

18947.04
(046668)

c.2



NACIONES UNIDAS
Fondo de Población de las Naciones Unidas
Programa Global de Formación en Población y Desarrollo

Centro Latinoamericano de Demografía

**MORTALIDAD INFANTIL Y MEDIOS
DE COMUNICACIÓN
EN BOLIVIA
*MARLENE BALDIVIESO***

ENSAYO DE INVESTIGACIÓN FINAL



CURSO DE POSTGRADO EN POBLACION Y DESARROLLO 1995

Santiago de Chile

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

SÓLO PARA USO INTERNO

Este documento corresponde a un trabajo realizado por el participante.

No ha sido sometido a revisión editorial y los juicios en él contenidos son de responsabilidad exclusiva de su autor.

NACIONES UNIDAS

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Programa Global de Formación en Población y Desarrollo

Centro Latinoamericano de Demografía

**MORTALIDAD INFANTIL Y MEDIOS
DE COMUNICACIÓN
EN BOLIVIA
*MARLENE BALDIVIESO***

ENSAYO DE INVESTIGACIÓN FINAL



CURSO DE POSTGRADO EN POBLACION Y DESARROLLO 1995

Santiago de Chile

**CELADE – SISTEMA DOCPAL
DOCUMENTACION
SOBRE POBLACION EN
AMERICA LATINA**

I. MORTALIDAD INFANTIL Y COMUNICACION

Es bien sabido que de todos los padecimientos en que se ven inmersos los países latinoamericanos, la falta de salud es el más cruento, sin embargo, las principales políticas de los últimos años no se han referido a esta área.

Un aspecto importante y que tiene que ver con las condiciones de salud de una población es la mortalidad infantil. Según el UNICEF, para 1994 las principales causas de muertes infantiles en la región eran tres: afecciones perinatales (187.000 defunciones), infecciones intestinales (111.000 defunciones) e infecciones respiratorias agudas (82.000 defunciones).

Durante las últimas décadas, los países latinoamericanos han visto disminuir su mortalidad infantil debido principalmente al mejoramiento y al incremento de la accesibilidad de la población a los diferentes servicios básicos, entre ellos el mejoramiento en las condiciones higiénico sanitarias y una mayor cobertura en los servicios de salud.

El aumento de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad ha dado lugar a la disminución de las enfermedades infecto contagiosas, las cuales para el global de los países latinoamericanos ha sido una de las principales causas de morbimortalidad en los niños menores de un año. Sin embargo, cabe anotar que a pesar de los adelantos técnicos y de las mejoras de las condiciones de salud de la población, siguen existiendo países tales como Bolivia, que a pesar de los esfuerzos encauzados en los últimos años, en materia de salud, continúa presentando altas tasas de morbimortalidad por enfermedades infecto-contagiosas, por lo cual los esfuerzos y las políticas deben orientarse a la disminución de la mortalidad infantil a corto plazo como una estrategia nacional fundamental.

Si se realiza una comparación con el resto de América Latina, se ve claramente que la población boliviana es la que presenta los riesgos más elevados de mortalidad en los primeros años de vida. En efecto, Bolivia se encuentra en el grupo de países que tienen las tasas más elevadas de mortalidad infantil.

El actual nivel de la mortalidad infantil boliviana, corresponde a aquel que se dio hace un siglo en los países industrializados. Sin embargo, según los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1992, la mortalidad infantil ha tenido un descenso importante en los últimos 16 años. Descendió de 151 por mil en 1976 a 75 por mil en 1992.

Durante el período 1982-1992, en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 94) se constata una disminución de 105 defunciones por mil nacidos vivos a 75, una disminución de casi el 30 por ciento.

Cuando se experimenta un descenso en la mortalidad, se espera que los riesgos se concentren cada vez más en el primer mes de vida, porque son los que provienen de razones congénitas (causas endógenas), y por tanto más difíciles de reducir. Las causas de las defunciones entre los 2 y 11 meses se atribuyen, principalmente, a los condicionantes socio-económicos imperantes en los hogares bolivianos.

Como una manera de crear justicia social y equidad en la población boliviana, el gobierno está implementando profundos cambios políticos en las estrategias sociales, incorporando a la sociedad civil en el proceso de toma de decisiones y también una efectivización de la función del Estado. Por tanto, son importantes las nuevas reformas del poder del Estado como son la Capitalización de las empresas públicas, la Reforma Educativa, la Participación Popular y la Integración de los Servicios de Salud.

La Participación Popular permitirá una mejor distribución del ingreso y una mejor atención a la salud, mostrando así el objetivo de calificar el capital humano.

La Reforma del sector salud permitirá que los bolivianos puedan ejercer su derecho a la salud; tomando en cuenta que Bolivia se encuentra en el grupo de países de transición demográfica incipiente, puesto que presenta altas tasas de mortalidad infantil (75 por mil para 1992, pese a haber sufrido un considerable descenso desde 1976), y una alta fecundidad (5 hijos por mujer).

La Política de salud está orientada a la transformación del sector para la construcción de un sistema nacional descentralizado que articule funcionalmente subsectores: público, de seguridad social y el sector privado incluyendo las ONG's. De esta manera se pretende el desarrollo de sistemas locales de salud sostenibles.

En el marco de la reforma, se elaboró el "Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, Perinatal y del Niño"(Plan Vida) que "se concibe como una propuesta social. Por tanto, este no debe ser entendido como actividades puramente médicas o sanitarias, sino como una interacción organizada y sistemática de intervenciones técnicas y sociales para superar la actual situación, poniendo énfasis en devolver a la población su derecho a una atención de calidad y humanizada, mejorar el nivel educativo de la mujer, la nutrición del niño y la embarazada y la instalación de servicios capaces de resolver los problemas de salud, prioritariamente de las áreas de riesgo".¹

El Plan pretende reducir la mortalidad materna en 50% en un plazo de 4 años, y al mismo tiempo reducir la mortalidad perinatal en un 30%. También se busca disminuir en 50% el número de muertes de niños menores de un año y en un 50% el número de muertes de niños menores de 5 años.

Se plantea que el establecimiento de sistemas locales de cuidado materno y del menor de cinco años, que cuenten con sus propios planes estratégicos, elaborados con participación amplia de los más diversos actores sociales, permitirá alcanzar metas propuestas.

El desarrollo a nivel provincial-distrital-municipal, de sistemas locales para el cuidado integral materno, perinatal y del menor de 5 años, consiste en la habilitación de centros de referencia capaces de cumplir con las funciones

^{1/} Secretaría de Salud, 1994.

obstétricas, perinatales y pediátricas esenciales. Organizados con enfoque de riesgo y perspectiva de género, desarrollados con la planificación estratégica y participativa local, en base a la participación solidaria y concertada de la Secretaría de Salud, los seguros de salud, municipios y la comunidad organizada, considerando la diversidad de antecedentes, tradiciones y costumbres de las diferentes comunidades y etnias bolivianas.

En este contexto, este plan permitirá que las actividades de Información, Educación y Comunicación (I.E.C.) no queden al margen, puesto que toma esta trilogía como una prioridad, concediendo a ella el 20% del presupuesto, y específicamente un 24% dirigido al sector del niño, sin embargo la experiencia ha demostrado que la conducción de I.E.C. en salud no ha sido siempre la más acertada.

Los lineamientos y propuestas que se puedan hacer en el área de Información, Educación y Comunicación son fundamentales para conducir acertadamente los esfuerzos en salud. Esta trilogía ha sufrido una continua marginación de parte de la Secretaría de Salud de Bolivia. Sin embargo, a partir del presente gobierno, se ha puesto un gran énfasis en este aspecto, dándole un lugar especial en la Reforma de la salud mediante el Plan Vida, lo importante es que no se desaprovechen los recursos y que estas actividades sean muy bien encauzadas.

Por tanto, a través de la presente investigación, se pretende contribuir a la generación de propuestas de comunicación y difusión que puedan ser útiles y oportunas para la implementación de planes y programas destinados a la mujer y a su hijo, con el fin de reducir la mortalidad infantil en Bolivia. En particular contribuir al fortalecimiento de los lineamientos de las políticas de comunicación en salud.

Se alcanzará ese objetivo a través del conocimiento de las características de la mortalidad infantil, entre ellas las relacionadas al acceso de la madre a los medios de comunicación. De la misma manera, es importante la detección del grupo de madres en riesgo de tener hijos que puedan ser afectados por la mortalidad infantil, para determinar el grupo objetivo de las futuras campañas.

Se constituye como fuente de datos principal del análisis, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA 94, por contar con información más reciente sobre el tema.

Los contenidos centrales del análisis, pueden servir de insumos para fortalecer el diseño de las políticas de comunicación en salud, las políticas de población en el área de la salud; asimismo contribuir con sus resultados a la fijación de acciones y metas en los programas de otros sectores, entre otros al Plan Vida.

Los resultados del análisis, además de ser útiles a los objetivos indicados, servirán de base para la realización de investigaciones en mayor profundidad con el apoyo de encuestas especializadas.

II. COMUNICACION EN SALUD Y MORTALIDAD INFANTIL: REFLEXIONES TEORICAS

1. UN ACERCAMIENTO A LA MORTALIDAD INFANTIL

Para referirse a lo que es la mortalidad infantil, se debe partir de que existe mortalidad diferencial, entonces:

En demografía se entiende por mortalidad diferencial "el estudio de la mortalidad entre diversos grupos según sus características y condiciones socioeconómicas"².

