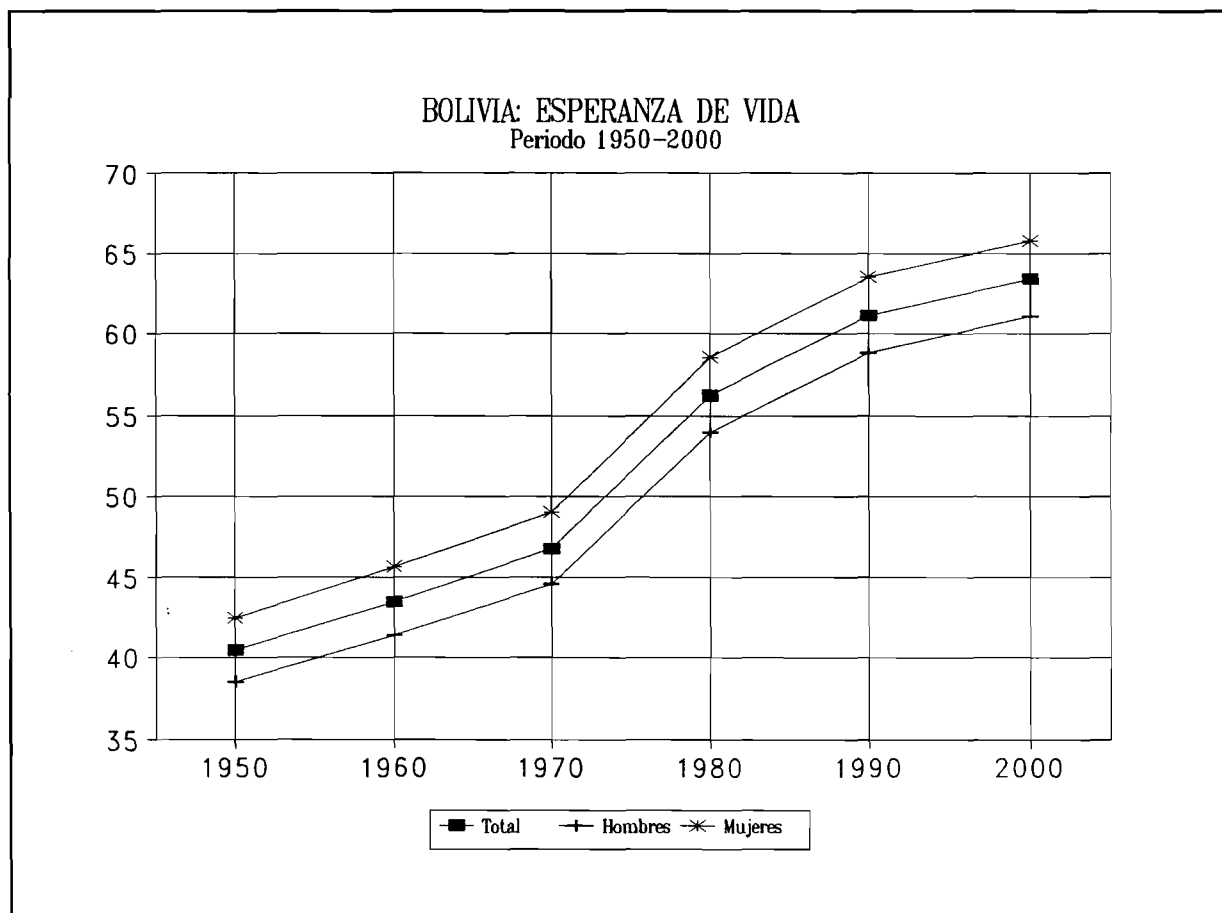
## **2.8.- Del polvo, al polvo de los vientos**

Los indicadores de mortalidad muestran, para la población boliviana, según CELADE (1991), tasas brutas de mortalidad descendentes, desde 24 por mil en 1950 a 9.4 por mil, en 1990, (ver gráfico 6), estando aún por encima del promedio para Latinoamérica (ver cuadro 7). Analizando la transición que ha sufrido esta variable, es posible observar un descenso constante y significativo que guarda relación con los indicadores de incremento relativo en la educación formal, los servicios de salud, el control de la fecundidad, el mejoramiento de la vivienda y la modificación en la calidad de vida, sobre todo de las mujeres de los estratos medio y alto, las cuales muestran mayor aporte diferencial en la disminución global de la mortalidad.

En relación con la mortalidad global, la Organización Panamericana de la salud (1990), registra como principales causas de muerte en Bolivia las enfermedades infecciosas, parasitarias y nutricionales asociadas con la pobreza, el medio ambiente insalubre y las condiciones de vida inadecuadas. Lugares de importancia ocupan, también, la tuberculosis y las enfermedades inmunoprevenibles, además de las del aparato circulatorio (ver cuadro 8).



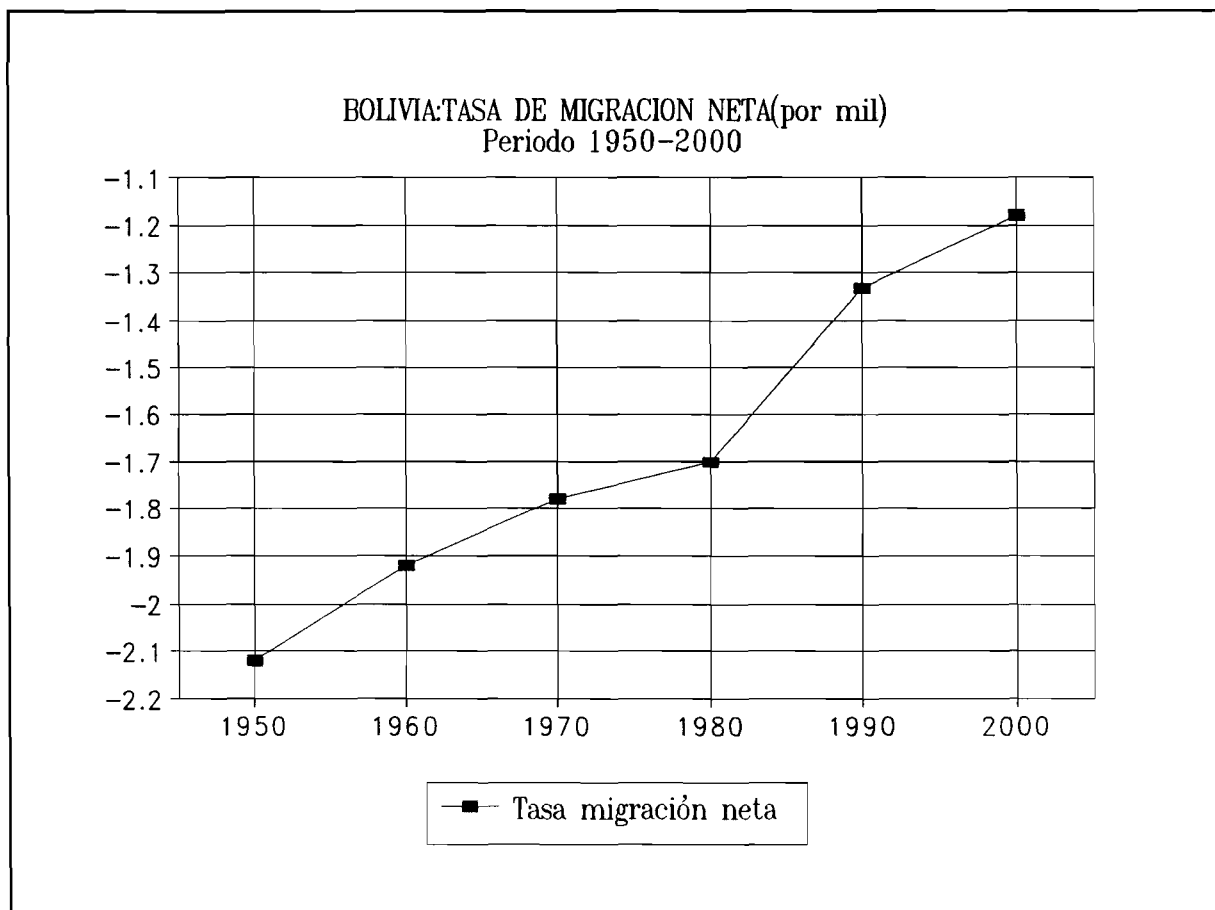
**Gráfico 4**



Años	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1950	40.44	38.49	42.49
1960	43.45	41.39	45.61
1970	46.74	44.58	49.01
1980	56.22	54	58.55
1990	61.14	58.85	63.54
2000	63.39	61.07	65.82

FUENTE: ELABORACION PROPIA EN BASE A CELADE, BOLETIN DEMOGRAFICO # 48

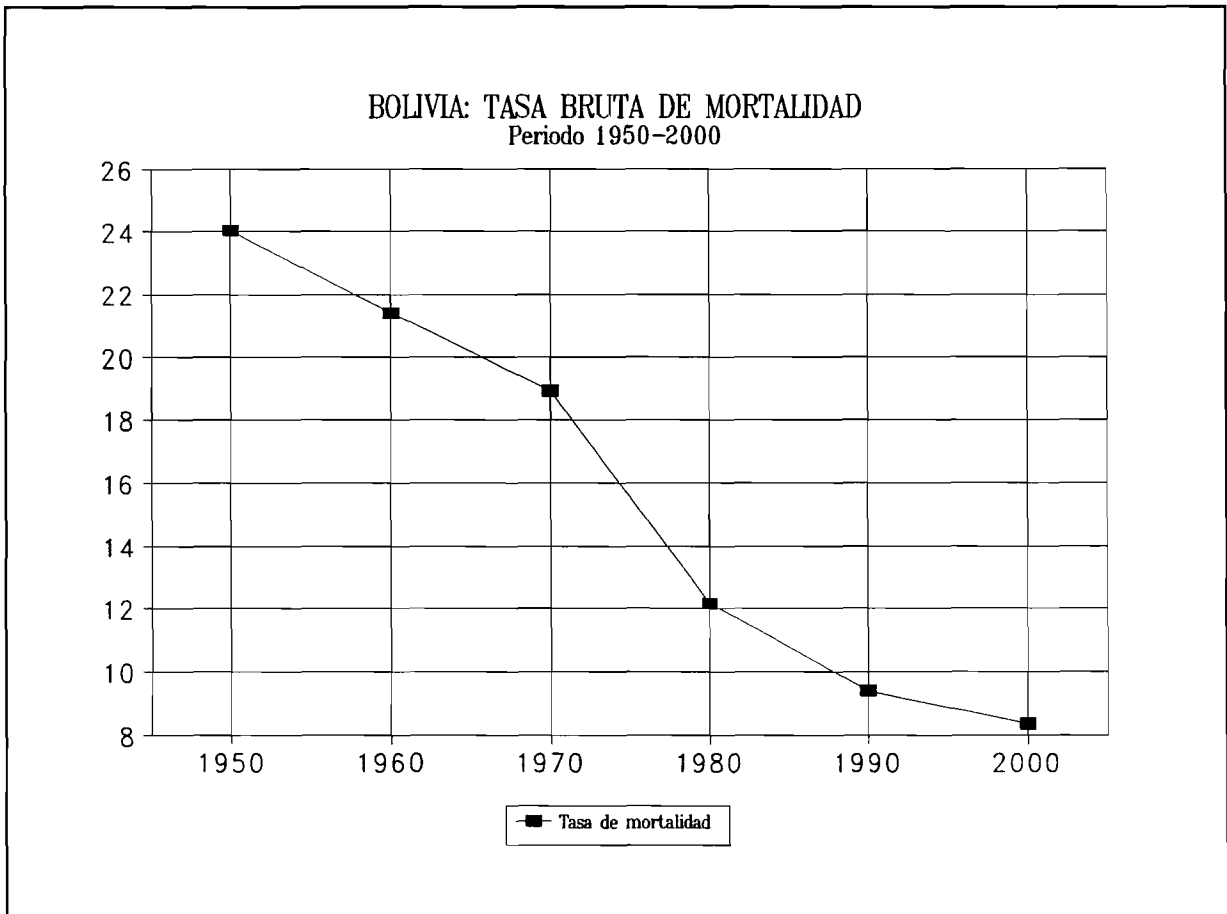
### Gráfico 5



Años	Tasa migración neta
1950	-2.12
1960	-1.92
1970	-1.78
1980	-1.7
1990	-1.33
2000	-1.18

FUENTE: ELABORACION PROPIA EN BASE A CELADE, BOLETIN DEMOGRAFICO # 48

**Gráfico 6**



Años	Tasa bruta de mortalidad
1950	24.03
1960	21.41
1970	18.91
1980	12.19
1990	9.37
2000	8.35

FUENTE: ELABORACION PROPIA EN BASE A CELADE, BOLETIN DEMOGRAFICO # 48

CUADRO 8

Estructura porcentual de la mortalidad registrada según causas, Bolivia, 1980-1881.

CAUSA DE DEFUNCION	%*
Enfermedades infecciosas y parasitarias (001-139)	23,9
Infecciosas intestinales (001-009)	10,6
Tuberculosis (010-018)	4,8
Inmunoprevenibles (tos ferina, poliomelitis, difteria, fiebre amarilla, sarampión, tétanos)	4,7
Angina estreptocócica, escarlatina y erisipela (034, 035)	1,6
Septicemia (038)	0,9
Tifus epidémico transmitidos por piojos (080)	0,3
Paludismo (084)	0,3
Tripanosomiasis (086)	0,4
Tumores (140-239)	4,0
Estómago (151)	0,4
Hígado (155)	0,3
Tráquea, bronquios, pulmón (162)	0,2
Mama, útero y cuello de útero (174, 179, 180, 182)	0,6
Próstata (185)	0,1
Leucemia (204-208)	0,2
Diabetes (250)	0,5
Deficiencias nutricionales (260-269)	0,1
Anemias (280-285)	1,2
Trastornos mentales (290-319)	1,5
Síndrome de dependencia del alcohol (303)	0,6
Enfermedades del sistema nervioso (320-359)	1,6
Meningitis (320-322)	0,7
Epilepsia (345)	0,2
Aparato circulatorio (390-459)	19,5
Enfermedad hipertensiva (401-405)	0,5

CUADRO 8 (Continuación)

Estructura porcentual de la mortalidad registrada según causas, Bolivia, 1980-1981.

CAUSA DE DEFUNCION	%*
Infarto agudo del miocardio (410)	1,4
Circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón (415-429)	12,4
Cerebrovasculares (430-438)	2,9
Aterosclerosis (440)	0,8
Aparato respiratorio (460-519)	14,0
Laringitis y traqueítis agudas (464)	0,5
Bronquitis y bronquiolitis agudas (466)	0,5
Neumonía (480-486)	10,1
Influenza (487)	0,7
Bronquitis crónica y no especificada, enfisema y asma (490-493)	0,9
Aparato digestivo (excluida cavidad bucal) (530-579)	8,6
Úlceras (531-533)	0,2
Obstrucción intestinal sin mención de hernia (560)	0,9
Cirrosis (571)	1,5
Colelitiasis y colecistitis (574-575)	0,2
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis (580-589)	1,6
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio (630-676)	1,5
Aborto, hemorragia del embarazo y del parto (630-641, 666)	0,3
Parto normal (650)	1,0
Anomalías congénitas (740-759)	0,5
Afecciones originadas en el período perinatal (760-779)	7,4
Crecimiento Fetal lento, desnutrición e inmadurez (764-765)	1,1
Hipoxia, asfixia y otras afecciones del recién nacido o feto (768-770)	3,8
Accidentes, efectos adversos y violencia (E800-E999)	9,8
Accidentes de vehículo de motor (E810-E819)	1,3
Accidentes por factores naturales y ambiente (E900-E909)	0,4

## CUADRO 8 (Continuación)

Estructura porcentual de la mortalidad registrada según causas, Bolivia, 1980-1881.

CAUSA DE DEFUNCION	% <sup>a</sup>
Ahogamiento y sumersión accidentales (E910)	0,5
Accidente causado por proyectil de arma de fuego (E922)	0,5
Suicidio (E950-E959)	0,2
Homicidios (E960-E969)	0,4
Lesiones que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas (E980-E989)	4,3
Otras causas mal definidas	4,4

Fuente: OPS, 1990

<sup>a</sup> Los porcentajes se calcularon en relación con el total de defunciones por causas bien definidas.

### 2.9.- Los ángeles se van al cielo

En cuanto a la mortalidad infantil y de la niñez en Bolivia, se informa que, en comparación con otros países de América Latina, se ubica aún entre las más altas (ver gráfico 7), con características de subestimación de la mortalidad infantil y sobreestimación de la mortalidad post-infantil, sobre todo por razones de mala declaración de edad de las madres (redondeo de la fecha de muerte a un año, siendo menor) o registros inadecuados. A nivel global se estima, además, que entre 1955 y 1986, uno de cada diez niños, moría antes de cumplir un año (Ledo, 1991).

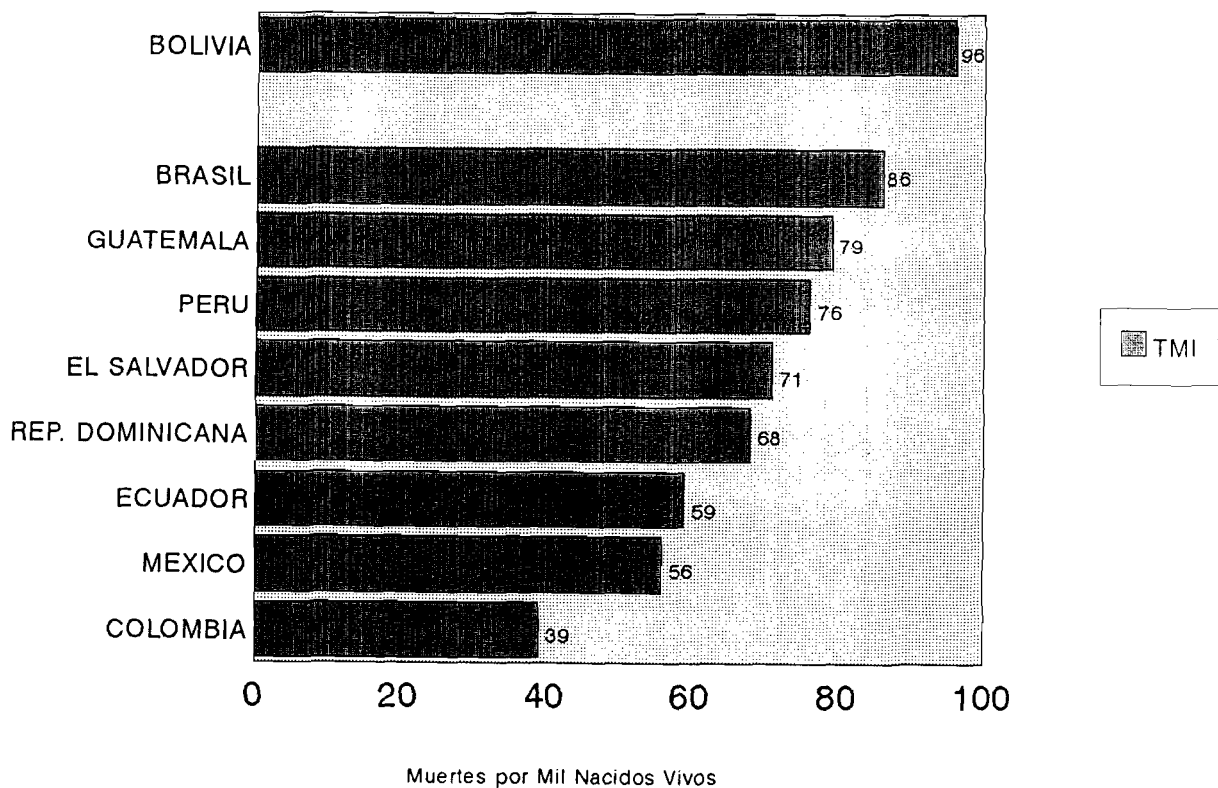
Específicamente la mortalidad infantil, tanto para hombres como para mujeres, muestra, según CELADE (1991), un comportamiento descendente desde 176 por mil en 1950, hasta 85 por mil en 1990, siendo mayor en los hombres que en las mujeres, en las cuales se aprecian tasas descendentes de 161 por mil en 1950, a 79 por mil en 1990, (ver gráfico 8). En todos los períodos, estas tasas se muestran superiores a las de Latinoamérica (ver cuadro 6), siendo las tasas de mortalidad infantil mayores en las áreas rurales que urbanas y más significativas en los valles (hasta 135 por mil), que en el altiplano y los llanos (ver gráfico 9). Las diferencias regionales pudieran guardar relación con variaciones alimenticias, prácticas tradicionales de salud, riesgos ambientales, actitud materna ante el cuidado de los niños y aún escasez de

información oportuna y fidedigna.

En relación con la mortalidad neonatal (CELADE, 1991) informa que durante el primer mes de vida, en los departamentos de Cochabamba y Santa Cruz, esta representaba más del 50% de las muertes de menores de un año, en tanto que en la ciudad de La Paz, apenas alcanzaba a 20% del total de las muertes de menores, lo cual permite deducir que los mayores riesgos y el menor control del proceso salud-enfermedad del binomio madre-niño, durante los 7 primeros días, se presentan en las zonas de valles y llanos.

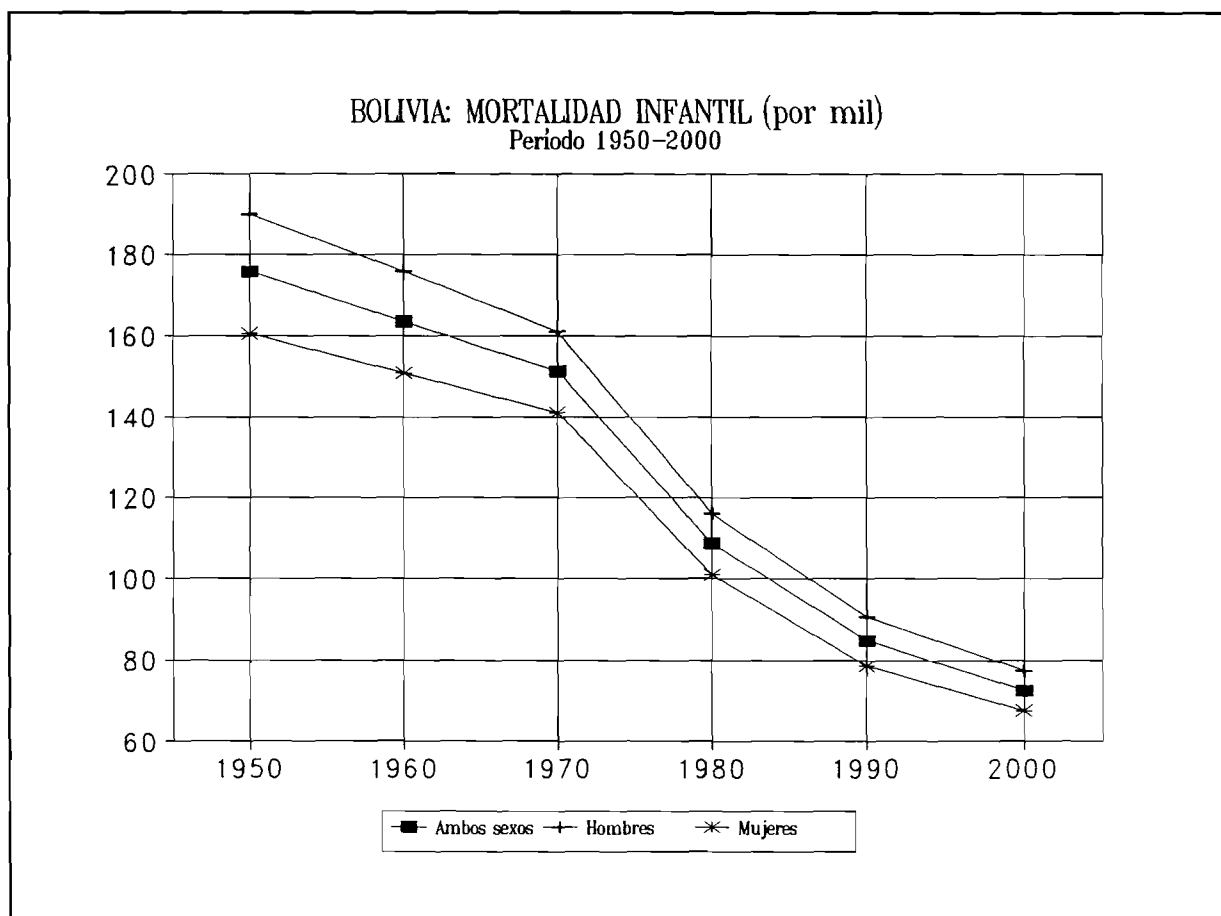
La mortalidad post neonatal en Bolivia muestra que, hasta los 11 meses cumplidos, el mayor porcentaje de fallecimientos se ubica en la ciudad de La Paz (80% de las registradas en menores de un año), siendo los porcentajes para Cochabamba y Santa Cruz de 48% y 50%, respectivamente.

Gráfico 7  
Mortalidad Infantil en Varios  
Países de América Latina



Fuente: ENDSA, 1989

**Gráfico 8**

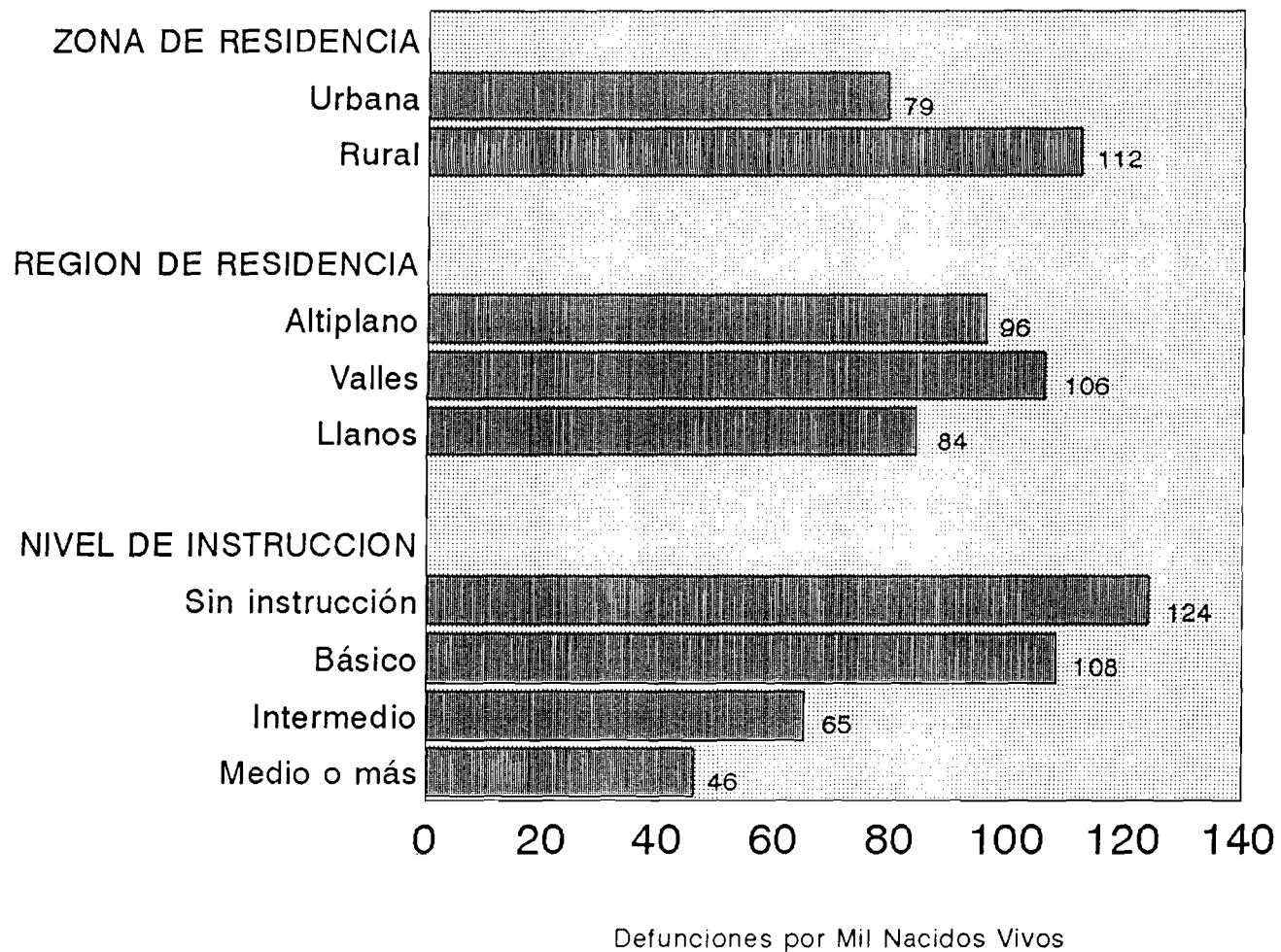


Años	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1950	175.7	190.04	160.65
1960	163.61	175.76	150.85
1970	151.32	161.22	140.93
1980	108.6	115.97	100.86
1990	84.83	90.63	78.75
2000	72.53	77.32	67.5

FUENTE : ELABORACION PROPIA EN BASE A CELADE, BOLETIN DEMOGRAFICO # 48



Gráfico 9  
Mortalidad Infantil del Período 1979-89  
Según Características de la Madre



## **2.10.- Los tentáculos mas crueles de la muerte, afectan la supervivencia de los niños**

El perfil epidemiológico de la mortalidad de la niñez, según el Ministerio de Previsión y Salud Pública y la OPS/OMS (1983) muestra que, entre las primeras causas de defunción en menores de 3 años, se encuentran las infecciones intestinales y respiratorias, las mismas que son responsables de más del 60% de las defunciones en esas edades y se asocian a las condiciones de pobreza. Como segunda causa se considera la tuberculosis, la misma que se incrementa a partir de los 24 meses de edad, guardando relación con el tipo de nutrición y riesgo ambiental. En estos casos, la inserción laboral de los padres pudiera ser relevante por cuanto la distribución de la tuberculosis muestra significativa incidencia, por ejemplo, en las regiones mineras, en las cuales el ambiente es poco salubre y los niños se encuentran sujetos a polvo y desechos minerales que suelen ser ingeridos con los alimentos, dados los hábitos poco cuidadosos de higiene y la inadecuada dotación de agua potable y servicios públicos.

La tercera causa de muerte está constituida por afecciones en el período perinatal relacionadas con la calidad, cobertura de servicios y tipo de personal de salud. Es decir que, una significativa parte de los niños que mueren alrededor del nacimiento, no sobreviven por la ausencia de asepsia en el momento del parto, la distancia hacia los centros asistenciales, la ausencia de fármacos imprescindibles o la capacitación limitada del personal de salud, entre otros factores.

En cuanto a la información proporcionada estimaba, para 1980 y 1981, una cobertura de 30% en el registro de la mortalidad general y un subregistro de 70%, siendo el subregistro de la mortalidad infantil de 79%. Es decir que, de cada 5 muertes de menores de un año, sólo se registraba 1. Para 1990 se estimaba una reducción de los registros de cobertura, la misma que no ha sido cuantificada, debido a que las encuestas de población sólo cubren información acerca de edad, sexo y departamento en que ocurrió la muerte, no pudiendo obtenerse tasas específicas por edad y causa, debido a la ausencia de denominadores.

En el período citado, la misma fuente, indica que 34.3% de las defunciones ocurrió en menores de un año y 15,4% en el grupo de 1 a 4 años, siendo las muertes para las edades de 65 años y más, una cantidad menor a sólo la del primer año (22.4%).

En 1981, las defunciones de la niñez, por causas mal definidas, representaron el 15.7% del total de la mortalidad registrada, revelando problemas de calidad en la certificación de la

causa de muerte, dato que se suma a la posibilidad de un porcentaje de muertes, no declarado. Las enfermedades infecciosas y parasitarias, las deficiencias nutricionales, las anemias, enfermedades respiratorias y complicaciones del embarazo, parto y puerperio, representaron el 41% del total de muertes registradas, siendo el 21% del total de la mortalidad, las infecciones intestinales (diarrea) y la neumonía. Las muertes por causas externas de traumatismos y envenenamientos representaban, apenas, el 10%. Según la COBREH (1984), la distribución de la mortalidad infantil es dispar y más elevada en el área rural o en las localidades pequeñas (generalmente desprovistas de los servicios mínimos de apoyo al cuidado de los niños), en el altiplano, los valles y las montañas, presentándose como menor en los llanos y las zonas urbanas.

Los datos citados permiten apreciar que, alrededor del 50% de las defunciones de la niñez, se deben a enfermedades que guardan relación con deficiencias ambientales y cuidado materno, además de deficiencias nutricionales y ausencia de conocimientos básicos, factores todos que se relacionan con las condiciones de pobreza de gran parte de la población femenina de Bolivia, la misma que se encuentra ubicada en las áreas rurales y en los cordones periféricos de las ciudades principales, con escasas posibilidades de intervenir positivamente en el control de la enfermedad y mortalidad de sus hijos. Así, las diferencias encontradas en la mortalidad de la niñez, se muestran asociadas con el nivel de instrucción de la madre, el grado de urbanización de los poblados en que vive el binomio madre-niño, el estrato socioeconómico al que pertenecen, la calidad de la vivienda y el idioma hablado por la madre.

Según informes del Hospital del niño de la ciudad de La Paz (1987), el 44.8% de los niños fallecidos en este centro, mostraban algún grado de desnutrición, siendo las asociaciones más intensas con los pacientes con grado III, en quienes la mortalidad era 3 veces mayor que entre los desnutridos de grado I, y 4 veces mayor que en los no desnutridos.

Según la ENSA-89, las mayores incidencias de diarrea, se dan alrededor del primer año, siendo más significativas en las mujeres, los llanos y entre las madres con instrucción básica o sin instrucción (ver cuadro 9). Se informa, también, que las enfermedades diarreicas agudas han aumentado entre 1985-89, siendo aún de las primeras causas de muerte entre los menores de 1 año y preescolares, estimándose que un niño menor de 5 años presenta entre 9 y 12 episodios diarreicos al año. En cambio, se refiere la disminución de incidencia en la poliomielitis, la tos

ferina y el tétanos, debido a la prioridad que el Ministerio de Salud ha concedido a la lucha contra esas enfermedades.

**Cuadro 9**

**BOLIVIA: ENTRE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, PORCENTAJE QUE HA TENIDO UN EPISODIO DE DIARREA EN LAS ULTIMAS 24 HORAS O EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS, SEGUN CARACTERISTICAS DEL NIÑO Y DE LA MADRE, 1989**

Características del niño y de la madre	Porcentaje con Episodios de diarrea		Número de niños
	En las Ultimas 24 horas	En las Ultimas 2 Semanas	
<b>Edad del Niño (en meses)</b>			
Menos de 6	15,7	23,6	513
6 a 11	23,4	39,4	572
12 a 17	26,7	42,8	573
18 a 23	22,5	40,0	535
24 a 59	10,6	21,6	2999
<b>Sexo del Niño</b>			
Masculino	15,4	27,4	2601
Femenino	15,7	28,6	2590
<b>Zona de Residencia</b>			
Urbana	16,0	28,1	2545
Rural	15,1	27,9	2646
<b>Región de Residencia</b>			
Altiplano	16,4	27,0	2610
Valles	14,1	28,9	1435
Llanos	15,4	29,2	1146
<b>Nivel de Instrucción</b>			
Sin Instrucción	16,2	28,7	1068
Básico	16,3	30,5	2369
Intermedio	16,5	27,1	709
Medio o más	12,4	22,2	1045
<b>Total</b>	<b>15,5</b>	<b>28,0</b>	<b>5192</b>

Fuente: ENDSA, 1989

## **2.11.- Algunos aliados íntimos de la mortalidad que ponen en riesgo a los niños**

Entre las asociaciones frecuentes de la mortalidad de la niñez, como manifestación de la pobreza, se encuentra el bajo peso al nacer. A pesar de que existe escasa información acerca de este determinante, se cuenta con datos remitidos por la Unidad Sanitaria de Cochabamba (1988), la cual informó, durante 2 años consecutivos, una proporción cercana al 5% de niños prematuros con bajo peso al momento del nacimiento, que fallecieron. En la ciudad de La Paz, las prevalencias de bajo peso al nacer, fluctuaban entre 14% y 17% (INNAN y UNICEF, 1987), estando relacionadas con cuadros de desnutrición. Esta fuente afirma que la desnutrición existe sobre todo en las primeras edades de la vida, siendo la prevalencia en el grupo de 1 a 6 años, de 47% en el área rural y de 57% en el área urbana. Las diferencias entre las áreas urbana y rural, podrían deberse al tipo de alimentos que se consumen en cada una de ellas, estando la alimentación urbana más orientada a pautas de consumo vistosas y publicitadas, que de calidad nutritiva, en tanto que los niños del área rural se nutren de productos no muy elaborados y de alta calidad proteínica (maíz, quinua, tarwi, soya, etc.).

En general, considerando las causas de la mortalidad de la niñez, se observa que la mayor cantidad de defunciones en menores de 5 años, se debe a causas de tipo exógeno, es decir, que podrían ser prevenidas y controladas económica, social y culturalmente con base en una salud pública adecuada, que permita erradicar y reducir los riesgos a través del mejoramiento de la situación de la mujer, que repercuta en el mejor uso de vacunas, saneamiento ambiental, educación y otras.

Las asociaciones entre el nivel de fecundidad de las madres y las tasas de mortalidad de los menores de 5 años, se encuentran inversamente relacionadas con el nivel socioeconómico de la madre. Así, las de las áreas rurales tienden a tener mayor cantidad de hijos y, estos, una mayor mortalidad. Parecida situación se presenta con las mujeres que sólo hablan idioma nativo (ver gráfico 1).

Las encuestas nacionales de salud para Bolivia (ENDSA, 1990) estableciendo correlaciones entre tasas de mortalidad infantil, paridad, condición de alfabetismo y nivel socioeconómico de la mujer, encontraron que el número de hijos que tiene una madre afecta las oportunidades de supervivencia de los niños, inclusive de manera independiente al nivel socioeconómico, observándose que, cuanto más corto es el intervalo intergenésico, menores son

las posibilidades de sobrevivencia que tiene el infante (Palloni y Millman, 1985). Esta situación resulta evidente cuando se piensa en las mujeres que llegan a tener hasta 7 hijos, debiendo dividir, entre ellos, una misma cantidad de recursos económicos, de cuidados higiénicos, de alimentación, de aprestamiento psicomotor, de apoyo afectivo y otro tipo de dedicaciones que se espera la madre entregue a los niños. Evidentemente, si los insumos económicos y sociales que respaldan a la madre son suficientes, el problema se simplifica porque ella no requiere de largas jornadas laborales para solventar la familia, pudiendo contar con el apoyo de empleadas, niñeras y especialistas en el desarrollo y crecimiento de los niños; sin embargo, cuando la cantidad de hijos supera las posibilidades económicas y sociales de la madre, la calidad del cuidado por cada hijo disminuye, aumentando los riesgos de morbilidad y mortalidad para los menores dado que, la madre sola, (o con la colaboración del cónyuge) no alcanza a ejecutar las modificaciones alimentarias necesarias para cada edad de los niños, ni a controlar debidamente los hábitos de higiene de cada uno de ellos, ni a brindarles todo el apoyo afectivo que cada uno requiere, abriendo paso a una serie de riesgos evitables a menor cantidad de hijos. En estos casos, es posible comprender las relaciones cotidianas entre situación de la mujer, fecundidad y mortalidad de la niñez. Al parecer, las crecientes expectativas de consumo y mejoramiento de calidad de vida que se publicitan a través de los medios de comunicación, podrían operar como estímulos indirectos para el control de la fecundidad, sobre todo en las mujeres que tienen acceso a aparatos de radio, televisión y/o medios gráficos.

En relación con los riesgos reproductivos de la mujer y la mortalidad de la niñez CELADE (1982), indica que el grupo de mujeres en edad fértil, al tener altos índices de fecundidad, también se vé expuesto a riesgos de reproducción agravados por factores socioeconómicos, culturales y ambientales tales como la baja cobertura en la atención del embarazo, parto y puerperio, a la cual se atribuye el 50% de los fallecimientos. Según el Ministerio de Previsión y Salud pública de Bolivia (1975), sólo el 6.5% de los registros hospitalarios otorgaba atención prenatal y de parto, estimándose que una parte de las muertes fueron debidas al aborto y sus complicaciones, representando el 60% de los gastos hospitalarios gineco-obstétricos (CELADE, 1975). Al respecto, es posible que la situación de ilegalidad que tiene el aborto en el país, influya en los gastos que resultan de las interrupciones inducidas del embarazo, las mismas que deben ser completadas, hospitalariamente.