La mortalidad es diferencial entre distintas poblaciones y subpoblaciones de un mismo país, ella refleja las condiciones de vida dentro del mismo.

Al principio de la vida, la mortalidad es muy sensible a los cambios en las condiciones de vida. Por esa razón se usa a la mortalidad como indicador de las condiciones socioeconómicas de una población.

Desde el punto de vista médico, y por su impacto sobre la dinámica de la población se presta mucha atención a la mortalidad que ocurre durante el primer año de vida. A esta mortalidad tanto en el campo de la salud como en el demográfico, se le conoce como **mortalidad infantil**.

²/ CELADE, 1993.

1.1. Causas de la Mortalidad Infantil

Las formas para clasificar las defunciones según causa son diversas, a continuación se hace la descripción de una de ellas.

Se pueden clasificar las causas de muerte en dos grandes grupos, según su naturaleza.

- Las causas endógenas que provienen de la constitución genética del individuo, de las malformaciones congénitas, del traumatismo provocado por el nacimiento.
- Las causas exógenas que corresponden a circunstancias o factores externos al individuo, tales como enfermedades infecciosas y parasitarias y los traumatismos accidentales.

Cuando la mortalidad descende, pierden importancia relativa las muertes por causas exógenas, fundamentalmente debidas a enfermedades infecciosas y parasitarias, y aumenta la importancia relativa de las muertes provocadas por causas endógenas.

En los primeros años de vida, y en forma más evidente después del primer mes, la mortalidad se asocia fuertemente con factores de tipo exógeno que inciden sobre la salud del recién nacido. Esto ha provocado que se considere al nivel de la mortalidad en las edades tempranas como un buen indicador de las condiciones de salud de la población.³

1.2. Un modelo de la mortalidad infantil

Una visión al modelo de la mortalidad infantil propuesto por B. van Norren y H.A.W. van Vianen, muestra trece variables intermedias que afectan a cuatro factores de riesgo de la mortalidad infantil. Dichas variables están agrupadas en cinco categorías y la mayoría de ellas están relacionadas a las

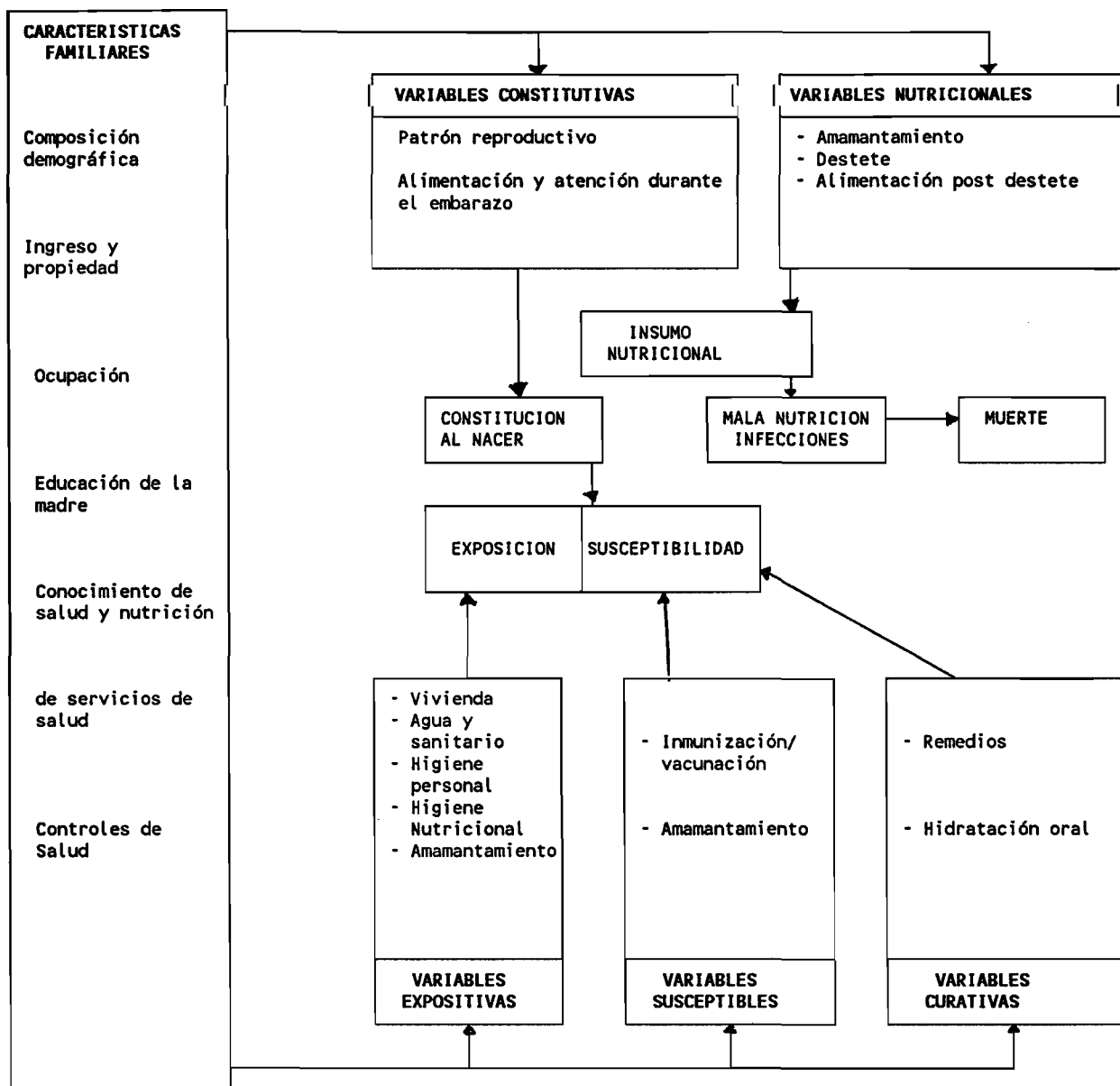
^{3/} CELADE, 1993.

prácticas del cuidado de la madre.

Las características familiares presentan las variables:

- Composición demográfica que tiene que ver con el tamaño, la composición por sexo y edad, lo cual muestra la distribución de los alimentos y el cuidado familiar.
- Ingreso y propiedad, variables económicas que reflejan la situación socio-económica de la familia.
- Educación de la madre, una variable social de mucha importancia.
- Conocimientos de salud y nutrición de quienes tienen bajo su responsabilidad el cuidado de los niños
- Conocimiento y uso de servicios de salud y los respectivos controles, dos variables importantes para la salud y el cuidado de los niños.

UN MODELO DE LA MORTALIDAD INFANTIL



Fuente: En base al modelo de B. van Norren y H.A.W. van Vianen.

2. RELACIÓN DE LA FECUNDIDAD CON LA MORTALIDAD INFANTIL

Cuando se estudia la fecundidad y la mortalidad infantil en distintas áreas geográficas o a través del tiempo, es habitual encontrar que entre los niveles de ambas variables existe una estrecha relación directa. En parte ello se debe a que hay factores, tales como el grado de urbanización o el nivel de instrucción de la población que actúan en la misma dirección sobre ambos índices.

Sin embargo, la mortalidad infantil y la fecundidad, tienen además relaciones recíprocas que son independientes de estos determinantes comunes o interconectados. Es así como la alta mortalidad infantil puede impedir el descenso de la fecundidad o bien favorecer que se mantenga alta. En este sentido contrario, la alta fecundidad puede crear condiciones desfavorables para la supervivencia infantil (Taucher, 1988).

Cuando el mejoramiento de la salud materno infantil se menciona como objetivo de los programas de planificación de la familia, lo que se espera es que el descenso de la fecundidad provoque un cambio en la estructura de los nacimientos respecto a factores de riesgo para madres y niños relacionados con el nivel de la fecundidad. Entre estos factores están la edad materna en ambos extremos de la edad fértil, los ordenes de nacimiento elevados y los intervalos intergenésicos demasiado cortos. Los nacimientos en estas categorías desfavorables serían frecuentes cuando la fecundidad es elevada (Taucher, 1990).

3. LAS CONCEPCIONES DE LA POLÍTICA DE SALUD

Tradicionalmente la salud ha sido entendida como la ausencia de enfermedad y también percibida como un problema de orígenes físico biológicos. Por tanto, se planteaba solamente la curación de enfermedades o heridas para evitar la muerte. Esta misión era sólo competencia de los profesionales en medicina y de sus auxiliares. Hace relativamente pocos años, algunos médicos, especialmente los especializados en la disciplina de salud pública, propusieron la innovadora idea de que valía más prevenir que tener que curar y se

percataron de que para ello debían apelar a recursos educativos. Pero, hasta la fecha tal innovación pareciera haber sido más tolerada que propiciada y así el esquema curativo-de origen mercantil-no social-tiende a retener el primer plano en el escenario de las políticas de salud. En consecuencia las estrategias programáticas institucionales, la formación del personal, la orientación de los funcionarios, la naturaleza de los servicios, la asignación de los recursos y los planes operativos para la salud del pueblo han obedecido normalmente a los principios y normas derivados de aquella mentalidad tradicional.

A partir de ello, la retórica ha apoyado la priorización del aspecto de la prevención al de la curación, pero sin convertirse en exitosos hechos.

3.1. La política de promoción

En la Carta de Ottawa de 1986, se menciona que la salud funciona por medio de la acción comunitaria concreta y efectiva para establecer prioridades, tomar decisiones, planear estrategias y desarrollarlas para obtener mejor salud. La esencia misma de este proceso es dar el poder a la comunidad, rescatar el control y propiedad de su propio comportamiento y destino.

Una de las principales ventajas de la política de promoción es el reconocimiento del individuo como sujeto (no como objeto).

En el eje mismo de estas consideraciones se ubica a la comunicación, pues es esta la que posibilita en alto grado que se lleven a cabo las funciones de movilización, manejo de información y construcción de relaciones recíprocas por parte de la población a los fines de que ella modele su propia conducta como individuos pero también como cuerpo societal.

La comunicación juega un rol importante para el desarrollo de una sociedad, en la democratización de la información y en el acceso al conocimiento de los asuntos vinculados a su salud.

"Si la salud es un derecho universal y fundamental, según afirma en los principios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entonces la comunicación para la salud- o sea, compartir los conocimientos y prácticas que puedan conducir a una mejor salud- es una obligación de los ministerios

de salud de toda la región. La comunicación para la salud abre las puertas y ventanas de los hospitales y consultorios y lleva los mensajes que pueden salvar vidas y aumentar el bienestar en los hogares y comunidades de todo el país, incluso en aquellos que raras veces ven a un médico o a una enfermera"⁴.

4. COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

La comunicación para la salud, se define como la comunicación en el sentido más amplio de la palabra, agrupando nuevos canales y medios y trascendiendo los programas educativos tradicionales.

La comunicación para la salud proporciona a individuos y comunidades las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar la calidad de su vida.

Las Américas piden la igualdad en la salud y nuevos instrumentos para combatir las enfermedades tradicionales del atraso y la pobreza, así como las nuevas enfermedades resultantes de la urbanización y la industrialización. La comunicación para la salud es uno de esos instrumentos.

4.1. Comunicación educativa

La comunicación educativa al servicio de la salud pública es una disciplina que ha cobrado niveles importantes de intensidad y avance en Latinoamérica desde principios de la década de 1980, justamente cuando esta región del mundo "en desarrollo" comenzaba a sumirse en la más devastadora crisis económica de toda su historia. Esto puede haber ocurrido en parte por azar. Pero también parece haber ocurrido, en grado significativo, porque fue en esta década justamente en la que surgieron ideas revolucionarias sobre la salud pública que dieron pie a políticas muy distintas de las que prevalecían hasta entonces en el ámbito internacional (Beltrán, 1993).

Proclamando la salud como un derecho universal y fundamental esas políticas

⁴/ Comité Asesor sobre Políticas de Comunicación para Promoción de la Salud, 1993.

tienden a sacarla de los consultorios y hospitales para ponerla en manos de las comunidades. Y para hacerlo así, los programas de salud tienen que, por una parte conquistar el pleno apoyo de la opinión pública y, por otra, llegar prontamente a millones de seres humanos perdidos en las brumas del subdesarrollo con mensajes que los ayuden a tomar efectivamente en sus manos las decisiones y las acciones en favor de su salud.

4.2. Uso de las comunicaciones para la promoción de la salud

Se establecen o fortalecen las unidades de comunicación en los ministerios de salud y se estructuran sus funciones. Las unidades de comunicación no producen programas independientes, sino que cumplen un papel de integración, coordinación, apoyo y entrenamiento del resto de los programas para el uso integrado de las comunicaciones.

Se considera la comunicación social como una estrategia que incluye no sólo la provisión de información, sino elementos de educación, persuasión, movilización de la opinión pública, participación social y promoción de audiencias críticas.

4.3 Comunicación preventiva

La comunicación preventiva busca, pues inhibir comportamientos no saludables y propiciar aquellos que favorecen a la salud y protegen la vida. Como tal requiere de estrategias que induzcan a la gente a hacer ciertas cosas y a no hacer otras. Y esas estrategias por lo general son consignadas en rigurosos y detallados planes estratégicos.

4.4. Información, educación y comunicación

Enfrentando ahora con el revolucionario desafío de aprender a manejar la salud como un bien social colectivo-el personal técnico de salud ha cobrado plena conciencia de que esa nueva misión no es realizable sin el concurso resuelto y múltiple de la comunicación, la que ha llegado en los últimos años a contar con un arsenal tecnológico de extraordinaria efectividad.

Al revisar las políticas de salud delineadas a nivel mundial a partir de Alma

Ata en 1978 se registró claramente esa estimulante confianza en las aptitudes de la "información, la comunicación y la educación" (I.E.C.) para el desarrollo. Y esto constituye todo un reto histórico para los expertos en esas disciplinas especializadas en la modelación multitudinaria de conductas.

Información pretende crear un clima general y propicio, divulgar conocimientos y forjar actitudes. Se emplean canales como: medios de contacto impersonal, masivo y a distancia, teléfonos, correo. Se dirigen a público general, a líderes de opinión, forjadores de decisiones sobre asuntos de interés colectivo. Las principales competencias requeridas son el periodismo la publicidad, las relaciones publicas, encuesta de opinión pública y mercadeo social.

Educación pretende impartir orientaciones y destrezas. Los canales que emplea son recursos de contacto interpersonal, formal y presencia en aula. Se dirigen a públicos de maestros, estudiantes de primaria y secundaria, estudiantes de universidades e institutos de salud, funcionarios del sector de salud (médicos, enfermeras, etc). La competencias requeridas son pedagogía, psicología educativa, técnicas de contacto individual, dinámicas de grupo.

Comunicación pretende divulgar conocimientos, forjar actitudes e inducir a prácticas. Los canales que usualmente se emplean son los medios de contacto impersonal, masivo y a distancia, recursos de contacto interpersonal y presencia fuera del aula y no formal. Los públicos a los que se dirigen son los individuos, grupos y masas de interés como beneficiarios de programas. Las principales competencias requeridas son los principios de comunicación para el desarrollo, técnicas de contacto individual, de grupo y de masas, Antropología cultural, Psicología social.

4.5. Hacia una política de comunicación para la salud

Por comunicación para la salud pública puede entenderse, en un sentido amplio, aquel proceso de influencia social multitudinario que proporciona conocimientos, forja actitudes y provoca prácticas requeridas de la población por los programas de salud para mejorar el estado de ésta última. En un sentido más específico y operativo algunos la perciben como "el intento sistemático de influir positivamente en las prácticas de salud de poblaciones

extensas utilizando principios y métodos de la comunicación masiva, diseño de la instrucción, mercadeo social, análisis del comportamiento y antropología médica".

La política de comunicación para la salud pública puede entenderse como un conjunto de principios, normas y aspiraciones que dan fundamento teleológico⁵ a intervenciones de comunicación al servicio de políticas de salud pública⁶ (Beltrán,1993).

El que exista una política nacional de comunicación para la salud depende, principalmente, de la pre-existencia de una política nacional de salud, y complementariamente, de la existencia de una política nacional de comunicación con carácter global.

Esa política global de comunicación no existe a la fecha en ningún país de América Latina aunque esta región fue precursora en el movimiento internacional hacia su establecimiento y es en parte por su ausencia que algunos segmentos de la población de la región aún no tienen, por ejemplo, pleno acceso a la comunicación masiva.

4.6. Medios de comunicación

Dentro del proceso de la comunicación, los medios de comunicación son los vehiculos en los cuales se transporta el mensaje, entre ellos están: la radio, televisión, periódico, revistas, folletos, afiches, personas, etc.

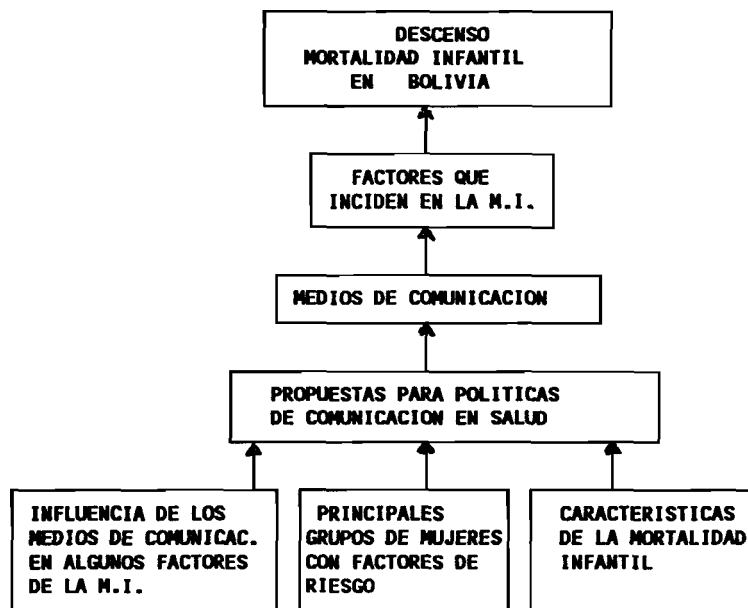
5. EXPLICACIÓN DEL MODELO A UTILIZAR

El objetivo de fortalecer el lineamiento de las políticas de comunicación en salud, será alcanzado a través de tres líneas de acción, en base al supuesto de que la mortalidad infantil está directamente relacionada con la fecundidad y los cuidados de la madre:

^{5/} Pertinente a los propósitos, a la orientación.

^{6/} Esta definición se basa a su vez en la fórmula latinoamericana hace ya 20 años, acogida por la UNESCO y adoptada universalmente desde entonces (Beltrán, 1973, UNESCO, 1974).