Debido a que la legislación boliviana reconoce solamente dos tipos de aborto legal: el terapéutico (que pone en peligro la salud y la vida de la madre) y el eugénico (como consecuencia de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro e incesto), es posible pensar que la sanción al aborto inducido produciría un subregistro de los abortos, sobre todo en las zonas rurales y en las urbano-populares, donde las estadísticas vitales no reflejan la verdadera situación de este problema, tanto por condicionantes económicos como psicológicos y sociales, ligados a temores de las mujeres hacia la sanción legal y/o desaprobación social.

Las relaciones de la mortalidad de la niñez presentan también relaciones inversas con las condiciones de escolaridad y el área de residencia (ver cuadro 10), siendo la mortalidad infantil y de la niñez, mayor en mujeres poco instruidas y de residencia rural. La tasa de mortalidad infantil, entre las mujeres que alcanzan el nivel medio, es de 46 por mil en tanto que, la de las sin educación, alcanza a 124 por mil (casi tres veces más). Se deduce, también, que cuanto menor es el nivel de escolaridad de la madre, mayor es la probabilidad de que el hijo fallezca antes de alcanzar el quinto año de vida, sobre todo porque se supone que la escuela dota a la mujer de los conocimientos mínimos para manejar de manera eficiente la salud de los hijos, aumentando su capacidad de prevención frente a las enfermedades y a los riesgos de muerte.

Los diferenciales regionales de la mortalidad de la niñez en Bolivia, según la ENDSA-89, muestran un riesgo mayor en los valles y altiplano que en los llanos, siendo las probabilidades de morir antes de cumplir el primer año de vida de 106, 96 y 84 por mil, respectivamente. De acuerdo con la zona de residencia, la tasa de mortalidad infantil en la zona urbana es de 79 por mil, en tanto que en la zona rural es de 112 por mil (ver cuadro 10), cifras que guardan relación con las características de las zonas rurales, más desprovistas de servicios básicos, que las urbanas.

Con base en estadísticas vitales y registros hospitalarios, la ENDSA-89 informa que al sexo masculino le corresponden las tasas más elevadas de mortalidad infantil y post infantil, siendo las mujeres quienes tienen menos muerte en la infancia. Esto permite explicar que, en la medida que aumenta la edad, se incrementa también el número de mujeres sobrevivientes, hecho que se refleja en los índices de masculinidad del país y la distribución etaria de la población en las edades más altas, la misma que muestra mayor cantidad de mujeres que de hombres, a medida que avanza la edad (ver cuadro 11).

Cuadro 10

BOLIVIA: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, POST-INFANTIL Y EN LA NIÑEZ  
PARA EL PERIODO 1979 - 1989, SEGUN CARACTERISTICAS  
SOCIOECONOMICAS DE LA MADRE

Características	Mortalidad Infantil (Iq0)	Mortalidad Post-Infantil (4q1)	Mortalidad en la niñez (5q0)
<b>Zona de Residencia</b>			
Urbana	79	39	114
Rural	112	63	168
<b>Región de Residencia</b>			
Altiplano	96	51	142
Valles	106	60	159
Llanos	84	40	120
<b>Nivel de Instrucción</b>			
Sin instrucción	124	66	181
Básico	108	61	162
Intermedio	65	38	100
Medio o más	46	15	60
Total	96	51	142

Fuente: ENDSA, 1989

Nota: Tasas por mil nacidos vivos, ajustadas.

Cuadro 11

BOLIVIA: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, POST-INFANTIL Y EN LA  
NIÑEZ PARA EL PERIODO 1979 - 1989, SEGUN CARACTERISTICAS  
BIOLOGICAS DE LA MADRE Y EL NIÑO

Características	Mortalidad Infantil (Iq0)	Mortalidad Post-Infantil (4q1)	Mortalidad en la niñez (5q0)
<b>Sexo del niño</b>			
Masculino	106	51	151
Femenino	86	51	132
<b>Edad de la Madre al Nacimiento</b>			
Menos de 20	101	56	151
20 - 24	98	58	150
25 - 29	90	54	139
30 - 34	85	37	118
35 - 39	100	47	142
40 y más	140	40	174
<b>Orden de Nacimiento</b>			
Primero	80	34	111
Segundo o tercero	88	53	136
Cuarto a sexto	101	61	156
Séptimo o mayor	124	54	171
<b>Duración del Intervalo Precedente</b>			
Menos de 2 años	154	82	223
2 a 3 años	77	43	117
4 años o más	43	41	82

Fuente: ENDSA, 1989

Nota: Tasas por mil nacidos vivos, ajustadas.



En referencia a la madre, se estima que los mayores riesgos de muerte están dados entre las edades anteriores a los 20 años (101 por mil) y posteriores a 40 (140 por mil), determinándose como años ideales para la fecundidad, los intermedios entre 20 y 40 años. Se observa, también, que las tasas de mortalidad de la niñez se incrementan de acuerdo con el orden de nacimiento de los hijos: de 111 por mil en los primeros hijos, a 171 por mil en los séptimos o más (ver cuadro 11), hecho que reafirma un riesgo mayor para la madre y los niños, dado que al aumentar la cantidad de nacimientos, avanza la edad de la madre y el organismo va envejeciendo, a la vez que disminuyen las capacidades de respuesta social hacia el trabajo, por ejemplo.

Otro factor de riesgo de mortalidad de la niñez en Bolivia, es el espaciamiento entre los nacimientos que produce una mujer. En este sentido, las probabilidades de morir antes de cumplir el primer año de vida son 3.6 veces más altas para los niños nacidos con menos de 2 años de espaciamiento (154 por mil), que para los que tienen cuatro o más años de espaciamiento, con respecto al nacimiento anterior (43 por mil). Es decir que, en la medida en que la mujer controla su fecundidad y el tiempo en que los nacimientos ocurren, es también capaz de regular las posibilidades de muerte de sus hijos, por cuanto al existir un espaciamiento adecuado, su organismo se prepara para recibir y mantener un nuevo hijo en condiciones biológicas, psicológicas y sociales, óptimas.

### **3. UN PODER NECESARIO PARA SOBREVIVIR**

A través de los siglos, los sistemas de conservación de la salud de la población, se han constituido en un poderoso aparato que ha determinado una diversidad de fenómenos demográficos, de acuerdo con la calidad y cobertura ofertada, en diferentes épocas históricas. En Bolivia, este poder social en que se ha constituido la atención de la salud, entendida muchas veces como sinónimo de la medicina, ha mostrado un comportamiento diferencial por condición socioeconómica, sexo, edad e inserción laboral, repercutiendo en los diferentes tipos de atención a la población y especialmente al binomio madre-niño.

#### **3.1.- Los desposeídos del poder**

La información obtenida, permite apreciar una situación deficitaria de atención a la madre

y al niño, que se traduce tanto en la cobertura y calidad de los servicios de salud, especialmente en la atención prenatal, de parto y puerperio. Al respecto, la ENDSA-90 (ver cuadro 12), estima que de los nacimientos ocurridos en 1984, alrededor de la mitad no recibió atención pre-natal y que sólo el 20% recibió toxoide tetánico como prevención del tétanos neonatal. Correlacionando estos datos con la escolaridad materna se encuentra que, entre las madres sin instrucción, dos de cada diez nacimientos recibieron atención prenatal en tanto que, entre las que cursaron ciclo medio, la relación era nueve de cada diez. En relación con el tipo de atención, el 13% de los hijos de madres sin instrucción recibió atención de médico o enfermera, en tanto que los de madres con instrucción media, fueron atendidas por profesionales, en el 86% de los casos. Esta información muestra un escaso uso de los servicios de salud y de prevención del tétanos neonatal en el año 1984 derivándose, asimismo, que el mayor uso de la oferta de salud está dada entre las mujeres que alcanzaron mayores niveles de instrucción, siendo también estas quienes buscaron apoyo profesional antes del parto. Aún cuando es todavía cuestionable la calidad de información que provee la escolaridad formal en relación con la fecundidad, pareciera que son asimilados una serie de conocimientos globales acerca de la necesidad de garantizar la salud, tanto de la madre como del niño, lo que demuestra la incidencia de la educación en la dinámica poblacional.

Las diferencias por área geográfica indican que, en el área rural, el 31% de los nacimientos tuvo atención pre-natal, en tanto que en el área urbana el porcentaje alcanzó al 64% (ver cuadro 12). Es decir, que la cobertura de los servicios de salud, alcanza alrededor del doble en el área urbana, hecho que puede deberse no solamente a la menor disposición de infraestructura y personal de salud en el área rural, sino también a la falta de costumbre de acudir a la medicina formal.

Por regiones, el altiplano muestra la proporción más baja de atención prenatal y de atención profesional, en tanto que los llanos tienen la mayor proporción de niños atendidos y la mayor asistencia profesional, lo que significa que el altiplano, a pesar de ser la zona concentradora de mayor población, recibió menor apoyo efectivo de los servicios de salud. Es posible que esta situación tenga como correlato el clima y medio ambiente poco agradable y próspero del altiplano, que condiciona la escasa participación de profesionales, quienes prefieren prestar servicios en pisos ecológicos más favorables.

Cuadro 12

BOLIVIA: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS EN LOS  
ULTIMOS CINCO AÑOS POR TIPO DE PERSONA QUE DIO ATENCION PRENATAL  
Y PORCENTAJE DE NACIMIENTOS CUYAS MADRES RECIBIERON EL  
TOXOIDE TETANICO, SEGUN CARACTERISTICAS  
ESPECIFICAS DE LA MADRE, 1989

Características de la Madre	Tipo de Persona que dió Atención Prenatal						Total	Porcentaje que recibió el Toxoide Tetánico	Número de Nacimientos
	No recibió	Médico	Enfermera*	Partera	Otro	Sin Información			
Edad de la Madre									
Menos de 30	49,6	46,3	2,8	1,1	0,1	0,1	100,0	22,1	3044
30 o más	56,9	38,1	2,0	1,1	1,0	0,8	100,0	17,9	2720
Zona de Residencia									
Urbana	35,8	61,2	1,1	1,3	0,2	0,4	100,0	25,6	2779
Rural	69,1	25,0	3,6	1,0	0,8	0,5	100,0	15,0	2985
Región de Residencia									
Altiplano	59,6	36,5	2,1	1,2	0,3	0,3	100,0	15,5	2874
Valles	51,0	43,3	3,1	1,0	0,9	0,6	100,0	19,3	1615
Llanos	40,8	54,9	3,2	1,2	0,4	0,5	100,0	31,6	1274
Nivel de Instrucción									
Sin instrucción	81,5	12,7	2,8	1,1	1,5	0,4	100,0	9,4	1211
Básico	61,8	32,7	3,0	1,6	0,4	0,6	100,0	18,4	2683
Intermedio	35,6	61,8	1,7	0,8	0,0	0,0	100,0	29,8	770
Medio o más	12,5	85,6	1,1	0,2	0,2	0,4	100,0	29,4	1099
Total	53,0	42,5	2,4	1,1	0,5	0,4	100,0	20,1	57,64

Fuente: ENDSA, 1989

\* Incluye enfermeras y auxiliares de enfermería.

### **3.2.- Más palabras que acciones**

En relación con la situación de la salud de la mujer, es necesario mencionar los grandes lineamientos propuestos a nivel mundial, entre ellos, la Declaración de Alma-Ata (URSS, 1978), que engloba una serie de medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo, bajo la consideración de que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad, debiendo ser intervenida por todos los sectores. Así, se afirma que "El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos en busca de reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados, dado que la promoción y protección de la salud del pueblo, es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido que contribuya a mejorar la calidad de la vida y alcanzar la paz mundial" (título 3). En este sentido, la salud que se oferta a la población boliviana, especialmente a la mujer, no alcanza a cumplir las propuestas de Alma Ata, debido a una notable inequidad en el acceso a los servicios. Esta deficiencia de salud para todas las bolivianas, si bien es significativa en lo biológico, es aún más deficitaria en lo psicológico y lo social, sobre todo en los últimos años, en los cuales la búsqueda de un crecimiento económico ha repercutido negativamente en el aspecto social de la población, la misma que, además de continuar enfermando y muriendo de enfermedades prevenibles, ha incorporado otros cuadros mórbidos provenientes de las modificaciones económicas y el ingreso mayor hacia el consumismo imitado a las sociedades en desarrollo.

En el apartado 5 del mismo documento, se expresa que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas, siendo el objetivo lograr, en el año 2000, un nivel de salud que permita llevar una vida social y económicamente productiva, considerándose a la salud primaria como la clave para alcanzar esa meta, con el apoyo de métodos y tecnologías prácticas. Al respecto, las políticas de salud de Bolivia, tanto explícitas como implícitas reconocen al binomio madre-niño como grupo objetivo de prioridad, tanto en la salud primaria como la medicina curativa. Sin embargo, limitaciones presupuestarias y de personal calificado, han dificultado grandes cambios en la salud pública, de tal manera que parece dudoso alcanzar la meta de salud para todos los bolivianos en el año 2000, tomando en cuenta que sólo faltan 8 años para ese hito.

Considerando las limitaciones de cobertura y a calidad de la salud pública, el documento de Alma Ata prevee la participación, tanto de personal calificado en salud, como de trabajadores de la comunidad y personas que practican la medicina tradicional, previo adiestramiento social y técnico necesario, con apoyo de recursos del país, externos y mundiales. Esta recomendación es importante por cuanto en Bolivia es numeroso el grupo de personas que practican la medicina tradicional, siendo esta de uso común en la población, con pautas diferenciadas de consumo, por capa social.

Tomando en cuenta las implicancias políticas y sociales a nivel mundial, el capítulo 10 de Alma Ata, indica que una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme, podría y debería liberar recursos adicionales para fines pacíficos y para acelerar el desarrollo social y económico, es decir que más que propiciar la destrucción de la humanidad, se debiera buscar un mundo mejor en el cual vivir y transitar.

En Bolivia, dadas las características del proceso salud-enfermedad de las mujeres y los niños y el tipo de políticas de salud vigentes, se observa priorización de programas relacionados con este binomio, en base a tres líneas de acción propuestas por el Plan Nacional de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna: la gestión social, la atención primaria de salud y el desarrollo de los sistemas locales de salud, pretendiendo englobar los problemas de la mujer en edad fértil (salud reproductiva, atención prenatal, atención del parto, del recién nacido, puerperio y lactancia) y la atención integral al niño menor de cinco años, como prioridad (fomento a la lactancia materna, detección y tratamiento de carencias nutricionales y control de las enfermedades diarreicas y respiratorias). Estas líneas de acción han logrado que un significativo grupo de mujeres, que antes se encontraba relegada de los servicios de salud, ha sido incorporada en base a acciones combinadas entre el Estado y las Organizaciones no gubernamentales, las cuales tienen entre sus objetivos el cuidado de la mujer, como elemento importante en el control de la salud de los niños y la disminución de las altas tasas de mortalidad de la niñez.

### **3.3.- Planificación Familiar**

En relación con los conocimientos y posibilidades del control de la fecundidad de las mujeres, la ENDSA-90, frente a la heterogeneidad del comportamiento reproductivo de las

bolivianas, refiere que las políticas de salud para el área rural, están incorporando educación sexual con el apoyo de los medios de comunicación social, intentando satisfacer la demanda de planificación familiar. Se está promoviendo, asimismo, el refuerzo del patrón de lactancia materna prolongada y la difusión de conocimientos orientados a proveer información y medios para la reducción de abortos ante embarazos no deseados, en base a la investigación de los deseos y aspiraciones de las mujeres en cuanto al tamaño de la familia y la proporción de demandas insatisfechas en el control de la fecundidad.

En base a estas acciones, que buscan el bienestar de la mujer, CONAPO (1990), propone la introducción de planificación familiar, más por motivos de salud que demográficos, dado que el embarazo se muestra con altos riesgos, supuestas las precarias condiciones de saneamiento ambiental y la escasa información acerca de las técnicas de anticoncepción.

En referencia a los conocimientos y usos que las mujeres bolivianas han tenido hasta la fecha, en relación con los métodos para cuidar su salud reproductiva, el estudio realizado por Belmonte et al (1984) acerca de la prevalencia de medicamentos, da cuenta que sólo el 34.5% de las mujeres encuestadas había utilizado algún método anticonceptivo, con diferencias marcadas entre las áreas rurales y urbanas (19.4% y 54.7%, respectivamente). Según esta fuente, los métodos más utilizados por las mujeres son la píldora y el DIU, siendo las mayores usuarias las mujeres con 2 a 4 hijos. La ENDSA-89, estimó, asimismo, que a medida que aumenta el nivel de escolaridad, aumenta el uso de métodos de anticoncepción (ver cuadro 13). De acuerdo con esta fuente, las más informadas acerca de los métodos anticonceptivos, son las mujeres comprendidas entre 25 a 34 años; es decir, las que se encuentran en edad reproductiva, siendo estas, también de las más informadas. Es notorio que las mujeres de las áreas urbanas tienen más conocimientos que las de las áreas rurales. Las mujeres de los llanos resultan tener mayor información y uso de técnicas de anticoncepción, respecto de las del valle y el altiplano. Según estos estudios, la educación de la madre, resulta de significancia en la reducción de la mortalidad infantil porque permite mayor autonomía en la regulación de la fecundidad y la toma de decisiones que favorecen a la salud de los niños, con lo cual se advierten las conexiones existentes entre la situación de la mujer, el control de su propia salud y las probabilidades de muerte de sus hijos, ya sea por nacimientos poco espaciados, abortos mal conducidos, trabajos riesgosos, o falta de información oportuna.

Cuadro 13

BOLIVIA: PORCENTAJE DE MUJERES CASADAS O UNIDAS QUE CONOCEN POR LO MENOS UN METODO MODERNO Y PORCENTAJE QUE CONOCE UNA FUENTE PARA METODO MODERNO, POR CARACTERISTICAS ESPECIFICAS, 1989

Características	Conoce Métodos	Conoce Fuentes	Número de Mujeres
Edad			
15-19	64,4	57,1	210
20-24	70,6	64,5	704
25-29	72,3	65,2	1005
30-34	72,4	66,0	952
35-39	69,4	61,7	922
40-44	58,8	54,6	619
45-49	53,9	48,3	530
Zona de Residencia			
Urbana	81,5	75,4	2737
Rural	50,3	43,6	2204
Región de Residencia			
Altiplano	56,7	47,1	2537
Valles	67,5	63,9	1311
Llanos	92,8	90,3	1093
Nivel de Instrucción			
Sin instrucción	32,6	25,6	1121
Básico	65,8	57,2	1988
Intermedio	81,7	77,7	652
Medio o más	95,9	92,3	1180
Total	67,5	61,1	4941

Fuente: ENDSA, 1989

### 3.4.- El Gran edificio de la Salud Pública

Según Wolowyna (1990), los recursos con los que cuentan los servicios de salud que protegen a la mujer y los niños, reflejan, en parte, la calidad de vida de la población. Al respecto, discrimina algunos aspectos críticos para el funcionamiento de los servicios de salud, en Bolivia: la utilización y distribución de los recursos humanos, la infraestructura y los servicios sanitarios de los que se dispone para su funcionamiento, existiendo, en la actualidad, desproporciones entre la oferta y la demanda de servicios, los cuales tienden a concentrarse en centros urbanos más que en rurales. Se muestran importantes, también, los desajustes estructurales en la formación y calificación del personal, en el cual se observa una sobre oferta

de médicos en relación con el personal de apoyo. A este problema, se añaden las fallas del Ministerio de Salud, que no realiza una distribución racional del personal capacitado.

El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y la OPS-OMS (1988) informaron que, de los recursos humanos con los que cuenta esta repartición estatal, 61% de los médicos se encuentra ubicado en el área urbana y 31% en el área rural. Las enfermeras se distribuyen en 70% en el área urbana y 30% en el área rural, en tanto que los odontólogos se encuentran 57% en el área urbana y 42% en el área rural (ver cuadro 14). Como se puede observar, las carencias mayores se presentan en las áreas rurales, siendo menos favorecida su población y, dentro de ella las mujeres y los niños.