- La primera consiste en conocer la posible influencia de los medios de comunicación en la mortalidad infantil. Ello se logrará conociendo las relaciones entre la mortalidad infantil y el acceso de las madres a los medios de comunicación.
- La segunda consiste en determinar cuál es el grupo de mujeres al que se deberá focalizar para trabajar con comunicación en salud, para ello será importante conocer a través de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1994, cuáles son las mujeres que presentan mayores riesgos de tener embarazos que terminen en la muerte de los hijos.
- La tercera se refiere a la especificidad de los mensajes, según las características de la mortalidad infantil. Para ello, a través de la fuente de información será necesario conocer cuáles serían algunas de las causas más frecuentes de mortalidad infantil.



Las contribuciones para fortalecer el lineamiento de políticas de comunicación en salud, especialmente en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad infantil, se inscribe dentro de lo que en el modelo de mortalidad infantil se denominó Características Familiares. Dentro de esta área se destaca la importancia del conocimiento de los familiares, especialmente de los padres, respecto a las variables relacionadas a la mortalidad infantil.

III. CARACTERISTICAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN BOLIVIA

Esta parte del documento pretende dar un diagnóstico de la situación actual de la mortalidad infantil, sus causas, conocer cuáles son las mujeres que tienen mayores factores de riesgo conducentes a la mortalidad infantil de sus hijos.

Todo el diagnóstico se basa en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA 94, pues se constituye en la fuente más actual que presenta este tipo de información⁷.

1. SITUACION DE LA MORTALIDAD INFANTIL

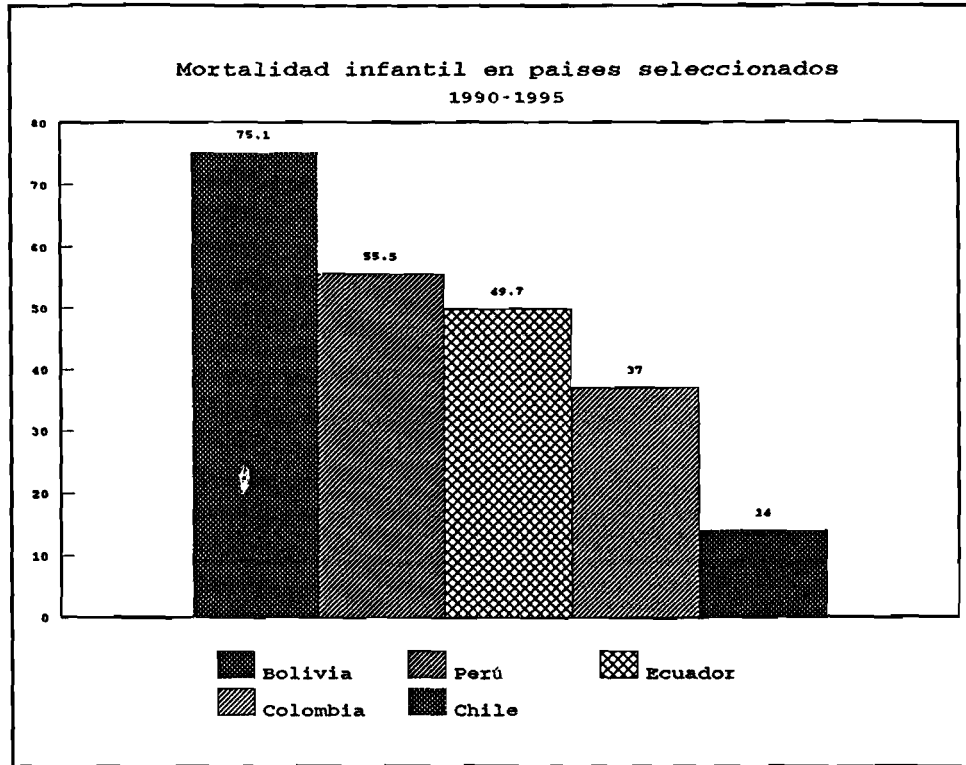
El actual nivel de la mortalidad infantil boliviana, corresponde a aquel que se dió hace un siglo en los países industrializados. Actualmente Bolivia presente una de las tasas más elevadas de mortalidad infantil a nivel latinoamericano.

En el gráfico 1 se presenta una comparación de la tasa de mortalidad infantil boliviana con las de cuatro países sudamericanos: Perú, Ecuador, Colombia y Chile.

Se observa que la tasa de mortalidad infantil boliviana (75 por mil), es casi seis veces más alta que del país vecino Chile (14 por mil).

^{7/} Los datos fueron realizados con apoyo en el programa computacional SPSS (programa estadístico para las ciencias sociales).

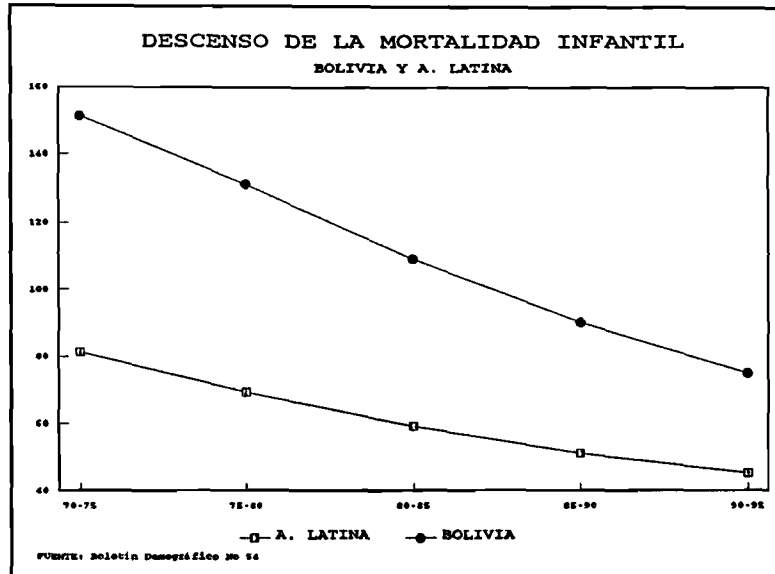
GRAFICO 1



Fuente: Dirk Jaspers, Tendencias de la mortalidad por sexo y edad en América Latina, 1950-1995.

GRAFICO 2

Según los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1992, la mortalidad infantil ha tenido un descenso importante en los últimos 16 años. Descendió de 151 por mil en 1976 a 75 por mil en 1992.



En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 94) se constata una disminución de 105 defunciones por mil nacidos vivos a 75, una disminución de casi el 30 por ciento.

Si bien la mortalidad infantil en Bolivia ha tenido un descenso significativo, en los últimos años, con respecto al descenso observado en el promedio latinoamericano (como se observa en el gráfico 2), continúa presentando un nivel alto, muy lejano del promedio de la región.

1.1 Mortalidad infantil según área de residencia

Al realizar el análisis por área de residencia, se encuentran que la mortalidad urbana ha descendido en 23 por ciento entre los períodos 1984-1989 y 1989-1994 (de 78 a 60 por mil). La mortalidad infantil del área rural es de 92 por mil, vale decir que un 50 por ciento mayor que la del área urbana, en 1989 esta tasa ascendía a 121 por mil.

diferenciales de la mortalidad infantil es el nivel de educación alcanzado por las mujeres. El niño cuya madre no tiene instrucción tiene 3 veces más riesgo de morir que aquel cuya madre cuenta con instrucción media o más.

Otra diferencia importante se presenta entre los hijos de mujeres que no recibieron ni atención prenatal ni el el parto, quienes tienen una probabilidad de morir, antes del año, casi tres veces mayor que los hijos de las que si recibieron ambas atenciones (99 versus 36 por mil).

CUADRO 3
Mortalidad infantil por características demográficas

CARACTERÍSTICAS	MORT. INFANTIL
SEXO	
HOMBRE	91
MUJER	82
EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO DEL NIÑO	
15-19	89
20-29	79
30-39	95
40-49	122
ORDEN DE NACIMIENTO	
1	63
2-3	77
4-6	101
7 +	114
DURACIÓN DEL INTERVALO ANTERIOR EN AÑOS	
< 2	138
2-3	77
4 +	51
TOTAL	87

Fuente: ENDSA 94

En el cuadro 3 se puede apreciar que en el período de 10 años, la mortalidad de los niños es 10 por ciento mayor que las niñas (91 versus 82 por mil), pero esta diferencia se ha reducido en los últimos años. Así por ejemplo, la

diferencia en las tasas de mortalidad que se estimaron en 1989 es de 23 por ciento (106 versus 86 por mil).

Cuando se analizan los resultados por edad de la madre se encuentra el tradicional comportamiento: alto riesgo de mortalidad para niños de madres jóvenes, los menores riesgos para aquellos cuyas madres tienen entre 20 y 29 años y, luego, aumento importante de los riesgos con la edad, sobre todo después de los 40 años.

La probabilidad de fallecer antes de cumplir el primer año de vida es 55 por ciento más alta en los niños que nacen de madres con más de 40 años que de otra que tenga entre 20 y 29 años.

Los riesgos también aumentan rápidamente con el número de orden de los nacimientos; si el recién nacido es el cuarto a sexto hijo, su riesgo de muerte es 60 por ciento más alto que el de otro niño que sea el primero.

Si se tiene en cuenta que en Bolivia el 59 por ciento de las mujeres unidas en edad reproductiva ya tienen por lo menos 3 hijos y que casi 3 de cada 5 de ellas no usan método anticonceptivo alguno¹¹, puede concluirse que habría un fuerte contingente de nacimientos sujetos a altos riesgos de mortalidad.

Los niveles de mortalidad por duración del tiempo transcurrido entre un nacimiento y otro en la vida reproductiva de una mujer permiten apreciar otro aspecto en el que se vinculan estrechamente la fecundidad y la mortalidad infantil (cuadro 3).

Casi 1 de cada 7 de los niños nacidos con un intervalo intergenésico de menos de 2 años muere durante el primer año de vida, en comparación con 1 de cada 20 cuando tal intervalo es de por lo menos 4 años. El corto espaciamiento, por otro lado, agota físicamente a la mujer y afecta sus posibilidades de sobrevivencia ante un nuevo embarazo. Cuando el intervalo intergenésico es corto, es poco el tiempo que la madre puede disponer para el cuidado del hijo, provocando inclusive una corta lactancia que afecta la nutrición del niño.

¹¹/ ENDSA, 1994.

Por otro lado, la adecuada atención profesional de las madres durante el embarazo y el parto, reduce casi a la tercera parte el riesgo de muerte de los hijos, pero en Bolivia casi uno de cada dos embarazos y partos no reciben atención especializada.

1.4. Grupos de alto riesgo reproductivo

El estudio de la mortalidad también puede emprenderse a través de las categorías de alto riesgo de mortalidad en la población, no solamente desde el punto de vista de los niños nacidos vivos, sino también desde el punto de vista del grupo de mujeres cuyos hijos se encuentran en categorías de riesgo de mortalidad en el futuro. El cuadro 4 contiene el porcentaje de niños nacidos en los últimos cinco años en grupo de alto riesgo de mortalidad y el porcentaje de mujeres en unión en riesgo de concebir un niño con alto riesgo de mortalidad, según categorías de riesgo.

Normalmente se consideran como de riesgo elevado los nacimientos que presenta una o varias de las siguientes condiciones:

- La madre tiene menos de 18 años al momento del nacimiento
- La madre tiene más de 34 años al momento del nacimiento
- El intervalo intergenésico es menos de 24 meses
- El orden del nacimiento es mayor de 3

En Bolivia, la edad materna menor a los 18 años o mayor que 34 años si bien está asociada al riesgo de la mortalidad infantil, su impacto en la mortalidad total no es elevado, por el escaso número de nacimientos. Sin embargo, el impacto es mayor cuando esta variable entra en combinación con otros factores de riesgo. Para los nacimientos de los últimos 5 años que ocurrieron en condiciones de alto riesgo (62 por ciento del total), los principales determinantes de ese alto riesgo son el orden de nacimiento superior a 3 (21 por ciento de nacimientos) y el intervalo de espaciamiento menor a 24 meses (11 por ciento), factores que definen el 32 por ciento de los nacimientos si se consideran sólo sus efectos simples, si se toma en cuenta las interacciones con la edad, su contribución aumenta al 55 por ciento. Por ejemplo, la interacción del orden de nacimientos superior a 3 hijos con la edad mayor a 34 años contribuye con 11,4 por ciento de los nacimientos de riesgo elevado.

CUADRO 4

Categorías de alto riesgo reproductivo¹²

Porcentaje de niños nacidos en los cinco años anteriores a la encuesta en categorías de riesgo elevado de mortalidad y porcentaje de mujeres en unión a riesgo de concebir un hijo con riesgo elevado de mortalidad, por categoría de riesgo, Bolivia 1994.

CATEGORÍA DE RIESGO	NACIMIENTOS	EN LOS 5	AÑOS
	PORCENTAJE DE NACIMIENTOS	RAZÓN DE RIESGO ¹³	PORCENTAJE DE MUJERES EN UNIÓN
EN NINGUNA CATEGORÍA DE RIESGO ELEVADO	38.4	1.0	24.4 ¹⁴
TOTAL EN CATEGORÍAS DE RIESGO ELEVADO	61.6	1.6	75.6
EN UNA SOLA CATEGORÍA DE RIESGO ELEVADO	37.2	1.2	31.3
Madre menor de 18 al nacimiento (edad<18)	4.5	1.1	0.4
Madre mayor de 34 al nacimiento (edad>34)	1.1	1.1	6.3
Intervalo de nacimiento <24 meses (IN<24)	10.7	1.3	8.6
Orden de nacimiento mayor de 3 (ON>3)	21.0	1.3	15.9
EN VARIAS CATEGORÍAS DE RIESGO ELEVADO	24.3	2.2	44.3
Edad <18 & IN <24 ¹⁵	0.6	2.4	0.4
Edad >34 & IN <24	0.1	3.6	0.4
Edad >34 & ON >3	11.4	1.4	27.9
Edad >34 & IN < 24 & ON >3	3.1	3.0	4.8
IN <24 & ON >3	9.0	2.8	10.9
TOTAL	100.0	NA ¹⁶	100.0
NUMERO	6114	NA	5334

Fuente: ENDSA 94

^{12/} Los datos fueron calculados por el personal a cargo de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA 94.

^{13/} La razón de riesgo en la segunda columna del cuadro se define como cociente de (1) la proporción de niños muertos entre aquellos nacidos en una categoría específica de riesgo y (2) la proporción de niños muertos entre aquellos nacidos a mujeres en ninguna categoría de riesgo elevado, es decir, aquellos para quienes la razón de riesgo es 1.

^{14/} Incluye a las mujeres esterilizadas.

^{15/} Incluye las categorías combinadas edad < 18 y ON > 3.

^{16/} NA= No aplicable.

1.2. Estimaciones de la mortalidad infantil

Las estimaciones coinciden con el notable proceso de concentración de la población en las grandes ciudades en los últimos años, lo que provocó que exista más gente cerca de los establecimientos de salud, por tanto, también se detecta un aumento en el acceso a los servicios. Ha existido también una mejora en la cobertura de vacunaciones, atención prenatal y del parto.

A ello, se debe añadir la reducción de la fecundidad que es importante en el descenso de la mortalidad infantil, por cuanto se reducen los embarazos de riesgo. También es importante considerar el incremento en el nivel educativo de la mujer boliviana, aunque todavía no es de los mejores.

1.3 Diferenciales de la mortalidad

Para analizar los diferenciales de la mortalidad, la ENDSA 94 toma como referencia 10 años anteriores a la encuesta, de todas formas, las cifras de los cuadros deben ser tomadas como indicativas de los niveles existentes entre los diversos grupos socio-demográficos analizados.

CUADRO 2
Mortalidad infantil por características seleccionadas

CARACTERÍSTICA	MORTALIDAD INFANTIL
AREA	
URBANA	69
RURAL	106
REGION	
ALTIPLANO	96
VALLE	101
LLANO	53
NIVEL DE INSTRUCCION	
SIN INSTRUCCION	122
BASICO	103
INTERMEDIO	62
MEDIO O MAS	38
ATENCIÓN PRENATAL O PARTO	
NINGUNA	99
ALGUNA DE LAS DOS	75
LAS DOS	36
TOTAL	67

Fuente: ENDSA 94

El cuadro 2 muestra que la región del Llano tiene características muy diferentes a las del Altiplano y el Valle, donde la mortalidad es casi el doble.

Los datos corroboran que el factor más importante en la generación de los

CUADRO 1
Evolución de la mortalidad infantil

	CENSO	CENSO	ENPV ⁹	ENDSA	ENDSA	UNICEF
AÑO	1976	1992	1988	1989	1994	ESTIMACIONES QUINQUENALES ⁹
1972	150					
1973						151
1974			125			
1975						
1976						
1977			122			131
1978						
1979						
1980			116			
1981				103	105	
1982						109
1983			109			
1984						
1985			100			
1986				89	99	
1987			104			90
1988						
1989						
1990		75				
1991					75	75

Fuente: ENDSA 94¹⁰

^{9/} ENPV Encuesta Nacional de Población y Vivienda.

^{9/} Los datos se encuentran a mitad del quinquenio estimado.

^{10/} En el método indirecto, las tasas han sido calculadas con datos sobre hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes de mujeres de 20 a 49 años usando el modelo Sur de Coale-Demeny, con la variante dos de Trussell (véase K. Hill, H. Zlotnik y J. Trussell. 1981. Demographic Estimation: A Manual on Indirect Techniques. Washington, D.C.:National Academy of Sciences, Committee on Population and Demography).

Tomando en cuenta la situación de edad, paridez, y el tiempo transcurrido desde el nacimiento de su último hijo, se ha calculado la distribución de las mujeres según la categoría de riesgo en que serían clasificadas si quedaran embarazadas. Las mujeres se asignan a una categoría dada dependiendo de la situación en la cual se encontrarían en el momento del nacimiento del niño si este fuese concebido en el mes de la entrevista. En la columna tres del cuadro 4 entrarían las mujeres cuya edad actual es menor de 17 años y 2 meses, pues ellas tendrían 18 años en el momento del nacimiento. De igual manera se clasifican las otras mujeres: aquellas cuya edad al momento de la entrevista es más de 34 años y 3 meses, aquellas cuyo nacimiento anterior ocurrió hace menos de 15 meses y aquellas cuyo nacimiento anterior fue de orden 3 o superior. En el cuadro se puede ver que el 76 por ciento de las mujeres actualmente unidas están en posibilidades de concebir hijos con alto riesgo de mortalidad. Estos niños tendrían una probabilidad 60 por ciento mayor de morir en el primer año de vida con respecto a aquellos que no están en tales condiciones (razón de riesgo 1). Estos resultados muestran de nuevo la estrecha conexión entre la conducta reproductiva y las posibilidades de sobrevivencia de los hijos. En este sentido es importante el papel de la planificación familiar en el mejoramiento de la sobrevivencia infantil, para evitar tal escenario.