CELADE en 1982, inventariando la proporción de profesionales de la salud encontró que, en Bolivia, por cada 10.000 habitantes, existían 4.7 médicos; 2.2 dentistas; 3.5 farmacéuticos y 2.8 enfermeras, lo que supone, para la fecha de la información, una población de 2.120 personas por cada médico, 4.630 por cada dentista, 2.880 por cada farmacéutico y 3.520 por cada enfermera. Esta fuente no refiere datos relativos a otros profesionales ligados a la salud pública. Si se compara esta información con las cifras esperadas para América Latina, que refieren 1 médico por cada 3.000 personas y 1 odontólogo por cada 5.000, la situación no es alarmante. Sin embargo, el hecho que preocupa es la inadecuada distribución de estos recursos, que se concentran en la áreas urbanas, siendo la atención de salud en las áreas rurales menos especializada y fundamentalmente dotada de enfermeras auxiliares (ver cuadro 14).

En relación con la infraestructura, el Ministerio de Previsión y Salud Pública informó, en 1988, que contaba con una red de 30 hospitales de alta complejidad e institutos; 120 centros de salud-hospital, 250 centros médicos y 830 puestos sanitarios. La distribución porcentual de estos recursos mostraba que el 58% de estos establecimientos de salud, se encontraban en los departamentos de la Paz, Oruro Cochabamba y Santa Cruz. En estos centros, en 1984, el número de consultas registradas fué de menos de una por habitante, incluyendo las diferentes cajas de seguridad social. Es decir que, además de ser la cobertura limitada y desigualmente distribuida, también es subutilizada por razones tales como falta de información, temores culturales, y falta de recursos económicos. Bajo el supuesto que gran parte de la población es menor a 5 años, se deduce que muchos niños no son remitidos a los centros asistenciales cuando lo requieren, de tal manera que se incrementan los riesgos de mortalidad.



Corroborando la subutilización de los servicios, en este caso hospitalarios, el Ministerio de Salud informa que cuenta con 7.442 camas (60% del total del país), siendo el índice de ocupación de apenas 44.7%, tanto por la falta de articulación con la red de servicios del nivel primario, como por el mal estado de las instalaciones y aspectos económicos que limitan el acceso de la población.

Según Wolowyna, la estructura de camas por especialidades representa un problema adicional, ya que la misma no responde a los perfiles epidemiológicos regionales y locales, es decir que en los centros asistenciales, el espacio y el personal no son distribuidos de acuerdo con la mayor incidencia y prevalencia de enfermedades características de la región.

La infraestructura del sector privado en la salud boliviana, se estima en 77 clínicas privadas con 1.546 camas, aparte de una cantidad desconocida de consultorios con fines diagnóstico-terapéuticos y muchas Organizaciones No Gubernamentales que dan importancia a la atención primaria en salud, calculandose éstas en alrededor de 800. Debido a las últimas medidas gubernamentales, se estima un incremento de los servicios privados de salud, en base a las políticas de la libre oferta-demanda. Al parecer, dada la persistencia de la pobreza en grandes sectores de la población femenina, estas medidas podrían ensanchar aún más la brecha de acceso a la salud integral para el binomio madre-niño.

Los datos de la Organización Panamericana de la Salud (1990), en relación con la tecnología de los servicios de salud en Bolivia, afirman la existencia de más de 8.000 variedades de productos farmacéuticos, siendo notoria la falta de suficientes laboratorios de control de calidad. En cuanto a la tecnología médica y de diagnóstico, observan la falta de políticas explícitas para la selección, que se refleja en una multiplicidad de tipos y marcas, que dificultan el mantenimiento. Esta situación determina, en muchos casos, que una parte de la población (sobre todo la de mayor posibilidad económica) salga del país en busca de mejores servicios de salud. Sin embargo, muchas mujeres y sus hijos no alcanzan a obtener ni siquiera los servicios de la tecnología, cuestionada, del país.

En relación con la salud pública, García (1983), afirma que, si bien ésta ejerce una influencia activa sobre la economía nacional y sobre la población, hasta el momento ha considerado la morbilidad, mortalidad e invalidéz de los habitantes como elementos de pérdida económica y social. Relacionando estas afirmaciones con los riesgos provenientes del desarrollo

no controlado, Velasquez (1990), indica que es necesario repensar la conducta de los salubristas, las políticas de gobierno y la función de las universidades del país, coincidiendo con Auza (1987), quien afirma que, en Bolivia, la salud de la población no se ha encarado con la debida responsabilidad, razón por la cual prevalecen enfermedades como la poliomiélitis, el sarampión y otras inmuno prevenibles.

En cuanto al financiamiento de los servicios de salud, se encuentra que el principal proveedor es el Tesoro General de la República, secundado por donaciones y créditos procedentes de la ayuda exterior y la contribución de los usuarios, cuyos aportes representan hasta el 13%. El financiamiento de la red de seguridad social procede tanto del trabajador como del empleador, en base a aportes salariales porcentuales. Así, se observa que aún siendo el Estado el principal responsable de las salud de la población, existe una parte de la población que no utiliza los servicios de salud, situación que pudiera hacerse más difícil de concretarse un proceso ampliado de privatización de este servicio, lo que repercutiría en las posibilidades de la mujer para controlar la salud de los hijos y prevenir su mortalidad.

**Cuadro 14**

**DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE SALUD DEL MINISTERIO DE  
PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA, SEGUN AREA  
URBANA O RURAL, BOLIVIA, 1987 \***

Tipo de Personal	Total	Urbano		Rural	
		No.	%	No.	%
Total	11 028	6 685	60,7	4 343	39,3
Médicos	1 730	1 194	60,9	536	31,0
Enfermeras	891	625	70,2	266	29,8
Odontólogos	206	87	42,3	119	57,7
Auxiliar de enfermería	2 715	1 357	50,0	1 358	50,0
Técnicos	470	322	68,6	148	31,4
Administración y servicios	5 016	3 100	61,8	1 916	38,2

*Fuente: Inventario de Recursos Humanos Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, 1988.  
\*Datos preliminares sujetos a revisión.*

### **3.5.- Los que hacen la luz y cuidan el bienestar**

Estudiando el tipo de servicios que protegen al binomio madre-niño en Bolivia,, entre ellos, el tipo de persona que asistió el parto, se observó, entre 1984-89 que, a menor edad de la madre, las mujeres utilizan más los servicios de salud, siendo en las edades menores a 30 años, los servicios más frecuentados los de médico y pariente, tanto en el área urbana como rural. En general, el área parece ser la que utiliza menor apoyo en la atención del parto. Los valles presentan mayor acceso a enfermera, siendo el pariente quien atiende, con mayor frecuencia, el parto entre las mujeres del altiplano. En los llanos, la asistencia mayor está dada por médico y partera.

Según el nivel de instrucción, las mujeres menos educadas, son las que reciben menor atención médica en el parto, siendo preferentemente atendidas por partera y pariente. Las madres que tienen instrucción media o más, reciben atención prioritaria de médico. Los servicios de enfermera, son más utilizados por las madres con instrucción básica (ver cuadro 15). Estos datos permiten apreciar la importancia de la educación formal en la prevención de los problemas de la fecundidad, que afectan tanto a la madre como al niño, condicionando su mayor o menor probabilidad de vida o de muerte, por la información que proporcionan.

Las asociaciones entre el tratamiento que reciben los niños con episodios de diarrea y las condiciones de la madre, refieren que, los menores que fueron tratados con mayor frecuencia por el médico en el último episodio de diarrea, son los de 18 a 24 meses de edad, de sexo masculino, residencia urbana, de las zonas del valle y de madre con instrucción media o más. Los que no recibieron tratamiento, son los menores de 6 meses, de sexo femenino, área rural, zona del altiplano y de madres sin instrucción (ver cuadro 16).

En cuanto al uso de los sobres de rehidratación oral, el mayor uso se presenta entre los menores de 12-17 meses, hombres, del área urbana, de los valles y de madres con instrucción intermedia (ver cuadro 16).

En cuanto a las enfermedades respiratorias, traducidas en tos y dificultad para respirar, la ENDSA-89, informa que los niños que presentaron más episodios de tos, fueron los de 18-23 meses, de sexo masculino, residencia urbana, zona de los llanos y con madres de instrucción intermedia.

Cuadro 15

BOLIVIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS EN LOS  
ULTIMOS CINCO AÑOS, POR TIPO DE PERSONA QUE ASISTIÓ EN EL PARTO,  
SEGUN CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA MADRE, 1989

Características de la Madre	Tipo de Persona que Asistió en el Parto							Total	Número de Nacimientos
	No recibió	Médico	Enfermera*	Partera	Pariente	Otro	Sin Información		
Edad de la Madre									
Menos de 30	4,4	41,5	4,7	12,7	35,5	1,3	0,1	100,0	3044
30 o más	5,2	33,6	4,2	12,1	43,0	1,2	0,8	100,0	2720
Zona de Residencia									
Urbana	3,0	58,3	4,3	11,0	21,6	1,4	0,4	100,0	2779
Rural	6,4	18,6	4,4	13,7	55,3	1,1	0,5	100,0	2985
Región de Residencia									
Altiplano	6,9	30,3	3,9	11,8	45,6	1,2	0,3	100,0	2874
Valles	3,2	38,6	5,1	11,5	39,8	1,3	0,6	100,0	1615
Llanos	2,1	53,4	4,5	14,9	23,4	1,3	0,5	100,0	1274
Nivel de Instrucción									
Sin instrucción	7,6	8,1	2,9	14,2	65,7	1,0	0,4	100,0	1211
Básico	5,5	26,6	5,4	14,1	46,1	1,7	0,6	100,0	2683
Intermedio	2,7	58,7	4,1	13,0	20,4	1,1	0,0	100,0	770
Medio o más	1,2	83,0	3,6	6,0	5,4	0,4	0,4	100,0	1099
Total	4,8	37,8	4,4	12,4	39,0	1,2	0,4	100,0	57,64

Fuente: ENDSA, 1989

\* Incluye enfermeras y auxiliares de enfermería.

Cuadro 16

**BOLIVIA: PORCENTAJE DE NIÑOS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO DURANTE EL ULTIMO  
EPISODIO DE DIARREA, POR TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO, SEGUN  
CARACTERISTICAS DEL NIÑO Y DE LA MADRE, 1989**

Características del niño y de la madre	Tipo de tratamiento recibido por el niño						Número de Niños con diarrea
	Consultó con Médico	Sobres SRO*	Solución casera	Tabletas, Jarabes, Inyecciones	Otro Trata- miento**	No tuvo Trata- miento	
<b>Edad del niño (en meses)</b>							
Menos de 6	23,0	12,1	3,4	16,7	49,6	45,1	121
6 a 11	31,2	17,4	8,7	24,0	66,2	26,7	225
12 a 17	35,3	32,9	10,5	24,8	76,7	17,4	245
18 a 24	38,5	31,8	8,3	28,1	71,3	22,2	214
24 a 59	26,5	21,2	9,1	19,1	69,9	25,6	647
<b>Sexo del Niño</b>							
Masculino	31,9	23,7	9,8	23,4	74,3	19,9	712
Femenino	28,6	23,1	7,6	20,6	64,0	30,9	741
<b>Zona de Residencia</b>							
Urbana	36,0	24,0	9,2	25,9	78,5	18,3	715
Rural	24,5	22,8	8,2	18,1	59,9	32,5	737
<b>Región de Residencia</b>							
Altiplano	23,7	19,2	8,1	16,1	64,6	29,7	704
Valles	37,1	28,3	6,7	26,5	70,2	23,5	415
Llanos	35,2	26,2	12,3	28,8	76,8	19,1	334
<b>Nivel de Instrucción</b>							
Sin Instrucción	18,4	18,1	10,5	11,7	48,4	40,7	307
Básico	27,8	23,7	7,1	19,1	69,9	25,2	722
Intermedio	36,5	28,0	7,9	30,8	79,2	18,5	192
Medio o más	48,0	25,9	11,7	37,2	85,0	12,1	232
<b>Total</b>	<b>30,2</b>	<b>23,4</b>	<b>8,7</b>	<b>22,0</b>	<b>69,0</b>	<b>25,5</b>	<b>1452</b>

Fuente: ENDSA, 1989

\* Sobres de rehidratación oral.

\*\* Otro tratamiento. Incluye aumento o disminución de alimentos sólidos o líquidos.

Los mayores porcentajes de atención médica, al respecto, fueron para los niños menores a un año, tanto hombres como mujeres, de residencia urbana, de los llanos y con madres de instrucción intermedia (ver cuadro 17). Esta información evidencia las relaciones positivas que existen entre la educación de las madres y el acceso a los servicios médicos, lo que hace suponer que, dado el significativo analfabetismo entre las mujeres y, de estas, de las áreas rurales, los riesgos de dejar a los niños sin la adecuada intervención médica, son altos, incrementando las probabilidades de muerte en la niñez.

Cuadro 17

BOLIVIA: ENTRE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, PORCENTAJE QUE HA TENIDO TOS Y DIFICULTAD EN RESPIRAR EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS, Y ENTRE LOS QUE TUVIERON TOS Y DIFICULTAD EN RESPIRAR, PORCENTAJE QUE RECIBIO ATENCION MEDICA POR TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO, SEGUN CARACTERISTICAS DEL NIÑO Y DE LA MADRE, 1989

Características del Niño y de la Madre	Porcentaje de Niños con Tos	Porcentaje con Atención Médica	Tipo de Tratamiento				Número de Niños
			Inyecciones	Tabletas	Jarabe	Otro	
<b>Edad del Niño (en meses)</b>							
Menos de 6	22,3	36,6	10,4	8,0	24,4	9,7	513
6 a 11	25,9	39,5	13,2	6,7	26,4	7,7	572
12 a 17	25,4	33,1	13,9	7,1	27,3	5,8	573
18 a 23	26,6	28,9	12,8	1,7	21,1	6,6	535
24 a 59	16,9	30,4	10,3	8,0	24,7	3,4	2998
<b>Sexo del Niño</b>							
Masculino	20,9	32,5	11,6	7,2	26,5	5,1	2601
Femenino	19,8	32,5	11,5	6,5	23,0	5,9	2590
<b>Zona de Residencia</b>							
Urbana	21,2	40,5	16,2	6,8	32,2	6,2	2547
Rural	19,6	24,1	6,7	6,8	17,0	4,7	2545
<b>Región de Residencia</b>							
Altiplano	16,9	28,1	8,0	7,3	17,8	8,1	2610
Valles	14,4	31,3	12,4	9,1	24,6	3,7	1435
Llanos	35,5	37,9	15,0	5,1	32,5	3,5	1146
<b>Nivel de Instrucción</b>							
Sin instrucción	17,3	15,0	6,7	3,5	10,0	0,8	1068
Básico	21,9	29,5	10,9	5,7	22,4	4,7	2369
Intermedio	24,4	36,4	12,0	11,4	27,7	4,5	709
Medio o más	17,2	55,2	18,1	9,2	44,2	13,3	1046
<b>Total</b>	<b>20,3</b>	<b>32,5</b>	<b>11,6</b>	<b>6,8</b>	<b>24,8</b>	<b>5,5</b>	<b>5192</b>

Fuente: ENDSA, 1989

Específicamente, el conocimiento que la madre tiene acerca de los sobres de rehidratación oral, es fundamental para la sobrevivencia de los menores, en los primeros años. Se observa, en el cuadro 19, elaborado por la ENDSA-89, que las mujeres que más utilizan este medio para evitar la deshidratación de sus hijos, son aquellas que tienen mayor nivel de instrucción, predominantemente urbanas y de la zona del altiplano. Es decir que, a mayor educación formal de la madre, aumenta el uso de técnicas de protección a la vida de los menores, disminuyendo los riesgos de muerte de los niños (ver cuadro 18).

**Cuadro 18**

**BOLIVIA: PORCENTAJES DE MADRES QUE CONOCE LOS SOBRES DE REHIDRATACION NIÑEZ ORAL, SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION, ZONA Y REGION DE RESIDENCIA, 1989**

Características	Nivel de Instrucción				Total
	Sin Instrucción	Básico	Intermedio	Medio o más	
<b>Zona de Residencia</b>					
Urbana	54,1	70,3	81,5	90,8	78,5
Rural	41,2	59,3	73,9	91,4	57,1
<b>Región de Residencia</b>					
Altiplano	41,1	59,9	79,1	92,2	65,1
Valles	48,2	66,7	78,4	89,3	68,3
Llanos	47,6	69,8	78,9	89,6	74,6
<b>Total</b>	<b>44,1</b>	<b>64,0</b>	<b>78,9</b>	<b>90,8</b>	<b>68,0</b>

*Fuente: ENDSA, 1989*

#### **4.- CONOCIMIENTO, DESIGUALDAD, MUJER Y MORTALIDAD DE LA NIÑEZ**

La Educación, considerada como sistema formal que incorpora al individuo para socializarlo a partir de una serie de pautas de comportamiento y asimilación de esquemas valorativos, influye necesariamente en la dinámica poblacional, determinando, a través de los contenidos implícitos y explícitos, las posibilidades de acceso a la prevención de la salud de la familia en general y de los niños, en particular.

#### **4.1.- Entre la teoría y la práctica del conocimiento**

En relación con los aspectos educacionales, la Quinta Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social para América Latina y el Caribe, afirma que, pese a la reducción del gasto en este rubro, no se nota aún un deterioro directo en la educación de las mujeres, dado que existe un mantenimiento de las tendencias en las tasas de escolarización entre 1980 y 1990, siendo las tasas de matriculación de progresivo avance y con tendencia a la paridad, por sexos (UNESCO, 1990).

Sin embargo, entre los problemas que persisten en la región, Chlebowska y UNESCO (1990), muestran que las tasas de analfabetismo de las mujeres permanecen elevadas, dado que en 1985 llegaban a 19% y aún a 48% en las áreas rurales estimándose que, todavía, 7 de cada 10 adultos, son analfabetos y de cada 10 analfabetos, 7 son mujeres. En Bolivia, este problema es significativo debido a que, del total de mujeres bolivianas, calculadas por el Censo 1976, la mayor parte carece aún del mínimo nivel de escolaridad, estando la mayoría de las mujeres englobadas en los niveles de sin instrucción e instrucción básica (ver cuadro 19). Se observa, asimismo, que sólo una menor cantidad de mujeres alcanza los niveles de educación superior, superior graduado y técnico.

#### **4.2.- Una misma escalera y dos cielos opuestos**

Los datos mencionados, permiten inferir que las mujeres son incorporadas tardíamente en la escolaridad, por la prevalencia que muestra el nivel "ninguno" entre las edades 5-9, que son las de inicio de educación formal. Se observa, asimismo, que las edades promedio de obtención del nivel "superior" son de 20-24 años, estando, las mujeres que llegan al nivel "superior graduado", ubicadas preferentemente entre las edades de 30-34 años, lo que permite deducir la situación de desventaja educativa en que se hallan las mujeres, dado que alcanzan la educación calificada posteriormente al inicio de su vida reproductiva, careciendo, muchas veces, de los elementos cognoscitivos que les permitan cuidar la salud de sus hijos y la propia.

Es notorio, también, que la educación técnica incorpora un número muy reducido de mujeres (ver cuadro 19), dada la tendencia sociocultural de asociarla con la educación de servicio social, supuestamente más acorde con los roles femeninos y el cuidado de los niños, en tanto que a los hombres se les suele asignar la educación técnica, como opción prioritaria.



## Cuadro 19

## BOLIVIA

POBLACION TOTAL FEMENINA ESTIMADA DE 5 AÑOS  
Y MAS POR NIVEL DE INSTRUCCION

(En Miles)

## NIVEL DE INSTRUCCION

Edad	Total	Ninguno	Básico	Inter- medio	Medio	Superior	Superior Graduado	Técnico
Mujeres	2596.1	640.8	458.0	209.3	141.6	54.8	27.0	12.9
5-9	417.2	156.7	21.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
10-14	358.9	8.5	139.0	67.5	0.0	0.0	0.0	0.0
15-19	311.8	10.9	58.3	54.3	21.7	8.2	0.0	2.0
20-24	252.2	18.4	47.8	25.2	34.8	27.2	1.8	5.8
25-29	241.3	31.2	45.9	20.5	27.0	12.0	6.0	2.5
30-34	191.7	37.8	43.7	12.0	16.8	3.8	6.8	0.8
35-39	191.4	51.1	35.1	10.2	13.3	1.6	4.5	0.7
40-44	141.0	52.7	20.5	6.3	7.3	0.9	2.9	0.3
45-54	213.3	99.6	28.2	7.3	10.7	0.8	3.1	0.4
55-64	145.5	85.6	15.2	3.9	5.7	0.3	1.3	0.3
65 y +	115.5	76.8	11.8	2.0	3.8	0.1	0.5	0.0
No decl.	16.1	11.4	1.0	0.2	0.4	0.1	0.0	0.0

Fuente: INE, 1989

Nota : Los ciclos de instrucción se refieren a los últimos cursos.

El total no representa necesariamente la suma de las partes, por efecto del redondeo a miles.

Los datos acerca de años de estudio por sexo y zona de residencia, realizados por INE (1976), indican que las tasas más altas de analfabetismo se encuentran en el área rural y entre las mujeres. En cambio, los promedios más altos de instrucción, se presentan en los hombres de las zonas urbanas (ver cuadro 20). Asimismo, Miranda (1978) afirma que el promedio de años de estudio alcanzados por los hombres en el área rural, es alrededor del doble de las mujeres, siendo el promedio del área urbana, también superior en los hombres. Esta información, ratifica la deficitaria situación educativa de la mujer, que influye en la posibilidad de un mejor control sobre sus niños. Un problema que agrava la situación de la mujer boliviana en este caso, es el riesgo de retorno al analfabetismo funcional, por desuso de la alfabetización

adquirida. Por ejemplo, es típico que las campesinas sean objeto de cursos intensivos de alfabetización coyuntural que carecen del seguimiento necesario, de manera que, transcurrido un tiempo, el conocimiento es olvidado porque no se adecuó a las verdaderas necesidades de estas mujeres. Otro problema conexo, es que los conocimientos impartidos en la alfabetización apenas enseñan el abecedario y la estructuración gramatical mínima, sin incluir contenidos que colaboren a la mujer a incidir en el control de la morbi-mortalidad de los niños.

**Cuadro 20**

**BOLIVIA: PROMEDIO DE AÑOS DE ESTUDIO DE LA POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS POR ZONAS DE RESIDENCIA**

Sexo	Zona	País	Capital	Resto urbano	Zona rural
Hombres		4.5	7.1	6.8	2.8
Mujeres		2.8	4.9	4.8	1.3
Total		3.6	6.0	5.7	2.0

*Fuente: Eduardo Miranda, Análisis de la situación educacional de la población de Bolivia. UNESCO, Santiago de Chile, Abril de 1978*

También es posible observar que, a medida que aumenta el nivel de escolaridad, disminuye la participación femenina. Así, en la educación superior CEPAL (1982) estimaba que las mujeres representaban solamente alrededor de 44.6% de la matrícula, siendo sus opciones prioritariamente por las áreas de educación, bellas artes y sociales y secundariamente, por ingeniería y ciencias naturales.

Pareciera ser que, aún si el nivel de educación no es igual en ambos progenitores, la educación materna resulta más decisiva que la paterna para la sobrevivencia del hijo, entre otras cosas, porque la baja educación está asociada con una mayor fecundidad, lo que supone mayor riesgo de muerte materno-infantil, junto a otros elementos asociados con las condiciones de educación de la madre, tales como la posibilidad del uso y disponibilidad de servicios de salud.

#### **4.3.- Un puente de luces que no se conecta con la realidad**

En Bolivia, investigaciones realizadas por Romero (1980), ratifican el carácter

discriminativo de la escuela, dando cuenta que la educación es, a la vez, un canal de movilidad social y un mecanismo de selección social puesto que, a pesar de haberse favorecido el acceso inicial a la instrucción para una gran parte de la población, todavía subsisten diferencias en cuanto a las posibilidades educativas, sobre todo entre los campesinos, de los cuales se calcula que sólo 42.8% de los niños frecuentan la escuela, frente a 59% de los niños urbanos. Se encontró, también, que los campesinos avanzan más lentamente y desertan más. En relación con el sexo, a nivel urbano, se estima como escolarizados, entre los 10-14 años, al 15.5% de los hombres y al 13.6% de mujeres, en tanto que, en el área rural, asisten a la escuela, 3.0% de los hombres y 1.7% de las mujeres.

La información referida permite deducir la situación de desventaja en que se encuentran las mujeres, especialmente las de las áreas rurales, dado que, si bien a partir de 1952, se amplió en Bolivia la posibilidad de acceso a la escolaridad, con las medidas tomadas por la Revolución Nacionalista, en muchas localidades no se tuvo el seguimiento necesario, logrando la mayor parte de las mujeres solamente la calificación primaria. Es innegable que, para las mujeres que tenían las condiciones socioeconómicas necesarias, se amplió la cobertura educativa prolongándose los años avanzados en la escolaridad. Sin embargo, aún la mayor calificación, no siempre supone un mejoramiento en la consideración social ni en los beneficios económicos de la mujer, estando, muchas de ellas, calificadas, pero relegadas a trabajos de subempleo, ya sea fuera del hogar o dentro de él. Es posible que, para este caso, haya sido un factor condicionante la tradición cultural de los roles femeninos y la resistencia del hombre hacia el ejercicio profesional de la esposa, debido a que el esposo puede aceptar los estudios profesionales de la esposa, pero una vez logrado el título se le suele exigir que retorne a las funciones domésticas, donde se supone utilizará los conocimientos, para educar a los hijos con más propiedad. De esta manera se engrosa, con mujeres, la larga cola de desocupadas calificadas o profesionales en desuso.

En el caso de las mujeres con menores posibilidades, parece cumplirse la predicción de Basconi, en el sentido de que los hijos de los desposeídos educativos, son desposeídos educativos en potencia, dado que, por la carencia de medios, muchas veces reproducen la marginalidad que caracterizó a sus padres. Es el caso de las familias mineras, en las cuales los hijos, al no poder alcanzar mejores niveles de calificación formal, se incorporan directamente al mismo trabajo de

los padres.

#### **4.4.- Un mismo camino con diferentes rutas**

Si bien se refieren cambios sustanciales en la situación de escolaridad de la mujer, la misma que repercute en el cuidado de los niños y la prevención de la mortalidad, la información obtenida, presenta disparidades que reflejan diferencias significativas, en comparación con la situación educacional de los hombres bolivianos, las mismas que son diferenciales por edad, región geográfica y área de residencia.

Considerando la escolaridad como elemento conexo a la fecundidad y la salud materna e infantil, los datos obtenidos a partir del INE y la DHS-89, estiman que, entre las mujeres en edad fértil y en relación con datos anteriores al año 1986, se advierte una mejoría evidente en el acceso a la escolaridad formal (cuadro 21). A partir de estos datos es posible observar que, de las mujeres comprendidas entre los 45 y 49 años, casi la mitad nunca asistió a la escuela, en tanto que, entre las de 15 a 19 años, sólo el 4% no asistió. Se observa, también, que sólo una de cada diez mujeres alcanzó el nivel medio entre las de 45 a 49 años, en tanto que entre las de 15-19 años, cuatro de cada diez alcanzaron este nivel. A pesar de este incremento en la cobertura, aún no se han observado modificaciones en cuanto a la calidad de los contenidos.

Respecto a las diferencias entre las zonas urbanas y rurales, se observa que 8.1% de las mujeres del área urbana nunca asistió a la escuela, cifra que se eleva a 32% en las mujeres de las áreas rurales. La finalización del ciclo medio, se muestra alcanzado por el 46% de las mujeres urbanas, en tanto que sólo logran este nivel el 8% de las del área rural. Es decir, que la asistencia de las mujeres urbanas a la escolaridad, es casi 4 veces mayor a las del área rural.

De acuerdo con la región de residencia, se observa que las mujeres del altiplano son quienes ingresan menos a la escolaridad, seguidas por las de los valles y finalmente por las de los llanos. Comparativamente, de las mujeres de los llanos, no asiste a la escuela el 9%, en tanto que de las otras dos regiones, no asiste el 20%. Asimismo, el logro de la calificación media es mayor en las mujeres de los llanos y valles que del altiplano, hecho que se relaciona, también, con las mayores tasas de fecundidad e indicadores de pobreza que caracterizan al altiplano.

Cuadro 21

BOLIVIA: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES EN EDAD  
FERTIL POR NIVEL DE INSTRUCCION, SEGUN EDAD,  
ZONA Y REGION DE RESIDENCIA, 1989

Características	Nivel de Instrucción				Total	Número de mujeres
	Sin instrucción	Básico	Intermedio	Medio o más		
<b>Edad</b>						
15-19	4,3	31,4	26,3	38,1	100,0	1682
20-24	6,8	36,0	16,0	41,2	100,0	1311
25-29	10,5	43,1	13,6	32,8	100,0	1341
30-34	19,1	37,6	12,5	30,9	100,0	1117
35-39	28,3	36,8	12,0	22,8	100,0	1073
40-44	33,7	36,5	10,8	19,1	100,0	740
45-49	47,7	32,9	9,4	10,0	100,0	659
<b>Zona de Residencia</b>						
Urbana	8,1	27,3	18,6	46,0	100,0	4753
Rural	31,5	49,8	11,3	7,4	100,0	3170
<b>Región de Residencia</b>						
Altiplano	20,3	35,6	14,8	29,3	100,0	4104
Valles	19,1	38,2	12,3	30,5	100,0	2129
Llanos	8,5	35,7	22,3	33,6	100,0	1691
<b>Total</b>	<b>17,5</b>	<b>36,3</b>	<b>15,7</b>	<b>30,5</b>	<b>100,0</b>	<b>7923</b>

Fuente: ENDSA, 1989

CONAPO (1990), encontró correlaciones entre los años de instrucción de las mujeres de 20-34 años, condición migrante y actividad, observando, en las tres ciudades principales de Bolivia, que, a mayor instrucción de la mujer, corresponde una menor fecundidad, siendo las mujeres no migrantes (con excepción de Santa Cruz), las que presentan una relativa mayor fecundidad, en relación a las inmigrantes recientes (ver cuadro 22), hecho que pudiera deberse a los mayores riesgos de pérdida del embarazo en las mujeres que modifican su residencia habitual, que suelen viajar largas distancias, ingerir alimentos nuevos y someterse a presiones psicológicas, aún no determinadas, pero existentes.

En relación con los hijos tenidos, esta misma fuente señala que, a mayor cantidad de años de instrucción, corresponde menor cantidad de hijos tenidos. Se establece, asimismo, que las

mujeres activas son las que tienen mayor promedio de hijos tenidos (exceptuando Cochabamba). Las mujeres no asalariadas, se muestran con mayores promedios de fecundidad, en relación con las asalariadas, en las tres ciudades (ver cuadro 22).

**Cuadro 22**

**PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS POR LAS MUJERES DE 20 A 34  
AÑOS SEGUN ALGUNAS CARACTERISTICAS**

Características	La Paz	Cochabamba	Santa Cruz
<b>Migración:</b>			
Nunca han migrado	1.7302	1.3730	1.5674
Inmigrantes recientes	1.6275	1.1045	1.6944
<b>Años de instrucción:</b>			
Menos de 7 años	2.6635	2.4000	2.9530
7 a 12 años	1.4937	1.6176	1.5259
13 y más	.8898	.9048	1.1469
<b>Actividad:</b>			
Inactivas	1.8164	1.6168	1.6507
Activas	1.8287	1.4030	1.7885
- Asalariadas	1.1951	1.1871	1.2308
- No asalariadas	2.4194	1.7474	2.7203

*Fuente: CONAPO, 1990*

#### **4.5.- Razones y limitaciones**

El INE (1989), investigando las causas de inasistencia escolar de las mujeres, sobre todo rurales, encontró que la mayor parte de ellas no accedía a la escuela porque trabaja, sobre todo en las edades superiores a 14 años, siendo otra causa importante la falta de dinero, más significativa entre las edades 14-15 años. Las razones menos frecuentes son de ausencia de curso superior y de enferma incapacitada (ver cuadro 23), lo que muestra claramente que los determinantes para que las mujeres no ingresen a la escolaridad y como efecto de ello, controlen la enfermedad y mortalidad de sus hijos, son de tipo exógeno, es decir, socioculturales y no de limitación orgánica y personal.

Cuadro 23

## BOLIVIA

POBLACION FEMENINA RURAL DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD,  
POR MOTIVO DE INASISTENCIA A LA ESCOLARIDAD

(En Miles)

MOTIVO DE INASISTENCIA							
Edad	Total	No hay Escuela	No hay Curso Superior	Falta Dinero	Trabajo	Enfermo incapacitado	Otro
Mujeres	200.6	5.5	11.8	30.4	43.0	5.7	104.3
5	32.3	0.6	0.0	0.9	0.0	0.1	30.7
6	18.7	0.7	0.0	1.7	0.1	0.4	15.8
7	7.2	0.5	0.0	1.3	0.0	0.6	4.8
8	6.3	0.7	0.0	1.9	0.4	0.2	3.2
9	3.4	0.4	0.1	1.0	0.0	0.3	1.6
10	3.9	0.4	0.1	0.9	0.3	0.1	2.1
11	3.4	0.2	0.2	0.6	1.0	0.0	1.3
12	8.6	0.4	0.8	2.1	1.5	0.8	3.1
13	9.0	0.2	0.8	1.9	2.3	0.4	3.3
14	12.9	0.4	2.1	3.0	3.4	0.6	3.3
15	18.6	0.3	1.7	4.0	5.5	0.7	6.5
16	18.8	0.1	1.5	3.0	7.1	0.7	6.3
17	17.4	0.2	1.7	2.4	7.2	0.4	5.4
18	24.7	0.3	1.9	2.9	9.2	0.3	10.2
19	15.6	0.1	0.8	2.9	5.0	0.2	6.7

Fuente: INE, 1989.

Nota : El Total no representa necesariamente la suma de las partes, por efecto del redondeo en Miles

**4.6.- De tal educación, tal planificación**

En referencia a la educación que las mujeres bolivianas reciben acerca de la planificación familiar, se informa que, hasta antes de 1970, esta se otorgaba a la mujeres por canales "oficiosos" (CEPAL, 1982) con interacción comunitaria e interpersonal y actividades informativas encubiertas. A partir de 1970, se dieron los primeros esfuerzos de educación sistemática y abierta, siendo los informantes agrupados en tres categorías: a) Instituciones académico-científicas b) Programas generales afines y c) Programas específicos en educación sexual y planificación familiar (Cisneros, 1976). En el trabajo realizado por estas instituciones,

se observó falta de integración en los contenidos educativos y escasa adecuación a los contextos culturales. Se encontró, asimismo, deficiencias en el personal capacitado, sobre todo a nivel sociopsicológico (CEPAL, 1982).

## **5.- TRABAJANDO, APENAS SOBREVIVIENDO Y SIEMPRE MURIENDO**

Aún cuando la creciente incorporación laboral de las mujeres supone una posibilidad de mayor acción en relación con los procesos de morbi-mortalidad de sus hijos, este logro también se convierte en un factor limitante que es necesario clarificar, considerando las características específicas que este fenómeno ha generado en el comportamiento de las mujeres bolivianas, aún ligadas a la tradición.

### **5.1.- Postulados, reflexiones y trabajo**

Relacionando los aspectos laborales con la situación de la mujer y los determinantes de población, la Quinta Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe, bajo el propósito de aportar insumos a la tarea de regular la integración de la mujer al desarrollo de la región, analizó los obstáculos persistentes elaborando recomendaciones de acción para que se eliminen "...en todos los niveles socioeconómicos, los problemas relativos a la discriminación por razones de sexo y las desigualdades jurídicas y sociales persistentes..." (CEPAL, 1991).

El documento derivado de esta conferencia considera, como elemento de evolución de la mujer en el último decenio, la creciente participación en el trabajo remunerado, como una tendencia estructural en aumento, bajo cualquier condición de desarrollo. Como una de las causas para esta evolución, considera los cambios de patrones culturales y la fuerza del proceso de urbanización de los años 60, unidos a la expansión y modernización educativa. Estima, también, que han influido para la actual situación de la mujer, las condiciones objetivas de deterioro de la calidad de vida de la mayoría de las familias y el aumento de los hogares bajo la línea de la pobreza.

### **5.2.- La mujer se acerca a la cabeza del hogar**

Otro elemento conexo a los arriba mencionados, constituye el incremento de la jefatura



femenina de hogar y la creciente incorporación de varios miembros de la familia al trabajo, para lograr enfrentar la crisis económica que se agudiza cada vez más. Al respecto, los datos estadísticos refieren que en Bolivia 25.9% de las mujeres son jefes de hogar (CEPAL, 1982), cifra que tiene relación con las condiciones socioeconómicas que caracterizan el desarrollo del país y reflejan el grado de inequidad que se oferta a la población en general y a la mujer en particular la cual, a pesar de no contar con trabajo estable y bien remunerado en la mayoría de los casos, debe mantener y cuidar de sus hijos con muchas limitaciones, incrementando sus riesgos de mortalidad.

### **5.3.- Igualdad, fraternidad y equidad**

Según Tórrez et al, (1990) la equidad en relación con la mujer boliviana, debe relacionarse con aspectos de redistribución, transformación productiva y provisión adecuada y suficiente de servicios, considerando la igualdad de género como la integración al desarrollo, en una participación más equivalente en el trabajo, la educación y la actividad sociopolítica, entre otras actividades. El cumplimiento de estas medidas, pudiera elevar el nivel de vida de la mujer boliviana, lo que repercutiría en un control más efectivo de la mortalidad de los niños.

También el Plan Regional de CELADE, aprobado en Cuba en 1977, recomendó la vinculación de las mujeres a los aspectos económicos, sociales culturales y políticos del desarrollo, siendo estos propósitos ratificados y ampliados en 1990, luego del análisis de la influencia de los costos sociales del ajuste económico, sobre todo para las mujeres. Sin embargo parece que, dada la transición económica por la que pasa Bolivia, la condición de las mujeres se ve cada vez más afectada, debido al alto costo social que representa el ingreso del país a modelos neoliberales de desarrollo, ya que no se han observado cambios positivos en la acción social de la mujer en el proceso de desarrollo hacia la transformación productiva de Bolivia, estando disminuida su calidad de vida y estáticos sus modos de integración a las estrategias y políticas globales, en diferentes niveles, hecho que disminuye sus posibilidades de intervención en el control de la salud y la mortalidad de los niños.

En referencia a la situación del trabajo femenino en América Latina, López y Pollack (1989), indican que hay coincidencias en considerar que la población femenina seguirá siendo un aspecto de relevancia, dado su crecimiento de 2.7% anual, comparado con el 2.2% de los

hombres, lo que supone una proporción de mano laboral femenina de 28% hacia fines del decenio (CELADE, 1990), siendo necesario recordar que "...la idea central en la orientación de la vinculación de la mujer en América Latina y el Caribe, no es un problema tanto de la integración de la mujer en el desarrollo, sino el modo en que se integra al mismo, a las estrategias y políticas de desarrollo..." (CEPAL, 1991). Si se toma en cuenta que a fines de siglo la región contará con 55 millones de mujeres en el mercado de trabajo, de las cuales 22 millones se habrán incorporado entre 1980 y el año 2000, es fácil reconocer la importancia de la participación económica de la mujer, integrada cada vez más en todos los procesos de desarrollo. Sin embargo, en Bolivia, los aspectos laborales permanecen aún discriminativos para la mujer, tanto en el acceso al trabajo considerado como tal, como en el salario que percibe y el status laboral que obtiene siendo, en gran parte de los casos, inferiores a la consideración social de los hombres. Así, la asignación laboral de las mujeres, muestra una tendencia hacia ocupaciones sociales y relacionadas con el hogar, la educación de los hijos y el servicio social. En cuanto al salario percibido, este se muestra inferior para las mujeres, aún cuando realicen las mismas labores, siendo también el reconocimiento social hacia el trabajo de los hombres, mayor que el de las mujeres, existiendo denominaciones distintas para las mismas funciones. Por ejemplo, la mujer que dirige empresas, organiza reuniones y toma decisiones, es considerada "dominante"; en tanto que el hombre que hace lo mismo es reconocido como "ejecutivo".