1.5. Salud materno infantil

Es importante la entrega de información sobre la atención prenatal, la asistencia durante el parto, la cobertura de las vacunas y la prevalencia y tratamiento de ciertas enfermedades, especialmente las vinculadas a la mortalidad infantil como son la diarrea y las enfermedades de las vías respiratorias. El objetivo básico es el de identificar los grupos más vulnerables y así contribuir para la planificación de los futuros programas de salud materno-infantil.

1.5.1 Atención prenatal

Según los datos, la mitad de los nacimientos (50 por ciento) recibieron cuidado prenatal médico. La atención prenatal brindada por enfermeras, auxiliares de enfermería o sanitarios es apenas al 3 por ciento de los nacimientos. Esto representa una leve mejoría con relación a 1989, pues el 44

por ciento de los nacimientos ocurridos tres años antes a la ENDSA 89 tuvieron atención prenatal por médico.

La ENDSA 94 muestra que para los embarazos para los cuales los riesgos de complicaciones son mayores (madres menores de 20 y mayores de 34 años) el cuidado prenatal es menor que en el caso de madres de 20 a 34 años. Un 56 por ciento de los niños de madres que tenían 35 años o más al dar a luz no recibieron atención prenatal, frente al 44 por ciento en el caso de madres que tenían entre 20 y 34 años. La cobertura es también baja cuando el orden de nacimiento es 6 o más (38 por ciento).

Las diferencias de atención prenatal por personal de salud según área de residencia son importantes. En las áreas urbanas 2 de cada 3 nacimientos de los últimos tres años han recibido atención prenatal y en las áreas rurales apenas 1 de cada 3, incluyendo la atención de enfermera, auxiliar de enfermería o sanitario, la cual tiene importancia en estas áreas). Los avances en la cobertura fueron mayores en la zona urbana (5 puntos) que en la rural (3 puntos).

Al nivel de las regiones, el Altiplano presenta las coberturas más bajas: en los tres departamentos alrededor de 2 de cada cinco nacimientos recibieron atención prenatal. Al otro extremo se encuentra el Llano donde casi 7 de cada 10 nacimientos recibieron atención (aunque esta proporción está explicada por el peso de Santa Cruz, donde además la atención prenatal es casi exclusivamente efectuada por el médico). El Valle se encuentra en un nivel intermedio entre las otras dos regiones.

Los mayores diferenciales de cobertura en la atención prenatal por personal de salud se encuentran según los niveles de instrucción: la atención prenatal de una mujer con instrucción media o más es 4 veces mayor que la que no tiene instrucción. Cuando la cobertura se analiza para cuidado prestado por médico, la brecha es aún mayor.

CUADRO 5
CUIDADO PRENATAL, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

Características	Médico	Enfermera Sanitario Auxiliar	Partera Familiar Otro	Nadie	Sin información	Total	Número de nacimientos
Edad de la madre al nacimiento							
< 20	48.3	2.6	0.5	48.1	0.5	100.0	475
20 - 34	52.0	3.0	0.5	44.1	0.4	100.0	2.533
35 +	39.2	3.2	0.8	56.1	0.6	100.0	572
Orden de nacimiento							
1	60.1	2.1	0.6	36.6	0.6	100.0	816
2-3	56.1	2.5	0.4	40.6	0.4	100.0	1.215
4-5	44.5	3.6	0.4	50.9	0.5	100.0	724
6 +	33.5	4.0	0.8	61.3	0.5	100.0	825
Área							
Urbana	67.3	0.6	0.4	31.5	0.2	100.0	1.877
Rural	29.9	5.6	0.6	63.1	0.8	100.0	1.703
Región							
Altiplano	39.3	3.7	0.3	56.6	0.3	100.0	1.654
Valle	50.9	3.0	0.4	44.3	0.4	100.0	1.030
Llano	66.6	1.6	1.1	30.4	1.4	100.0	896
Nivel de instrucción							
Sin instrucción	17.6	3.5	0.4	78.5	0.0	100.0	508
Básico	36.6	3.7	0.8	58.2	0.7	100.0	1.651
Intermedio	65.1	3.1	0.3	30.5	0.9	100.0	593
Medio o más	83.5	1.1	0.3	15.1	0.0	100.0	828
Total	49.5	3.0	0.5	46.5	0.5	100.0	3.580

1.5.2. Toxoide antitetánico

Como parte de la información sobre las condiciones de salud de los niños de las mujeres entrevistadas, se preguntó a las madres si ellas recibieron vacuna contra el tétanos durante la etapa gestacional y el número de veces durante ese embarazo.

Las condiciones de higiene e inmunización que rodean el parto, sobre todo en lo que se refiere a los instrumentos utilizados para el corte del cordón umbilical, hacen que en Bolivia sea necesaria la aplicación de la vacuna antitetánica, a menos que las mujeres no estén enteradas de su objetivo al momento de su aplicación, porque, como se ha visto, la mitad de los nacimientos no han recibido cuidado prenatal, que es cuando debe aplicarse el toxoide. Por estas razones es importante identificar los grupos de riesgo para orientar las campañas y reducir así la morbi-mortalidad infantil.

Para casi 3 de cada 5 menores de tres años las madres no recibieron ninguna dosis de vacuna contra el tétanos. Los niveles de cobertura son más bajos para los niños de madres mayores, de mayor orden de nacimiento, que residen en el Altiplano, y más claramente, cuanto más baja es la instrucción.

1.5.3. Lugar de ocurrencia del parto

La información sobre el lugar de ocurrencia del parto para los niños nacidos en los tres años anteriores a la encuesta, incluyendo la presencia de visitas de atención prenatal, muestra que el 57 por ciento de los nacimientos ocurridos entre 1991 y 1994 tuvieron lugar en los domicilios de las madres.

Las altas proporciones de partos en la casa se incrementan para las madres de 35 años y más y para los nacimientos de orden 4 y más (entre 67 y 75 por ciento). Como era de esperarse, una alta proporción de nacimientos sin ninguna visita de atención prenatal ocurrieron en la casa (casi 9 de cada 10). Los nacimientos sin atención prenatal constituyen el 47 por ciento del total y los nacimientos sin ninguna visita prenatal y en la casa constituyeron el 40 por ciento del total analizado.

Existen notables diferencias en la prevalencia de partos domiciliarios, según lugar de residencia: en el área rural casi 4 de cada 5 partos se atienden en la casa frente a 2 de cada 5 en el área urbana. A nivel de región ecológica, es el Altiplano donde el parto domiciliario tiene mayor frecuencia (7 de cada 10), frente a casi 4 de cada 10 en el Llano mientras que el Valle se encuentra en una situación intermedia con 5 de cada 10 nacimientos teniendo lugar en casa.

Al igual que con la atención prenatal, los mayores contrastes en el lugar de ocurrencia del parto se encuentran según el nivel de instrucción: las mujeres sin instrucción tienen una probabilidad 5 veces mayor de dar a luz en la casa que las mujeres con educación media o más (89 y 18 por ciento, respectivamente).

1.5.4. Tipo de asistencia durante el parto

Con relación al tipo de atención durante el parto a los menores de 3 años, la situación no ha mejorado mucho con respecto a 1989. De los nacimientos 47 por ciento fueron atendidos por el servicio de salud (médicos, enfermeras, auxiliares y sanitarios) en comparación con 43 por ciento en 1989. La mejoría fue ligeramente mayor en el área urbana (3 puntos) en comparación con el área rural (1 punto).

De los nacimientos sin atención profesional (53 por ciento del total), una quinta parte fueron asistidos por parteras¹⁷ y casi 1 de cada 20 no tuvo ningún tipo de asistencia. La atención profesional es mayor en los primeros nacimientos, 64 por ciento, en tanto que en los de orden 6 o más llega sólo al 28 por ciento.

^{17/} Personas con conocimientos empíricos en atención del parto extrainstitucional. Son requeridas y aceptadas especialmente en las áreas rurales.

Entre los nacimientos sin ninguna visita de atención prenatal, 47 por ciento del total de nacimientos de los últimos tres años, apenas el 17 por ciento fueron recibidos por personal profesional.

Los diferenciales por residencia son importantes: en las zonas urbanas 1 de cada 3 nacimientos no recibió asistencia del personal de salud frente a casi 2 de cada 4 de la zona rural. En las regiones ecológicas los extremos se encuentran en el Altiplano (2 de cada 3 nacimientos) y el Llano (1 de cada 3). El Valle se encuentra en una situación intermedia.

Se encuentran aún mayores desniveles en la asistencia al parto por personal de salud cuando se comparan las cifras correspondientes a las mujeres con instrucción media o más con aquellas que no tienen instrucción, con 87 y 12 por ciento de atención del parto por personal de salud, respectivamente.