En general el trabajo de la mujer, considerado como "no activo", es un empleo extra hogar combinado con el cuidado de los hijos y una diversidad de tareas domésticas las cuales, de ser desfavorables y agotadoras, pueden afectar negativamente al feto y al niño, además de la madre, ya sea por las posturas que se adoptan, los materiales con los que se trabaja y el deterioro orgánico que supone.

Behm (1990), estima que cuando el trabajo de toda la familia es necesario para asegurar la sobrevivencia, la madre está obligada a trabajar, deteriorando el cuidado de los hijos, siendo factores de riesgo adicional la no existencia de familiares que cuiden al niño y el trabajo fuera del hogar, que dificulta la lactancia materna. Es también común que la madre acceda a trabajos no calificados que le reportan bajos ingresos y que no son suficientes para resguardar a sus hijos de los riesgos que ponen su vida en peligro. Según Behm, es distinta la situación de la mujer cuando las condiciones materiales de vida del hogar y el trabajo de la madre forman parte del

proceso histórico de desarrollo del rol de la mujer.

En Bolivia, de acuerdo con CEPAL (1982), las tasas de empleo femenino, tanto globales como refinadas, no son muy altas y se encuentran dentro de la media de América Latina (20%), siendo las tasas más altas las de las mujeres de las áreas urbanas, dada la mayor posibilidad de acceso a la escolaridad y a las fuentes de trabajo, entre otros factores. En esta fuente se afirma que, las mujeres que trabajan, presentan niveles de instrucción más bajos que los hombres siendo, en cambio, mayor que el del resto urbano de la población femenina. Paradójicamente se encontró que, del total de mujeres que trabajan, 10% son profesionales, en tanto que sólo 5.9% de los hombres lo son, lo que muestra que las exigencias de calificación para el empleo femenino son más altas que para el masculino.

En relación con la fecundidad, se ha observado que el porcentaje de mujeres activas disminuye a medida que aumenta el número de hijos, lo que es más notorio a partir del cuarto hijo. De acuerdo con las tasas refinadas se encuentra que, a medida que aumenta la edad y el número de hijos, disminuye la tasa de participación. Las tasas más altas de participación laboral se ubican en mujeres de 30 y 39 años que no tienen hijos, siendo las más bajas las de mujeres entre 15 a 19 años, con cuatro o más hijos. En este sentido, se deduce que una fecundidad no controlada incrementa los riesgos de explotación laboral de la mujer, hecho que repercute en el cuidado de los hijos y aumenta el riesgo de la mortalidad de la niñez.

#### **5.4.- Lo que hacen las mujeres**

La distribución de la PEA femenina por sectores de ocupación y zona de residencia, según CEPAL y OMUECE (1982), muestra preponderancia femenina en el sector terciario, sin considerar el subregistro de las mujeres que se encuentran en el sector rural. Específicamente en el área urbana, las ocupaciones más frecuentes están en los servicios sociales, personales, comercio, restaurantes, hoteles, industria, manufactura y agropecuaria. (ver cuadro 24 y gráfico 10). Es decir, que la mayor parte son empleadas remuneradas y no trabajadoras por cuenta propia. Se observa que, en el área rural, las mujeres son fundamentalmente trabajadoras familiares no remuneradas, dadas las condiciones de economía de subsistencia, ingresando, dentro de las clasificaciones laborales, como mujeres "inactivas".

Cuadro 24

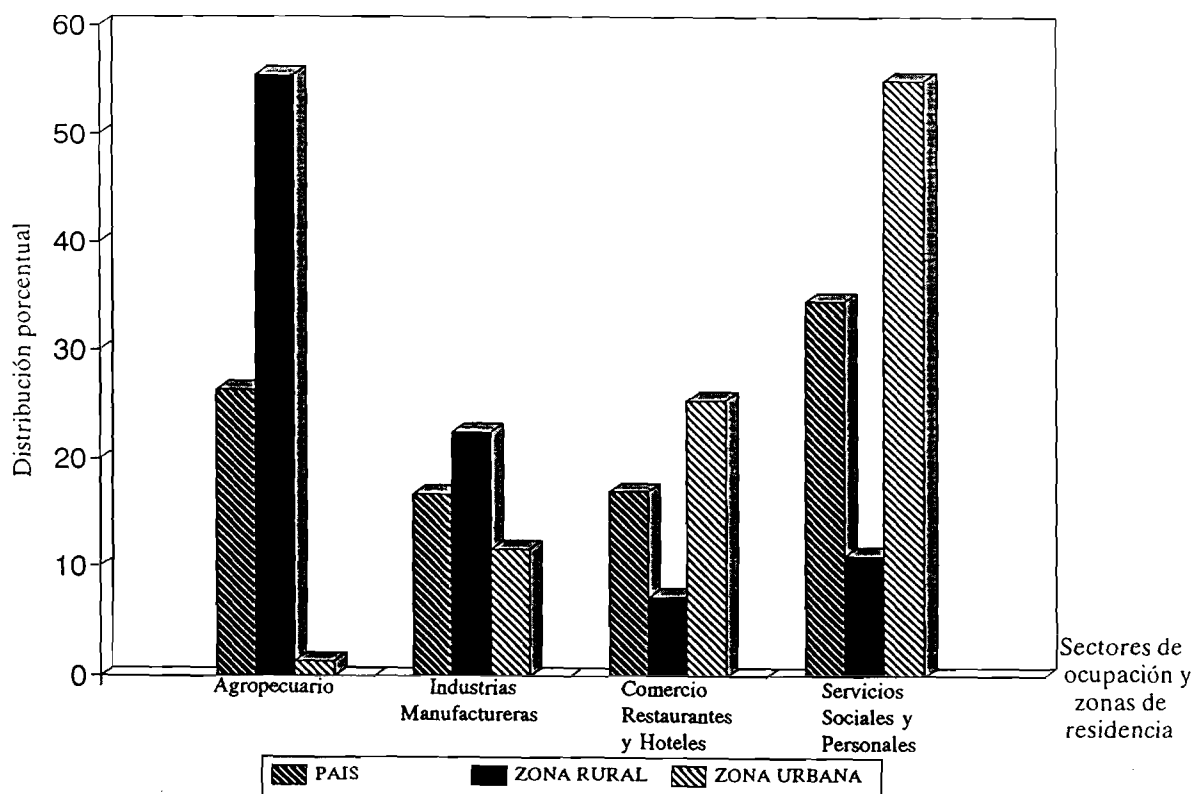
## BOLIVIA

B: Distribución porcentual de la PEA femenina, por sectores de ocupación y Zonas de residencia

Sectores	País Mujeres	Zona rural Mujeres	Zona urbana Mujeres
Agropecuario	26.4	55.4	1.3
Minas y canteras	1.0	1.0	1.0
Industrias manufactureras	16.8	22.6	11.7
Electricidad, gas y agua	0.1	0.0	0.1
Construcción	0.1	0.1	0.2
Comercio, restaurantes y hoteles	17.0	7.2	25.5
Transporte y comunicaciones	0.5	0.1	0.9
Finanzas y servicios a las empresas	0.7	0.0	1.3
Servicios sociales y personales	34.5	11.1	54.9
Otros	2.9	2.5	3.1
Total (porcentajes) (en Miles)	100.0 (336.7)	100.0 (156.3)	100.0 (180.4)

Fuente: CEPAL y OMUECE

Gráfico 10



En relación con la categoría de mujeres empleadoras, se observa apenas un 1%, siendo las ocupaciones menos frecuentes las ligadas al mayor prestigio social (gerentes, administradores y directivos), con relaciones entre el número de hijos y el tipo de inserción en el mercado laboral.

Según la UNESCO (1990), importantes sectores de mujeres que accedieron a la educación en los últimos años, no lograron insertarse en la sociedad de acuerdo con la calificación alcanzada, por motivos relacionados con falta de apoyo, trabajo doméstico, crianza de los hijos y aumento del gasto social, hecho que facilitó una carrera al interior del mismo género, con repercusiones en los patrones de nupcialidad y de fecundidad. En Bolivia, si bien existieron cambios en la situación laboral y de calificación formal de las mujeres a partir de 1950, estos fueron conflictivos y no reflejaron equidad porque, si bien se lanzaba al mercado a numerosas mujeres formalmente calificadas, por sus crecientes necesidades económicas y profesionales, no llegaban a completar sus expectativas de acceso laboral, construyendo estrategias para eliminar lo que ha sido considerado hasta el momento como el principal obstáculo para las mujeres: la maternidad, lo que generó un proceso progresivo de descenso en las tasas de fecundidad global.

Arango, observando las relaciones laborales que se establecen entre las mujeres, ha observado una especie de competencia interna, en el sentido de que las mujeres con mayor calificación para el trabajo desplazan las ocupaciones domésticas hacia las mujeres de menor instrucción, hecho que se hace evidente en la contratación de servidoras domésticas, por ejemplo. Al respecto, en Bolivia resulta curioso que muchas mujeres profesionales que contratan empleadas para el trabajo del hogar, llegan a pagar el mismo monto salarial que ellas perciben, sólo por mantener el status social de trabajadora remunerada y no de ama de casa.

### **5.5.- Los motores que mueven a las mujeres, en el mundo laboral y a los niños, en la mortalidad**

En la situación laboral de la mujer, son diversos los procesos económicos, sociales y psicológicos que condicionan su participación. Entre ellos, la inversión pública, los desequilibrios macroeconómicos, la evolución del mercado de trabajo, la transformación de la estructura ocupacional y el tipo de articulaciones intersectoriales (educación, economía, salud, empleo), las mismas que paralelamente han influenciado en los modos de acceso y control del

proceso salud-enfermedad de sus hijos.

### **5.5.1.- El ajuste invisible**

En relación con la inversión pública, considerada como una fuerza de dinamismo, se encuentra que su disminución afectó a las mujeres beneficiarias de los servicios sociales, especialmente en la salud materno-infantil, sobre todo porque la menor inversión significó la disminución del empleo femenino en el sector público, en estrecha relación con los desequilibrios macroeconómicos que, bajo la forma del llamado "ajuste invisible" en Bolivia, "...han influido también en la situación de las mujeres, ocasionando un aumento en las horas de trabajo, con el consiguiente deterioro de las condiciones de salud para ellas y sus hijos..." (UNICEF, 1989) significando, también, un incremento en el desempleo y el subempleo.

Se estima que el carácter regresivo del ajuste y el deterioro social, recayeron en los sectores más pobres, afectando más a las mujeres y especialmente a los hogares con jefatura femenina. Al respecto, Buvinic (1991) afirma que existe una relación positiva entre jefatura femenina del hogar y pobreza que, unidas a la inercia demográfica de la Región, colaboran en parte a explicar el carácter regresivo del ajuste, debido a que las economías han dejado de crecer, pero la población ha seguido en aumento, pasando de 362 millones de habitantes a principios de 1980, a 448 millones al final de la década, a pesar de la disminución de las tasas de crecimiento.

### **5.6.- El mercado crece y la mujer se incorpora**

La evolución del mercado de trabajo, sobre todo en la década de 1980, tuvo implicaciones en los cambios del comportamiento laboral de las mujeres. Al respecto, PREALC (1990), señala como cambios en las tendencias estructurales del mercado de empleo, el volumen y la naturaleza de la oferta en las que destacan el aumento de la población y la variación de las tasas de participación. Para las mujeres, la evolución señala 42 millones de mujeres en la PEA de 1990, en relación a las 30 millones incorporadas en 1980, siendo, la tasa de crecimiento anual de la fuerza de trabajo femenina, de 5.1%, y la de los hombres de 2.5% (CEPAL, 1991), con variaciones específicas.

Calderón (1982), afirma que, en Bolivia, es posible clasificar el trabajo femenino de

acuerdo con su carácter social o privado y según la esfera en que se procesa: producción, circulación y servicios. Al interior de la producción social, identifica relaciones laborales que van desde la compra-venta de fuerza de trabajo por el Estado, hasta la cesión gratuita de trabajo al dueño de la tierra. Según este investigador a la mujer le cabe la reproducción de la fuerza de trabajo pero, además, una acción en la producción de alimentos para el autoconsumo advirtiendo, en relación con su participación real en los bienes, el poder y el prestigio, expresiones de inconsistencia entre su rol económico y su status social discriminado, debido a que su grado de participación en tareas productivas supera al masculino, al igual que en la comercialización de productos menores (tareas que desempeña en niveles tecnológicos arcaicos), siendo su prestigio social menor que el de los hombres. En efecto, la deficiente estructura productiva prevaleciente en la sociedad boliviana configura una situación de pobreza que se asocia con niveles altos de fecundidad, mortalidad, migración y participación de mujeres y niños en actividades económicas habiendo, el mayor acceso de la mujer a la propiedad de la tierra, conducido a la incorporación de esta al trabajo rural el mismo que, según Errázuriz (1987), se correlaciona con el contexto familiar, en el cual persiste el mercado de trabajo tradicional caracterizado por una heterogeneidad estructural y una segmentación laboral.

### **5.7.- La cara femenina del sector informal**

A partir de la década de 1970, la transformación de la estructura ocupacional, incorporó con más fuerza a la mujer boliviana en ocupaciones manuales urbanas, con un crecimiento de la ocupación en servicios, siendo también un efecto de esta transformación la generación de empleo público en el aparato burocrático del estado. En esta misma época, la heterogeneidad de los mercados laborales y la consiguiente subutilización de la mano de obra contribuyó a la proliferación de trabajos inestables que dividieron la actividad de la mujer, entre el hogar y la calle, a la cual acudió, sobre todo en las capas socioeconómicas bajas, acompañada de sus hijos, sometidos a riesgos de accidente, infecciones, envenenamientos y otros, derivados de su condición limitada de sobrevivencia. Por ejemplo en los casos de madres vendedoras ambulantes, es común observar a los menores alimentándose en plena calle, realizando allí mismo las tareas escolares, jugando entre los autos y arriesgando su vida, a cada momento. De tener la madre los medios necesarios, estos niños se encontrarían al interior de un hogar, con

la protección debida.

Entre 1960 y 1980, la participación de la mujer en el sector informal, aumentó debido a presiones económicas y como parte de la estrategia de supervivencia de las familias. Según Tokman (1989), es posible hablar de una feminización del sector informal, tanto por el incremento de la proporción de mujeres en el sector, como por el tipo de ocupación (lavado, reparación de ropa y otras), al que se dedican prioritariamente las mujeres, funciones que no han sufrido modificaciones desde el pasado en Bolivia, sobre todo en los sectores bajos, que carecen de acceso a los servicios de educación, salud y otros.

En 1990, a partir de la información de encuestas de hogares en América Latina, se ha determinado que la situación de ingresos por ocupación laboral de la mujer es diferencial a la de los hombres, siendo los valores absolutos de los ingresos para las mujeres con menos de 9 años de escolaridad, menores que los de los hombres con 5 años de escolaridad, en todos los casos analizados en los países de la región <sup>1</sup>. Otros datos provenientes de la misma fuente, indican que el ingreso femenino descendió menos que el de los hombres, así como el de las mujeres con poca instrucción bajó más que el de las que contaban con mayor escolaridad. Por tanto, es posible deducir que, de alguna manera las mujeres van abarcando espacios salariales más o menos estables, aún cuando las que tienen menor calificación formal, van quedando cada vez más rezagadas de una incorporación laboral con salarios adecuados a sus necesidades.

La FAO (1990), en su plan de acción, propone que para la integración de la mujer al desarrollo, deben tomarse en cuenta las cuatro esferas principales que reivindican la situación de la mujer: **civil, económica, social y de toma de decisiones**, debiendo otorgarse prioridad a la atención materno infantil, la protección del embarazo y la flexibilización temporal de los horarios de trabajo. Al respecto, los gobiernos de América Latina, aprobaron medidas específicas en el inciso 17 del párrafo 29 y el párrafo 50 del Plan de Acción de la Región (CEPAL, 1989), bajo la consideración de que el trabajo doméstico es medible, evaluable y de gran magnitud, recomendando que se opte por políticas de incorporación de esta actividad a nivel global y sectorial. De ser aplicada esta recomendación en favor de las mujeres bolivianas,

---

<sup>1</sup> Véase los **grandes cambios y la crisis impacto sobre la mujer en América Latina y el Caribe (LC/G.1592-P)**. Santiago de Chile, Diciembre 1990.



las mejoras económicas derivadas podrían modificar la situación de dependencia y limitación social de la gran mayoría de las mujeres, aportando también al mejor cuidado de los hijos y al control de los riesgos de mortalidad.

## **6.- UN LUGAR PARA VIVIR O UN SITIO PARA MORIR**

La vivienda, como la protección básica de la unidad familiar, en la que los seres humanos se reproducen y sobreviven cotidianamente, cobra importancia en el análisis de la situación de la mujer y las posibilidades de vida de los niños, dado que la calidad de la construcción, así como la dotación de servicios, moldean determinados comportamientos diferenciales, que se ligan a la transmisión generacional de hábitos y costumbres.

### **6.1.- Un espacio vital que limita la oportunidad de sobrevivencia**

Entre los elementos que reflejan la calidad de vida de la población se encuentra la vivienda que, en Bolivia, muestra carencias en el abastecimiento de agua (ver cuadro 25), e insuficiencia en la infraestructura de eliminación de excretas (ver cuadro 26), dependiendo del tipo habitacional. Así, se observa que el mayor consumo de agua no se dá por cañería al interior de la vivienda, sino a través de pilas que se encuentran fuera de la vivienda, siendo las deficiencias mayores en las zonas rurales y las viviendas rústicas (ver cuadro 26). Estas condiciones se ligan a la mortalidad de la niñez, porque provocan contaminación del ambiente del hogar, los utensilios y la ropa, favoreciendo la diseminación e incidencia de enfermedades infecciosas tales como la diarrea, debido a que la calidad de vivienda guarda relación, también, con la capacidad económica de la familia, sus costumbres y posibilidades y, a nivel global, con las políticas sociales del gobierno.

Los indicadores de la vivienda en Bolivia, según la OPS (1990), informan que, entre 1985-88, sólo el 43% de la población contaba con un sistema de abastecimiento de agua y sólo cerca de 30% recibía agua potable. De la población urbana y rural, el 67% y 12% respectivamente recibían agua por tubería dentro de la vivienda (38% del total del país) y sólo el 28% de la población tenía servicio para la eliminación de excretas.

Sin duda, estas condiciones discriminatorias en el acceso a servicios tan vitales como el agua y el alcantarillado se asociaron, en ocasiones de crisis de salud, a ciertos tipos de epidemias como la del cólera por ejemplo, en los años 1990-91.

## Cuadro 25

## BOLIVIA

HOGARES PARTICULARES ESTIMADOS, POR SISTEMA DE ABASTECIMIENTO  
DE AGUA, SEGUN TIPO DE VIVIENDA Y AREA 1988

(En Miles)

## SISTEMA DE ABASTECIMIENTO DE AGUA

Tipo de Vivienda	Total	Cañería dentro de la vivienda	Cañería fuera de la vivienda	Cañería fuera del lote/Edif	Agua no por Cañería	No Especificado
Total	1318.8	258.5	399.8	133.4	525.0	2.1
Casa independiente	889.4	163.7	206.3	86.7	431.6	1.1
Departamento	27.0	27.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Habitación suelta	331.0	76.2	189.1	43.0	31.7	0.1
Choza, pahuichi	63.9	0.2	3.0	2.1	58.4	0.2
Vivienda improvisada	3.2	0.1	0.3	1.0	1.9	0.0
Local no de vivienda	1.4	0.0	0.5	0.5	0.3	0.0
Otra	1.5	0.1	0.5	0.0	0.9	0.0
No especificada	1.4	0.2	0.2	0.1	0.1	0.8
Urbano	100	31.8	57.5	-	10.6	0.1
Rural	100	7.3	23.2	-	69.3	0.2

Fuente: INE, 1989

Nota : El Total no representa necesariamente la suma de las partes, por efecto del redondeo a Miles.

Cuadro 26

BOLIVIA

HOGARES PARTICULARES ESTIMADOS, POR DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS  
HIGIENICOS, SEGUN TIPO DE VIVIENDA Y AREA 1988.

(En Miles)

Tipo de Vivienda	DISPONIBILIDAD			
	Total	Uso privado	Uso compartido	No tiene
Total	1318.8	349.3	193.3	776.2
Casa independiente	889.4	285.7	0.0	603.7
Departamento	27.0	27.0	0.0	0.0
Habitación suelta	331.0	27.1	191.2	112.8
Choza, pahuichi	63.9	8.7	1.8	53.5
Vivienda improvisada	3.2	0.4	0.1	2.7
Local no destinada a vivienda	1.4	0.1	0.0	1.2
Otra	1.5	0.3	0.3	0.9
No especificada	1.4	0.0	0.0	1.4
Urbano	100	40.7	26.8	32.4
Rural	100	12.1	2.3	85.6

Fuente: INE, 1989

Nota : El Total no representa necesariamente la suma de las partes, por efecto del redondeo a Miles.

## **6.2.- La alcantarilla no es para todos**

De acuerdo con las estimaciones de la secretaría técnica del Ministerio de Salud de Bolivia, en 1988, se cubría con el servicio de alcantarillado y saneamiento, al 22% de la población urbana y al 0% de la rural (12% del total del país); con tanque séptico al 7% y 0% (urbano y rural, respectivamente); con letrina al 4% y 10%, y con ningún servicio al 67% y 97% (urbana y rural, respectivamente y 77% del país).

En términos de población, la cobertura de saneamiento ambiental mencionada, significaba que 2.230.430 habitantes urbanos no tenían servicio de alcantarillado y 3.010.000 habitantes rurales no tenían facilidad para la disposición sanitaria de excretas, lo que condicionaba una serie de riesgos en la salud para grupos marginales tales como la mujer y el niño.

El tipo y calidad de vivienda que posee una familia, como indicador de calidad de vida, suele correlacionarse con enfermedades diarreicas y otras causas de la mortalidad en la niñez, dado que el ambiente físico es la protección que tiene el niño contra el medio, sobre todo porque los riesgos relativos de la mortalidad de los niños tienen que ver con "...la ausencia de un sistema de eliminación de excretas...que se convierte con el tiempo en fuente de contagio y de propagación de enfermedades...Bajo estas condiciones, el riesgo de contraer enfermedades infecto-contagiosas, al que se encuentra expuesta la población infantil y la niñez, aumenta considerablemente...". (De la G. Murillo, 1986).

En referencia a la disponibilidad de servicios según el tipo de vivienda y área se observa que la mayor cantidad de viviendas, carece de servicios higiénicos, siendo esta situación más deficitaria en las áreas rurales. Resulta significativa, asimismo, la cantidad de viviendas que carecen de servicios higiénicos, para el año de la información, con lo que se ratifica la situación de escasa salubridad en la que viven las madres y sus hijos, con los problemas derivados de estas carencias.

Según el INE (1989), el uso compartido de servicios higiénicos, se presenta más en quienes viven en habitaciones sueltas, siendo este el tipo de vivienda más utilizado en el país (ver cuadro 26).

Los riesgos más comunes derivados de la inadecuada salubridad de las viviendas, sobre todo del área rural, muestran que los niños suelen manipular paredes de adobe sin el debido control, conduciendo a la boca materiales de construcción, en los cuales, dadas las condiciones

climáticas, ya sea de alta humedad o sequedad, incuban una serie de bacterias y agentes infecciosos que pueden causar infecciones entéricas o dermatológicas que, al no ser intervenidas a tiempo, pueden dejar secuelas nefastas para los menores. Estos riesgos pudieran ser prevenibles si la madre tuviera el tiempo necesario para cuidar de los niños, los medios para cortar una infección a tiempo, o los recursos para acudir de inmediato a centros especializados, sobre todo cuando la manipulación de materiales y objetos de la vivienda supone riesgos de envenenamiento o intoxicación aguda.

Por ejemplo, las enfermedades respiratorias, que ocupan el segundo lugar de importancia entre las causas de mortalidad de la niñez en Bolivia, son peligrosas y en la mayor parte de los casos, sus consecuencias son mortales por la modalidad de difusión de persona a persona, en la cual cobran influencia factores como el hacinamiento en las viviendas y la densidad poblacional elevada, siendo también importantes los cambios climáticos, (Galway et al, 1987 ). Nuevamente en estos riesgos, como en los anteriores, hace presencia la pobreza, característica de una gran parte de la población boliviana, sobre todo en los hogares en los cuales todos los miembros comparten un mismo ambiente para dormir, estando los niños expuestos a contraer enfermedades contagiadas por las personas adultas, en general la madre, como factor de mayor proximidad a los niños y responsable social tradicional de los patrones de higiene. El hacinamiento, que suele ser característica de algunos sectores de la población, supone la adscripción de los niños a riesgos no sólo de tipo orgánico (transmisión de vectores), sino de tipo psicológico (adquisición de pautas erróneas de vida, roles inadecuados de sexo y de pareja, actitudes violentas y otras) y de tipo social (comportamientos de alteración de la norma, inversión de los sistemas de valor).

Los sistemas de eliminación de aguas servidas y disponibilidad por tipo de vivienda y área, para Bolivia, presentan el alcantarillado como el servicio más usual. Sin embargo, es también significativo el número de viviendas que no posee servicios de este tipo, siendo frecuente el uso de letrina y pozo ciego, sobre todo en el área rural (ver cuadro 27). Como es de suponer, las aguas servidas que no se desechan de manera eficiente, se convierten en focos infecciosos que afectan las posibilidades de las madres en el cuidado de sus hijos e incrementan las probabilidades de enfermedad y muerte de los menores.

Cuadro 27

BOLIVIA

HOGARES PARTICULARES, ESTIMADOS POR SISTEMA DE ELIMINACION  
DE AGUAS SERVIDAS Y DISPONIBILIDAD DE ENERGIA  
ELECTRICA POR TIPO DE VIVIENDA Y AREA 1988.

(En Miles)

Tipo de Vivienda	SISTEMA DE ELIMINACION DE AGUAS SERVIDAS					DISPONIBILIDAD ENERGIA ELECTRICA		
	Total	Alcantarillado	Cámara séptica	Letrina pozo ciego	No tiene	Total	Tienen	No tienen
Total	1318.8	299.8	52.8	193.2	773.0	1318.8	781.5	537.3
Casa independiente	889.4	135.8	32.2	120.1	601.2	889.4	447.7	441.7
Departamento	27.0	27.0	0.0	0.0	0.0	27.0	27.0	0.0
Habitación suelta	331.0	136.4	20.4	63.3	110.9	331.0	301.4	29.5
Choza, pahuichi	63.9	0.0	0.0	8.9	55.0	63.9	2.7	61.3
Vivienda improvisada	3.2	0.1	0.0	0.5	2.5	3.2	0.6	2.6
Local no de vivienda	1.4	0.1	0.0	0.1	1.2	1.4	1.0	0.4
Otra	1.5	0.2	0.1	0.2	0.9	1.5	0.5	1.0
No especificada	1.4	0.0	0.0	0.0	1.3	1.4	0.6	0.8
Urbano	100	42.3	7.1	20.1	30.4	100	91.7	8.3
Rural	100	2.9	0.9	9.1	87.1	100	26.5	73.5

Fuente: INE, 1989

Nota : El Total no representa necesariamente la suma de las partes, por efecto del redondeo a Miles.

### 6.3.- Peligro: la basura anda suelta

Las deficiencias anteriormente citadas, se relacionan con la eliminación de la basura la misma que, según el INE (1989), son predominantemente expulsadas a la intemperie, siendo menor el uso de carro basurero. En todas las categorías de análisis, se observa que son más significativos los porcentajes correspondientes a viviendas independientes o habitaciones sueltas, siendo los que menos utilizan carro basurero aquellos que viven en choza y locales no destinados a vivienda, con los consiguientes riesgos de infección (ver cuadro 28).

Cuadro 28

## BOLIVIA

VIVIENDAS PARTICULARES ESTIMADAS POR SISTEMAS DE ELIMINACION  
DE BASURA, SEGUN TIPO DE VIVIENDA Y AREA 1988

(En Miles)

Tipo de Vivienda	Total	Carro basurero	Cenizas basural	Intemperie	Otro
Total	1318.8	296.3	262.7	673.9	85.9
Casa independiente	889.4	144.6	146.3	546.0	52.4
Departamento	27.0	19.5	4.0	0.8	2.8
Habitación suelta	331.0	131.7	101.7	71.6	26.0
Choza, pahuichi	63.9	0.1	8.9	52.0	3.0
Vivienda improvisada	3.2	0.2	0.7	1.9	0.3
No destinada a vivienda	1.4	0.1	0.6	0.6	0.1
Otra	1.5	0.1	0.3	0.8	0.3
No especificada	1.4	0.0	0.3	0.1	0.1
Urbano	100	43.3	30.5	20.8	5.5
Rural	100	1.4	9.3	81.8	7.6

Fuente: INE, 1989

Nota : El Total no representa necesariamente la suma de las partes, por efecto del redondeo a Miles.

Aún cuando es posible pensar que algunas variables del comportamiento, tales como higiene personal y prácticas de salud respecto al niño, tengan, en la problemática de la mortalidad de la niñez asociada a la madre, mayor importancia que el ambiente físico adverso de la vivienda, los estudios realizados por Tekce y Shorter (1984) afirman que, controladas otras variables socioeconómicas del hogar, persiste un efecto neto desfavorable de la vivienda deficiente en la mortalidad de los menores de tres años, siendo la higiene personal más deficiente en tanto más inadecuado es el aprovisionamiento del agua. Estos autores asocian también la calidad de vivienda con el estado nutricional del niño. Merrick (1983), en Brasil, encontró una relación directa y positiva entre mortalidad infantil y provisión de agua por cañería. Investigando variables contextuales y del hogar, llegó a afirmar que la reducción de la mortalidad podía alcanzar, aproximadamente, a 20%, de existir condiciones más favorables. En este sentido, es posible pensar que, los análisis basados en datos estrictamente censales, pudieran

subestimar el rol de la vivienda insalubre en el proceso de salud-enfermedad del niño y la actitud materna.

## **7.- HACIA LA CONQUISTA DE LA INTEGRACION**

En la trama que supone encarar la mortalidad de la niñez, como efecto ligado a la situación socioeconómica de la mujer boliviana, resulta importante el análisis de su participación social. En general, esta participación ha sido definida como limitada, al igual que la de otras de Latino América (Plan de Acción Regional, CEPAL, 1979).

### **7.1.- Cuanto, cómo y quien participa**

De manera general, la situación de desventaja socioeconómica en que se halla la mujer-madre, repercute negativamente en el control de la salud, enfermedad y muerte de los niños, sobre todo por los estereotipos a que están sujetas las funciones domésticas atribuidas a la socialización e integración de la mujer.

Históricamente, y a pesar de que en Bolivia, a partir de 1952, con la transición de una sociedad tradicional y agraria a otra moderna e industrial, se han producido modificaciones importantes en el comportamiento social, político y cultural de la mujer, con repercusiones más importantes en las áreas urbanas que rurales, es notoria todavía la situación de desigualdad que sufre como parte de la población, siendo más pobre entre los pobres, menos instruida entre los instruidos y menos considerada entre los desconsiderados. Si bien los datos referidos a la población boliviana en general, describen incrementos sustantivos de incorporación de la mujer a la educación, la salud, la política y otras instancias sociales, se observa que los límites de esta incorporación son inferiores a los asignados al hombre, perfilándose, además, una tendencia mayor hacia la participación organizada en agrupaciones profesionales de género (Asociación de Mujeres Médicas de Bolivia, Agrupación de Mujeres Fabriles, Sindicato de Trabajadoras del Comercio y otras), que suponen una forma de rechazo a su situación desventajada, que involucra la situación de sus propios hijos.

El Plan de Acción Regional (CEPAL, 1979) informa que las mujeres bolivianas se agrupan básicamente en centros y clubes de madres, juntas vecinales, recreativas, artesanales, religiosas y otras, estando la mayor participación femenina estimada en organizaciones



cooperativas, religiosas y de apoyo familiar, en tanto que los hombres se organizan más en actividades deportivas, vecinales y sindicales. Según los estudios del Ministerio de Planeamiento y Coordinación de Bolivia (1978), las mujeres participan más en organizaciones que suponen ayuda asistencial y menos en las relacionadas con la producción. Los datos obtenidos acerca del empleo femenino permiten afirmar que, en la actualidad, la incorporación más significativa de las mujeres ha tenido un tránsito desde el hogar hacia el sector terciario (de servicios), lo que significa que aún está subempleada o incorporada en desempleos disfrazados callejeros, en los cuales, muchas veces, son acompañadas por sus hijos menores, los cuales al estar fuera del hogar y sin los cuidados necesarios, enfrentan riesgos mayores de contraer infecciones, contagios y sufrir accidentes que pueden conducirlos a la muerte.

Esta situación, guarda relación con las costumbres y tradiciones de cada región de Bolivia, siendo generalizado que la mujer ingrese a la condición de casada y a tener hijos a edades relativamente tempranas. Así, se puede observar que del total de mujeres inventariadas en 1989 por el INE, entre 12 y 70 y más años, la mayor proporción corresponde a casadas, seguidas de solteras y viudas, siendo menos significativo el indicador de conviviente, dada la sanción social a este tipo de unión (ver cuadro 29).

El ingreso temprano al estado civil casada, generalmente tiene asociación con la edad mediana del nacimiento del primer hijo, que, para Bolivia, ha sido calculada en cifras alrededor de 20 años, con variaciones superiores en el área urbana, los valles y las madres con instrucción media o más (ver cuadro 30). Estos datos pueden explicar las limitaciones de estudio e incorporación que presentan muchas mujeres, debido a que la maternidad les significa, en algunos casos, la renuncia a sus realizaciones personales, que tienen que ver, además con las opiniones del cónyuge, al respecto.

Ante esta situación, se observa que la forma en que la mujer boliviana enfrenta sus problemas es, todavía, muy dificultosa. Esta limitación guarda necesaria relación con las múltiples demandas sociales y afectivas que debe atender, en una duplicidad de roles que supone bajas remuneraciones, trabajos mediocres y poco creativos, sobre todo por la carga doméstica no reconocida como actividad laboral. Una investigación realizada por Cisneros (1985), en áreas periféricas, encontró que las mujeres, además de desconocer algunos procesos humanos como la concepción y la fisiología reproductiva, presentan actitud sumisa ante el hombre.

Cuadro 29

## BOLIVIA

POBLACION FEMENINA ESTIMADA DE 12 AÑOS  
Y MAS SEGUN ESTADO CIVIL

(En Miles)

Edad	Total	Soltera	Casada	Conviviente	Viuda	Divorciado Separado	No Especificado
Mujeres	2.031.2	722.4	963.8	118.4	155.9	66.9	3.9
12-14	211.3	207.5	2.9	0.7	0.0	0.0	0.1
15-19	311.8	276.9	19.9	13.0	0.3	1.2	0.6
20-24	252.2	119.2	93.6	33.2	0.9	4.8	0.5
25-29	241.3	49.3	153.1	25.8	2.8	9.7	0.6
30-34	191.7	23.3	141.8	13.7	3.4	8.9	0.6
35-39	191.4	13.2	147.8	11.4	7.4	11.3	0.3
40-44	141.0	7.7	109.6	7.7	8.3	7.5	0.1
45-49	127.0	7.8	90.7	5.8	14.7	7.9	0.1
50-54	86.3	4.5	58.7	2.0	16.4	4.5	0.1
55-59	75.6	2.9	50.7	1.2	16.7	3.9	0.2
60-64	70.0	3.3	39.4	1.4	22.2	3.7	0.1
65-69	44.5	1.6	23.3	0.8	17.3	1.4	0.1
70 o más	71.0	3.8	24.0	0.7	40.6	1.7	0.3
No declarada	16.1	1.4	8.2	0.8	5.0	0.4	0.3

Fuente: INE, 1989

Nota : El Total no representa necesariamente la suma de las partes, por efecto del redondeo a Miles.

Cuadro 30

BOLIVIA: EDAD MEDIANA AL NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO ENTRE LAS MUJERES  
DE 25-49 AÑOS, SEGUN EDAD ACTUAL Y CARACTERISTICAS  
ESPECIFICAS DE LA MUJER, 1989

Características	Edad Actual de la Mujer					Total
	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	
Zona de Residencia						
Urbana	20,9	21,0	21,7	21,8	21,7	21,3
Rural	20,0	20,4	20,9	21,2	21,5	20,7
Región de Residencia						
Altiplano	20,7	21,2	21,6	21,8	21,9	21,3
Valles	20,7	21,3	22,3	21,5	22,7	21,5
Llanos	19,7	19,4	20,3	20,9	19,6	20,0
Nivel de instrucción						
Sin instrucción	19,8	20,6	20,6	21,0	20,9	20,7
Básico	19,9	20,1	20,7	20,8	22,0	20,4
Intermedio	20,3	20,3	21,1	20,9	21,0	20,6
Medio o Más	22,3	22,4	23,7	25,0	25,0	32,1
Total	20,6	20,8	21,4	21,5	21,7	21,0

Fuente: ENDSA, 1989

Para tratar de mejorar esta situación, se han instaurado, en los últimos años, programas como Warmi Wawantin, que pretenden "...movilizar la capacidad latente de miles de mujeres campesinas, para transformar lo que constituye el mayor drama social de Bolivia: las altas tasas de mortalidad infantil, desnutrición en niños hasta 5 años y mortalidad materna..." (Campero, 1983). Otras organizaciones como el Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza, Fundación San Gabriel y Provida, a través de la llamada "Educación cívica", tienden a que la mujer ejerza su ciudadanía en integridad y plenitud, con fines de revalorizar y redimensionar el trabajo femenino y su aporte a la sociedad, bajo la premisa de que, hasta el momento, la mujer está circunscrita a un papel doméstico y reproductor, marginada de las esferas públicas y las instancias de poder. Esta situación se traduce, según Dasso (1991), en una ausencia del control sobre su propio trabajo, su sexualidad y su reproducción, siendo necesario redefinir la identidad femenina de la mujer boliviana actual, que supone el reconocimiento de la cotidianidad y subjetividad en las dimensiones de la propia realidad de la mujer (desarrollo, organización, familia, sexualidad, política, etnia, comunicación y otras).

En este sentido y aludiendo a las relaciones cada vez más frecuentes que se establecen entre la mujer y los medios de comunicación e información, como agentes de socialización, la Comisión Internacional para el Estudio de los Problemas de la Comunicación señala, en el párrafo 60, que "... hay que darle importancia a las necesidades de comunicación de las mujeres, asegurandoles un acceso adecuado a los medios de modo que, la imagen de ellas y sus actividades, no sean desvirtuadas por los medios de comunicación o por la propaganda..." (UNESCO, 1980).

## **7.2.- El aporte de los aparatos de información**

Celade (1982), luego de realizar estudios acerca de la situación de la mujer boliviana y los medios de comunicación, afirma que estos propósitos no se cumplen, dado que, aún cuando la información es escasa, resulta baja la representatividad femenina en los medios de comunicación, especialmente en los niveles de decisión. En cuanto al uso de los medios masivos de comunicación, se determinó que las mujeres tienen preferencias hacia la televisión y la radio y, secundariamente, hacia revistas y diarios, hecho que puede estar relacionado con los indicadores de analfabetismo y escasez laboral, que condicionan la escasa lectura de diarios,

siendo los hombres quienes tienen mayor acceso, sobre todo en las fuentes laborales.

El estudio de Celade (1982) encontró que, 70% de las mujeres escuchaban radio al menos una vez por semana, en tanto que sólo 45% veían televisión por igual lapso, lo que ratifica como el medio más utilizado, la radiodifusión. Estos datos cobran importancia por cuanto este medio tan cercano a la cotidianidad de la mujer, en general, no suele realizar programas de corte educativo, que doten a las madres de los conocimientos mínimos para regular su fecundidad y controlar la salud y riesgos de muerte de sus niños.

A pesar de las limitaciones descritas, algunas radios alternativas cumplen funciones de promoción y educación de la mujer. Entre ellas, las asociadas a ERBOL (Escuelas Radiofónicas de Bolivia) y ALER (Asociación Latinoamericana de Educación Radiofónica), las mismas que transmiten programas en lenguas nativas, abarcando áreas rurales.

### **7.3.- Los facilitadores de la empresa femenina y la vida infantil**

Entre los mecanismos institucionales que realizan programas de apoyo a la mujer boliviana, tanto en salud como en capacitación e inserción laboral, se encuentran instancias gubernamentales, privadas e internacionales, las mismas que presentan limitaciones de cobertura y de personal calificado.