CUADRO 6
TIPO DE ASISTENCIA DURANTE EL PARTO

Características	Médico	Enfermera Sanitario Auxiliar	Partera Tradicional	Familiar Amiga Otro	Nadie	Total	Número de nacimientos
Edad de la madre al nacim.							
< 20	47.0	5.7	12.5	34.2	0.5	100.0	475
20 - 34	44.5	4.4	9.9	39.0	2.2	100.0	2.533
35 +	31.0	4.0	9.6	51.5	4.0	100.0	572
Orden de nacim.							
1	59.1	5.0	9.1	26.6	0.1	100.0	816
2-3	50.2	4.6	9.0	34.1	2.1	100.0	1.215
4-5	32.7	4.4	10.0	50.6	2.3	100.0	724
6 +	24.1	4.0	13.3	54.1	4.6	100.0	825
Área							
Urbana	61.8	4.4	8.0	24.2	1.7	100.0	1.877
Rural	21.6	4.6	12.7	58.1	2.9	100.0	1.703
Región							
Altiplano	30.9	4.1	8.5	54.3	2.1	100.0	1.654
Valle	44.6	5.6	9.1	37.9	2.8	100.0	1.030
Llano	62.2	4.0	14.7	17.3	1.8	100.0	896
Nivel de Instrucción							
Sin instrucción	10.0	2.2	9.1	73.3	5.4	100.0	508
Básico	28.3	4.8	13.4	50.9	2.6	100.0	1.651
Intermedio	56.4	5.0	11.0	26.6	1.1	100.0	593
Medio o más	81.5	5.0	4.1	9.0	0.5	100.0	828
Atención prenatal							
Ninguna	14.8	2.4	12.6	66.1	4.1	100.0	1.666
1 - 3 visitas	45.9	7.8	12.5	32.3	1.5	100.0	762
4 + visitas	80.9	5.5	5.2	8.3	0.1	100.0	1.140
Total	49.5	4.5	10.2	40.3	2.3	100.0	3.580

1.5.5 Enfermedades respiratorias agudas

Junto con la diarrea y la desnutrición, la infección respiratoria aguda (IRA), especialmente la neumonía, constituye una de las principales causas de mortalidad en la infancia y la niñez en los países del Tercer Mundo. Por este motivo se considera importante medir su prevalencia e indagar acerca de las medidas que las madres toman en presencia de esta enfermedad.

Casi 1 de cada 5 niños (18 por ciento) menores de tres años que tuvo tos las últimas 2 semanas de la encuesta, había presentado síntomas de IRA. Este nivel de prevalencia puede subir a un valor más alto en los meses de junio y julio, que es cuando la temperatura toma sus valores más bajos. La información obtenida en la ENDSA 94 corresponde al período comprendido entre diciembre de 1993 y mayo de 1994.

La tos acompañada de respiración agitada afecta en mayor medida en el segundo semestre de vida, pues 25 por ciento de los niños que están entre los 6 y los 11 meses de edad han presentado el cuadro de IRA en las dos semanas precedentes a la encuesta, frente al 13 por ciento entre los menores de 6 meses. En general no se observan importantes diferencias por sexo, orden de nacimiento, área de residencia, ni nivel de instrucción (aunque la prevalencia es algo menor en los hijos de mujeres con nivel medio o más de instrucción).

En cuanto al tratamiento en centros de salud y otros servicios privados si hay diferencias importantes según el orden de nacimiento. El área y departamentos de residencia y el nivel de instrucción para el 58 por ciento de los primogénitos se buscó asistencia y solamente para el 31 por ciento de los hijos de orden superiores a 5 (orden 6 y más). En la zona urbana se buscó consejo o tratamiento para el 53 por ciento de los afectados por IRA y solamente para el 32 por ciento en la zona rural. Según nivel de instrucción, pese a que no se observan diferencias en la prevalencia de IRA, si existen en lo referente a la búsqueda de auxilio, pues 1 de cada 4 niños de mujeres sin instrucción es llevado para asistencia, en comparación con 2 de cada 3 el caso de las mujeres con nivel medio o más.

1.5.6. Prevalencia y tratamiento de la diarrea

Es un hecho generalmente reconocido que en los países del tercer Mundo la diarrea es muy prevalente y constituye una de las principales causas de muerte en los niños. En América Latina se encontró que la diarrea es la causa más frecuente de muerte por infección entre los menores de cinco años (Chen y Scrimshaw, 1983). Por otro lado, se ha podido constatar que la terapia de rehidratación oral (TRO), ya sea la solución casera con azúcar, agua y sal o los sobres de rehidratación oral (SRO), constituyen un medio efectivo y barato de impedir la muerte de los niños por deshidratación.

Los datos muestran episodios de diarrea en las últimas semanas, entre los hijos actualmente vivos menores de 3 años de las mujeres entrevistadas, y también acerca del tratamiento que recibieron los niños que habían sufrido algún episodio, bien haya sido con sobres de rehidratación oral, solución casera u otros tratamientos.

1.5.6.1. Prevalencia de la diarrea

El 30 por ciento de los niños menores de tres años tuvo un episodio de diarrea en las últimas 2 semanas. En 1 de cada 5 de estos casos la diarrea estuvo acompañada de sangre (6 por ciento), mostrando así situaciones más complicadas.

La epidemia del cólera desatada en el país en 1991, motivó una masiva movilización de las autoridades y de la población en general, con una intensa campaña de educación sanitaria. El mayor cuidado tenido por las amas de casa en el empleo de agua hervida y limpieza elemental para evitar el contagio, hizo que la prevalencia de la diarrea en las 2 semanas anteriores a la entrevista fuera menor a lo encontrado en 1989 (36 por ciento). A la vez, estos resultados estarían mostrando el impacto de la comunicación en salud.

La diarrea afecta más a los niños que tienen entre 6 y 23 meses de edad (37 por ciento en promedio, 39 por ciento para los niños de 12 a 23 meses) que a los menores de 6 meses (17 por ciento).

Prácticamente todas las variables investigadas en la ENDSA 94 muestran diferencias marcadas según nivel de instrucción; sin embargo la prevalencia de la diarrea entre los hijos de madres sin instrucción y de las que tienen nivel medio o más apenas varía del 33 al 27 por ciento, respectivamente.

1.5.6.2. Conocimiento de las sales de rehidratación oral

A nivel nacional, el 84 por ciento de las madres tiene conocimiento de los sueros de rehidratación oral (SRO). Las mayores diferencias se encuentran por nivel de instrucción de las madres, desde un 69 por ciento entre aquellas sin instrucción hasta el 96 por ciento entre las madres que tienen nivel medio o mayor. El conocimiento de las sales es ligeramente mayor entre las mujeres de 25-29 (87 por ciento) que entre el resto de mujeres.

1.5.6.2. Tratamiento de la diarrea

El 10 por ciento de niños con diarrea no recibió ningún tratamiento y el 73 por ciento recibió remedios caseros (incluye casos con otros tratamientos).

El 43 por ciento de los niños con diarrea recibieron terapia de rehidratación oral durante el episodio más reciente. A 3 de cada 4 de éstos se les trato con el SRO y al otro niño con solución casera.

1.5.7. Lactancia y nutrición

1.5.7.1. Lactancia

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

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

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

1.5.7.2. Nutrición

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

1.6. Análisis de grupos específicos

A continuación se presenta un análisis de la mortalidad infantil del último año antes de la Encuesta. El análisis se lo hizo con la intencionalidad de conocer si el comportamiento general se mantiene.

De la misma manera, se realiza un análisis de la mortalidad de la niñez, (Mortalidad hasta 5 años antes de la Encuesta), con la finalidad de conocer con mayor aproximación sobre las causas exógenas que originarían la mortalidad de los niños, puesto que ya son conocidas las causas relacionadas a las variables de la fecundidad.

1.6.1 Mortalidad Infantil registrada el último año, según características

Haciendo un análisis de la mortalidad infantil de los nacimientos registrados en el último año antes de la encuesta vemos que en la desagregación urbana-rural, se presentó que de un total de 77 muertes, el 48 por ciento correspondió al área urbana y el restante 52 por ciento al área rural. Sin embargo, cuando realizamos el análisis midiendo el peso de éstas muertes dentro de su propia área, la mortalidad del área urbana resulta tener un peso relativo del 0.68 por ciento de las mujeres que perdieron un hijo el año anterior, mientras que en el área urbana estas muertes resultan ser de 1.29 por ciento de mujeres que perdieron un hijo.

Los niños del área rural tendrían una probabilidad de morir mayor que los niños del área urbana. En este caso, para las muertes en el último año antes de la encuesta la probabilidad de morir de los niños rurales antes de la encuesta fue de 66 por mil, mientras que del área urbana fue de 53 por mil.

Al mismo tiempo, al referirnos al idioma habitual que hablan las mujeres que perdieron un hijo el año anterior a la encuesta, encontramos que el 57 por ciento corresponde a las que hablan castellano, el 9 por ciento a las que hablan aymara y el 34 por ciento a las que hablan quechua; sin embargo, cuando realizamos el mismo análisis viendo el peso de estas muertes en cada grupo, se encuentra que un 0.68 por ciento de las mujeres que hablan castellano, perdieron un hijo el año anterior a la encuesta, un 1 por ciento de las que hablan aymara y un 2 por ciento de las que hablan quechua.

Los datos corroboran la atención que debe ponerse a los grupos de madres que hablan idiomas nativos (aymara, quechua), porque son las que presentan mayores riesgos de perder un hijo antes de que cumpla el primer año de vida.