Las instituciones estatales coordinan esfuerzos con la Junta Nacional de Acción Social de la Presidencia, la Subsecretaría de la Mujer y la Familia del Ministerio de Bienestar Social, la División Materno-Infantil y la de Nutrición del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, la Dirección de Planeamiento y Política Social Global del Ministerio de Planeamiento y Coordinación, la Dirección de Educación no Formal del Ministerio de Educación y Cultura, la Dirección de Empleo del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral, el Centro de Formación de Mano de Obra, la Dirección Nacional del Menor, la Secretaría de Juventudes y otras.

En el área privada, colaboran instituciones tales como Acción Social de la Iglesia Católica, Asociación Cristiana Femenina, Centro Nacional de Formación Integral, Comité Boliviano de Cooperación a la Mujer, Comisión Boliviana de Acción Social, Confederación Nacional de Instituciones Femeninas, Fundación Boliviana contra el Cáncer, Fundación San Gabriel, Plan de Padrinos, Instituto Radiofónico Fé y Alegría, Centro Boliviano de Investigación y Acción Educativas, Instituto de Investigación Cultural para la Educación Popular, y otras

(CEPAL,1982).

Aún cuando no de manera exclusiva, existen proyectos y programas internacionales que incluyen a la mujer dentro de sus objetivos. Entre ellos, están UNFPA, CEPAL-CELADE, Fondo de Contribuciones Voluntarias para el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, ONUDI, PNUD, ILPES, Secretaría de la Conferencia Mundial para el Decenio de la mujer, OIT, UNICEF, FAO y otras (CEPAL, 1982).

Se puede observar que los proyectos programados por las instituciones mencionadas, tienden preferentemente a otorgar asistencia técnica e incorporar a la mujer al trabajo remunerado, mediante la capacitación en diferentes áreas, para mejorar su productividad y la comercialización de sus productos. Se observa prioridad hacia las mujeres rurales, siendo muchos de duración limitada, atacando apenas partes de la problemática de la mujer, siendo necesario realizar evaluaciones permanentes que orienten adecuadamente los recursos invertidos y los beneficios obtenidos.

### **CAPITULO III**

#### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El panorama expuesto acerca de la situación de la mujer boliviana, sus posibilidades, limitaciones e implicancias en la mortalidad de sus hijos menores de 5 años, permite concluir que la posición de la mujer es deficitaria en los aspectos económicos, sociales, educativos y laborales, tanto por razones de estructura y desarrollo de la sociedad misma, como de condicionantes culturales de corte patriarcal que subsumen sus funciones alrededor de la función doméstica y en clara discriminación de género, en relación con el hombre.

Es así como la mujer, llamada por muchos autores como la mitad invisible de la historia, se reproduce cotidianamente a un alto costo energético que supone largas horas de desgaste laboral, no remunerado ni compensado con la nutrición ni salario adecuados. En el ámbito rural su situación es casi de servidumbre y en el urbano, se relaciona con desempleo y subempleo disfrazados en el sector terciario de la economía o la recolección de desechos a cambio de alimentos, trabajo doméstico y otros.

A partir del papel designado a la mujer por la sociedad, esta resulta ser protagonista de los patrones de consumo de su familia, responsable del uso de los servicios básicos, del desecho de la basura, además de encargada del control de la economía del hogar. Por esto se la puede considerar, también, administradora e intérprete invisible del medio ambiente, con el añadido de la limitación que supone el uso de instrumentos rudimentarios en los que apoya su actividad.

Las repercusiones más importantes de esta situación de limitación, "invisibilidad" y discriminación, no recaen sólo en su propia vida, sino en la de sus hijos, debido a que la tradición boliviana encarga a la madre, casi con carácter de exclusividad, el cuidado, crianza y educación de los hijos, lo que supone el control de sus procesos de crecimiento, desarrollo, morbilidad y mortalidad, siendo esta última variable prioritaria por cuanto las tasas de defunción de la niñez son elevadas, en comparación con otros países latinoamericanos.

Si bien la ilusión del milagro económico y las crecientes expectativas de mejor calidad de vida, han conducido a incrementar el ingreso de la mujer a la escolaridad formal, este hecho no ha significado una democratización real, debido a que son muchas las que ingresan al sistema y pocas las que permanecen y/o egresan de él. De las que culminan los niveles superiores, muchas no se incorporan a trabajos remunerados y valorados en la medida de la calificación alcanzada, siendo el reconocimiento y beneficio económico, inferiores a los del hombre, lo que determina una situación de dependencia vital que se transfiere a sus hijos, obstaculizando el control eficiente de sus enfermedades e incrementando los riesgos de mortalidad en los primeros años de vida. Son numerosos los casos en los cuales la obtención de un trabajo adecuado supone, para la mujer, la renuncia a la propia realización personal, con las consiguientes pérdidas de amistad, retraimiento social, desarraigo del grupo familiar y deterioro del cuidado de los niños, delegando esta obligación a otras mujeres de condición socioeconómica inferior. Pareciera que la mujer, con los crecientes procesos de industrialización, se ha convertido en la mano de obra barata del desarrollo.

A nivel psicológico, la mujer parece estar concebida aún con una visión estereotipada en el papel reproductor, las actividades domésticas y la subsistencia necesariamente sacrificada. Con estas características de escasa realización humana, la mujer no se encuentra en las mejores condiciones para criar, educar y hacer sobrevivir niños, puesto que ella misma no se ha encontrado, aún, como un ser independiente y activo.

En la salud, su papel se ha limitado a ser simple ejecutora de designios y políticas provenientes de niveles globales superiores, convencida de su distancia con el poder médico que le genera miedo a la consulta, al médico, a la tecnología y al costo de un servicio sin el cual, sus niños continuarán muriendo, aún cuando continúe reponiendo a los que se mueren. Son escasas las mujeres que han logrado puestos de decisión en los servicios asistenciales de salud y son menos aún quienes, desde esos puestos, se dedican a crear una conciencia de valor propio en la mujer, que repercuta en el control positivo de la mortalidad de la niñez.

La información referida a la salud ligada a los indicadores de educación, muestra que una gran cantidad de mujeres desconocen la composición de su propio cuerpo, sus procesos de reproducción y las técnicas para regular su fecundidad y asegurar un embarazo adecuado, un parto con los debidos cuidados y un perido neonatal y postneonatal que no sea un riesgo latente de muerte, para el niño.

La información demográfica en relación con la fecundidad de las mujeres bolivianas, muestra una relativa estabilidad en la tasa global de fecundidad durante los años 1960 y 1970, como resultado de dos tendencias contrapuestas: una elevación de la fecundidad en las mujeres del medio rural y un descenso en las que corresponden al medio urbano, sobre todo en los estratos medios y altos. Estas tendencias son el resultado de los patrones diferenciados de reproducción que se dan en las mujeres de las tres regiones del país.

Dentro de la teoría de la transición demográfica, Bolivia muestra un descenso más rápido de la mortalidad que de la fecundidad, que se mantuvo mayor en las áreas rurales y disminuida en las urbanas, siendo la velocidad de estos procesos determinada por las estrategias de desarrollo económico y social del país, además de las políticas de salud y educación.

Otros datos de población permiten apreciar, en relación con los índices de masculinidad, una mayor proporción de hombres que de mujeres, especialmente en las áreas rurales y los llanos. Se observa, también, que las uniones sexuales se inician a más temprana edad en la zona de los llanos, siendo allí donde se utilizan mayores recursos para regular voluntariamente la fecundidad. En estos lugares la lactancia materna se muestra menor con respecto al altiplano. La nupcialidad se presenta más tardía en el medio urbano que rural, siendo menor en las mujeres de las ciudades principales del país, con edad mediana alrededor de 20 años.

En cuanto a la mortalidad, especialmente de la niñez, los bolsones críticos se identifican

mayormente en las áreas rurales del altiplano y valles y particularmente en las poblaciones quechuas, aún cuando en la última década, la mortalidad infantil y de la niñez, ha tenido una tendencia de reducción progresiva debida, sobre todo, a la calidad de vida que mejoró en los estratos medios y altos con la mayor dotación de servicios básicos, higiene, acceso a educación, salud y otros. No obstante, los estratos socioeconómicos bajos, continúan presentando indicadores deficientes de calidad de vida y acceso a servicios del consumo ampliado (salud y educación), con repercusiones directas en los menores y sus riesgos de muerte.

En relación con la migración, se observa que las mujeres han estado incorporadas significativamente en las migraciones internacionales dirigidas fundamentalmente hacia Argentina, Brasil y Chile, siendo también importantes las migraciones internas del campo hacia las ciudades y al interior de cada región ecológica, ya sea de manera coyuntural o dirigida con objetivos de ampliación de la frontera agrícola. También, muchas mujeres emigraron junto con su familia y/o sus hijos, hacia lugares más prósperos, debido a deterioro de los suelos y persistencia de la pobreza.

Los asentamientos dispersos de la población rural, estuvieron condicionados por la estructura de la propiedad y los sistemas de explotación de la tierra, resultantes de la reforma agraria reproducida, en gran medida, en los procesos de ocupación de nuevas tierras en el oriente, con secuelas de desempleo y subempleo, fundamentalmente femenino.

De estas conclusiones, surge la necesidad de consolidar la identidad femenina, como un soporte para la autovaloración y protección de los hijos dependientes de la madre, antes que como un frente de ataque a la mitad masculina de la historia. Esta autovaloración evitará que la mujer y los niños sigan siendo víctimas de imposiciones y objetos de discriminación.

Es necesario, también, refrendar el carácter activo de la fuerza laboral de la mujer, a partir de la redefinición y conceptualización del término trabajo, sus implicaciones, requisitos y perspectivas reales, para evitar que la inserción laboral de la mujer sea marginal y con secuelas de riesgo para sus hijos. Al interior de la familia, el trabajo debe ser valorado como un actitud preventiva de la salud integral de sus miembros. Sobre todo en el área rural, es necesario lograr el crecimiento del producto per cápita, a partir de cambios en la composición del producto y la redistribución más uniforme del ingreso, facilitando el ingreso de las mujeres campesinas al sector productivo, consolidando y fortaleciendo sus organizaciones, en base a un



asesoramiento técnico oportuno.

A nivel político-jurídico, es imprescindible eliminar el acceso restringido a las instancias de poder y superar las discriminaciones que sufre la mujer en la administración de justicia que, muchas veces, ha condicionado deterioro en la salud de los niños, sobre todo en la asignación de pensiones y atención del seguro social.

Como la educación en salud es prioritaria para la mujer, el sistema educativo formal debe incorporar entre sus contenidos, aspectos de conocimiento del cuerpo humano, sus funciones e higiene, además de técnicas de regulación de la fecundidad y control de sus variables intermedias, para así lograr nacimientos con espaciamientos intergenésicos adecuados, que supongan menores riesgos de salud para la madre y los infantes.

La prevención epidemiológica debe suponer la provisión de apoyo alimentario e información para una nutrición apropiada, ligada al abastecimiento de agua potable y saneamiento básico. La asistencia materno-infantil de salud debe incrementarse, al igual que la inmunización contra enfermedades endémicas locales y el tratamiento de enfermedades y traumatismos. En relación con la infraestructura de los servicios de salud, esta debe adecuarse al perfil epidemiológico de los ámbitos en que habitan la mujer y los niños.

En relación con la distribución espacial y la vivienda, es necesario considerar un reordenamiento de los espacios intraurbanos, con una estructuración social menos desigual, que le permita a la mujer sobrevivir en mejores condiciones, a la vez que controlar la higiene y salubridad de sus hijos. Todo ello, en el entendido que la situación de los menores se conecta directamente con la mujer como progenitora y responsable de su desarrollo.

Es necesario, también, estimular la organización social de la mujer, de manera conjunta con el hombre, para que ambos participen en el control del medio ambiente y la acción de éste sobre sus hijos, incorporando en la medida de las necesidades, una tecnología que alivie las ocupaciones domésticas de la mujer y garantice una mejor higiene en la alimentación de los niños.

Una serie de investigaciones acerca de la verdadera situación de la población boliviana y de la mujer, pudiera servir de base para la elaboración de políticas sociales, económicas y de población que tomen en cuenta la importancia de actores sociales específicos en el proceso de desarrollo integral, equitativo y de competitividad auténtica, del país.

En cuanto a los medios de comunicación social, es conveniente que estos adecuen sus programas a las necesidades de la población, en base a programas educativos que modifiquen los estereotipos a que ha estado tradicionalmente sujeta la mujer, de manera que se logre una concientización masiva, que ayude a controlar la mortalidad de la niñez.

En síntesis, verificada por contrastación teórica la hipótesis de que la situación marginal que ocupa la mujer boliviana en las áreas económica, educativa, laboral y de salud, repercute negativamente en la salud de los niños, incrementando los riesgos de muerte antes de los cinco años de edad, es necesario conjuncionar esfuerzos públicos y privados para elevar el nivel y la calidad de vida de las mujeres, garantizando la erradicación de la pobreza y, con ello, el adecuado control de los procesos de morbi-mortalidad de los niños.

## **BIBLIOGRAFIA**

ACUÑA, O. **La mujer en la familia y el valor de los hijos.** Séptimo Seminario Nacional de Demografía. San José de Costa Rica, 1975.

ARANGO, L. et al. **La mujer en la administración pública: Propuesta para el análisis del problema en América Latina.** PNUD. Santiago de Chile, 1992.

AUZA, L. **Lucha y conquista de la salud en Bolivia.** Edit. Quipus, La Paz- Bolivia, 1987

BEHM, H. **Los determinantes de sobrevida en la infancia: un marco de referencia para su análisis.** En factores sociales de riesgo de muerte en la infancia. CEPAL/CELADE, 1990. Santiago-Chile.

BELMONTE, R. et al **Encuesta de prevalencia de medicamentos.** Consultora boliviana de reproducción humana//westinghouse health systems. La Paz, 1984.

BREILH Y GRANDA **Un marco teórico sobre los determinantes de la mortalidad.** Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo. México, D.F. 1983.

BREILH Y GRANDA **La investigación de la salud, en la sociedad.** Ministerio de Previsión y Salud Pública. La Paz-Bolivia, 1989.

CARAFÁ, C. **Bolivia: marco referencial sobre políticas de población.** Proyecto BOL/78/PO1. Dirección de Planeamiento y Política Social Global. La Paz-Bolivia, 1980.

CELADE **Boletín demográfico.** Año XXIV. No. 48. Santiago de Chile, 1991

CELADE **Base de datos sobre la mortalidad en la niñez. El caso de América Latina Chile, 1992.** LC/DEM/R/176. Serie A-271.

CEPAL, N. U. **Informe de la quinta conferencia regional sobre la integración de la mujer en el desarrollo de América Latina y el Caribe.** Curazao, Antillas Neerlandesas. 1991.

CEPAL, N. U. **La mujer en América Latina y el Caribe: El desafío de la transformación productiva con equidad.** Curazao, Antillas Neerlandesas, 1991.

CEPAL, N. U. **Plan de acción regional sobre la integración de la mujer en el desarrollo económico y social de América Latina.** Párrafos 59 y 60. Santiago de Chile, 1977.

COBREH, J. **Influencia de los factores socioculturales de la reproducción humana.** La Paz, Bolivia, 1985.

CONAPO. **Encuesta actividad económica de la mujer y reproducción humana.** La Paz, Bolivia, 1986.

- CONAPO. **Mujer, trabajo y reproducción humana.** The pathfinder Fundación. La Paz, Bolivia, 1990.
- CONAPSO. **Estrategia Social Boliviana.** La Paz-Bolivia, Septiembre de 1991.
- CORIA, C. **Formas de la dependencia femenina.** Edit. Paidós. España 1991.
- CISNEROS, A. **Los programas de educación sexual y educación en población, en Bolivia.** Centro de Investigaciones Sociales, 1976. Serie Estudios de Población y Desarrollo No. 8. La Paz, Bolivia.
- CHACKIEL, J. **Factores que afectan a la mortalidad en la niñez.** Notas de Población No. 28. Santiago de Chile. Abril de 1982.
- CHACKIEL, J. **América Latina: notas sobre la dinámica de la población, período 1950 - 2000.** CELADE, Santiago de Chile 1990.
- CHLEBOSWSKA, K. **El otro tercer mundo: la mujer campesina ante el analfabetismo.** UNESCO. París, 1990.
- DE LA GALVEZ, M. A. **Enfermedad diarreica en áreas urbanas de Bolivia.** Dirección materno infantil, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. La Paz, 1982.
- DE LA GALVEZ, M. A. **Mortalidad materna en Bolivia.** Hospitales y registros civiles. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. La Paz, Bolivia, 1980.
- DOWLING, C. **El miedo de las mujeres a la independencia.** Edit. Grijalbo. México, 1982.
- ERRAZURIZ, M. **Mujer campesina: su situación y orientaciones para políticas.** Organización de Naciones las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación FAO. Santiago de Chile, 1987.
- FOSTER, S. O. **Inmunizable and respiratory diseases and child mortality.** W.H.Mosley y L. Chen, editores. Vol. 10, New York, 1984.
- GARCIA, S. **El mejoramiento del estado de salud de la población y su influencia sobre la economía nacional** Rev. Cuba, Administración en salud, 9(1): 74-90,1983.
- GONZALEZ, G. **Heterogeneidad socioespacial y fecundidad diferencial en Bolivia.** Notas de Población No. 29, CELADE. San José, Costa Rica, 1982.
- GONZALEZ, G. et al. **Análisis de la fecundidad diferencial. Proyecto bol/78/PO1: estudio a-2.** Dirección de Planeamiento y Política Social Global. La Paz-Bolivia, 1980.
- GUZMAN, et al. **Cambios de la fecundidad en Bolivia.** Documento de la Conferencia mundial de las Encuestas de Demografía y Salud Washigton,1991
- LOI, I. **La Mujer.** Edit. Anastasius. Chile, 1988.

- MATURANA, H. **El sentido de lo humano**. Hachette, Santiago de Chile, 1992.
- MINISTERIO DE PLANEAMIENTO-UNFPA. **Salto al futuro**. La Paz, Bolivia, 1990.
- MINISTERIO DE PREVISION Y SALUD PUBLICA. **Plan Anual Operativo**. La Paz, Bolivia 1989.
- MORALES, R. **La crisis económica en Bolivia y su impacto en las condiciones de vida de los niños**. UNICEF, La Paz, 1985.
- MORALES, R. **Pobreza, mortalidad infantil y crisis económica en Bolivia**. UNICEF, La Paz. 1985.
- PARTICIPA, CORPORACION. **La identidad femenina en situaciones de poder y conflicto**. Edit. Andrés bello, 1992. Chile.
- PREALC. **Empleo y equidad:desafío de de los 90**. Serie documentos de trabajo, NO 354. SANTIAGO de Chile, 1989.
- ROCABADO, F. **Desnutrición y condición socioeconómica**. Boletín del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nutricional, Vol. 2. No.3
- UNESCO. **Un solo mundo, voces múltiples, comunicación e información de nuestro tiempo**. París, 1980.
- UNICEF. **El ajuste invisible. Los efectos de la crisis económica en las mujeres pobres**. Bogotá, 1989.
- VASPAL, E. **La dialéctica del ser humano**. Mimeografiado. La Paz, Bolivia, 1986.
- VELASCO, R. **La Prevención de la guerra nuclear como responsabilidad de la salud pública**. Salud Pública Mex; 29(4): 364-9, 1987.
- WOLOWYNA, O. **Sobrevivencia infantil en Bolivia**. CONAPO, Dirección Nacional de Sobrevivencia Infantil. La Paz, Bolivia, 1990.

**A N E X O**

## ANEXO 1

### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

**Variable Dependiente :** Mortalidad de la Niñez

**Variable Independiente:** Participación de la Mujer

Dimensiones	Indicadores	Medidores	Escalas
Económica	Ubicación de la mujer en la estructura básica de la sociedad	Calidad de vida	Vivienda Servicios Comunicación
Laboral	Oferta, utilización y reconocimiento de la fuerza de trabajo de la mujer	Ocupación  Ingreso	Estratos socio ocupacionales  Tiempo laboral  Nivel salarial
Educativa	Acceso, permanencia y egreso del sistema educacional formal y no formal	Calificación escolar  Actividad no formal	Nivel de escolaridad  Inserción  Tipo
Salud	Incorporación de la mujer a los sistemas de salud	Recursos humanos  Servicios	Jerarquía  Tipo