De esa misma manera se realizó el análisis según control prenatal y los datos muestran que de un total de las muertes registradas el último año, el 58 por ciento de los embarazos no tuvo control prenatal. Los datos muestran que existe una probabilidad de morir de 77 por mil de los niños cuyas madres no tuvieron acceso al control prenatal.

Al mismo tiempo, los datos mostrarían, un poco el comportamiento que se estaría presentando anualmente en Bolivia.

1.6.2. Causas de muerte en los niños

Al realizar un análisis de las causas de mortalidad del último hijo en los 3 años antes de la encuesta, relacionando con la mortalidad de la niñez de los 5 años antes de la encuesta, se encuentra que la mayor causa de muerte es la referida a la diarrea como causa principal, seguida de las enfermedades respiratorias y posteriormente las enfermedades infecciosas.

Dentro de estas causas, es importante mencionar que la causa que origina la muerte de más niños en una sola familia es la enfermedad diarreica aguda.

2. SINTESIS DE RESULTADOS

A partir del diagnóstico realizado, en base a los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA 94, respecto a las características de la mortalidad infantil y a la accesibilidad de la población a los medios de comunicación, podemos concluir que:

- La mortalidad infantil en Bolivia es elevada, sin embargo existe un proceso de descenso que aún no es el mejor.
- Es el área rural que presenta mayor incidencia de mortalidad infantil.
- Las mujeres con menor nivel de instrucción tienen hijos con riesgo 3 veces superior a las que cuentan con instrucción media.
- Los mayores riesgos de la mortalidad infantil se hallan entre las madres con mayor paridad, es decir a mayor número de hijos, mayor el riesgo de morir del próximo.
- Los mayores riesgos también se encuentran entre las madres con menor espaciamiento intergenésico.

- La edad de la madre adquiere importancia de riesgo cuando se combina con los factores de paridad y espaciamiento intergenésico.
- Los hijos de las mujeres que no recibieron ni atención prenatal ni en el parto tienen una probabilidad de morir antes del año casi tres veces mayor que los hijos de las que si recibieron ambas atenciones.
- La mitad de los embarazos tuvieron atención prenatal y el 60 por ciento de los partos ocurrieron en el domicilio.
- Casi 3 de cada 5 menores no recibieron ninguna dosis de toxoide tetánico.
- Las principales causas de mortalidad infantil son las enfermedades respiratorias agudas y la diarrea.
- Uno de cada 5 niños que presentó tos tuvo una infección respiratoria aguda.
- El 30 por ciento de los niños menores de tres años tuvo un episodio de diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta.
- El 84 por ciento de las madres dicen conocer los sueros de rehidratación oral, sin embargo sólo un 43 por ciento de los niños con diarrea recibió terapia de rehidratación oral.
- La lactancia exclusiva dura en promedio un poco más de 3 meses.
- El 28 por ciento de los niños menores de 3 años adolecerían de desnutrición crónica.

IV. ¿INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION?

En esta parte del documento, se pretende hacer un diagnóstico del acceso que tienen las mujeres en edad fértil a los medios de comunicación y las posibles influencias que éstos puedan tener en algunos aspectos relacionados a la fecundidad.

Se hace énfasis en la impacto en el conocimiento de métodos de planificación familiar, pues la ENDSA 94 permite medir este indicador y no así, la influencia que éstos puedan tener en la salud en general.

1. LA FECUNDIDAD EN BOLIVIA Y EL CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Bolivia presenta una tasa global de fecundidad de 4.8, casi 5 hijos por mujer, a nivel rural esta tasa alcanza a 6.3 y a nivel urbano a 3.8. La predominancia de la fecundidad en el área rural se debe también a un bajo uso de métodos anticonceptivos que alcanza a 31.3 por ciento, mientras que en el área urbana es de 55.0 por ciento. El no uso de los métodos también se debe a un desconocimiento del método, pues un 45 por ciento de la población rural dice no conocer métodos modernos y un 8 por ciento de la población urbana.

2. ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN, SEGÚN CARACTERÍSTICAS

El acceso a los medios de comunicación es muy importante porque complementa las enseñanzas recibidas en la educación formal y permite la transmisión de conocimientos sobre aspectos de salud, saneamiento ambiental y planificación familiar. Asimismo muestran las formas de vida en Bolivia y

hábitos empleados en otras sociedades, ya sea en series, telenovelas o radionovelas, o artículos periodísticos. Adicionalmente los medios de comunicación suplen de alguna manera la falta de educación sexual e información sobre planificación familiar de los jóvenes cuyos padres eluden abordar el tema.

A través de la pregunta de la encuesta si las mujeres leían periódicos o revistas, y si escuchaban la radio o veían televisión por lo menos una vez a la semana. El medio de comunicación más difundido y, por tanto más asequible es la radio; el 75 por ciento de las mujeres en edad fértil escuchan radio por lo menos una vez a la semana y el 62 por ciento miran televisión. La lectura de periódicos se ubica a cierta distancia con apenas el 41 por ciento.

La exposición a los medios de comunicación es más alta en las jóvenes y disminuye en las edades mayores; el descenso es más acentuado en el caso de la lectura de periódicos, explicado en parte porque, a diferencia de la radio y la televisión, la lectura no puede ser realizada simultáneamente con otras actividades domésticas que consumen buena parte del tiempo de las mujeres. Por otro lado, la lectura de periódicos es más sensible a la variable educación, que los otros medios.

A su vez esta asociación tiene relación con las diferencias que se presentan entre las regiones y departamentos, a lo que se suma la capacidad adquisitiva de los hogares que impide tener acceso a la televisión por sus costos mayores.

Como se puede observar en el cuadro 7, conforme aumenta el nivel de instrucción lo hace también el acceso a los medios de comunicación e información como la lectura de periódicos (naturalmente las mujeres en edad fértil sin instrucción casi no leen el periódico), como el ver televisión y escuchar la radio. Las diferencias según el nivel de instrucción son más importantes en la lectura de los periódicos y en ver televisión, por supuesto que estas diferencias están muy relacionadas con el poder adquisitivo de los hogares, que está estrechamente ligado al nivel de instrucción.

CUADRO 7
ACCESO A LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION

CARACTERISTICAS	LEEN PERIODICO O REVISTA	MIRAN TELEVISION	ESCUCHAN LA RADIO	NUMERO DE MUJERES
EDAD				
15 - 19	44.1	66.4	79.2	1.805
20 - 24	47.0	66.0	77.8	1.544
25 - 29	41.3	64.9	75.2	1.346
30 - 34	43.8	63.9	75.0	1.273
35 - 39	37.6	58.4	70.4	1.079
40 - 44	33.4	54.9	70.8	843
45 - 49	25.6	48.1	66.8	714
AREA				
Urbana	58.5	87.0	84.6	5.378
Rural	11.1	20.6	58.3	3.225
REGION				
Altiplano	36.6	58.8	79.5	4.128
Valle	31.7	57.1	70.5	2.368
Llano	59.1	74.1	70.1	2.107
NIVEL DE INSTRUCCION				
Sin instrucción	1.3	19.0	48.7	1.039
Básico	21.1	45.1	68.3	3.071
Intermedio	42.5	65.9	75.9	1.345
Medio o más	72.2	91.3	89.2	3.147
TOTAL	40.7	62.1	74.7	8.603

Fuente: ENDSA 94

2.1. Carencias y acceso a los medios de comunicación

Entre las mujeres en edad fértil se discriminó entre las caracterizadas como carenciadas¹⁸ y las no carenciadas, ello nos lleva a que de un total de 8.603 mujeres, el 73 por ciento es carenciada y el restante 27 por ciento es no carenciada.

De las carenciadas el 49 por ciento se encuentra en el área urbana y el 51 por ciento en el área rural, mientras que de las no carenciadas el 92 por ciento se encuentra en el área urbana y el 8 por ciento en el área rural.

En cuanto a la tenencia de radio y televisor, entre las carenciadas, el 81 por ciento cuenta con radio y el 46 por ciento con televisor. De las denominadas "no carenciadas", el 97 por ciento cuenta con radio y el 94 por ciento con televisor.

Al respecto se concluye, que pese a existir carencias en cuanto a los principales servicios básicos, la población boliviana tiene en alguna medida un receptor de comunicación masiva.

Cuando se realiza el análisis tomando en cuenta solamente a las madres y/o embarazadas (6.133 mujeres), la situación no cambia en gran medida, puesto que el 80 por ciento de las carenciadas tienen radio y el 44 por ciento tienen televisor. De las no carenciadas el 97 por ciento tienen radio y el 93 por ciento tienen televisor.

Realizando un análisis de las mujeres en edad fértil que se encuentran carenciadas el 67 por ciento escucha radio todos los días, mientras una vez a la semana el 46 por ciento escucha radio y el 34 por ciento lee el periódico.

De las no carenciadas, el 84 por ciento escucha radio todos los días, mientras que una vez a la semana el 92 por ciento ve televisión y el 72 por ciento lee periódico.

^{18/} Se llamarán carenciadas a las mujeres que cuenten con al menos una de las siguientes características en el hogar: piso natural, sin acceso a agua potable, sin acceso a electricidad y sin sistema de alcantarillado.

Como en el anterior ejemplo, el comportamiento se mantiene al referirlo exclusivamente a las madres y/o embarazadas. Es importante añadir que el medio de comunicación que más llega a las mujeres carenciadas es la radio y a las no carenciadas es la televisión, la radio y el periódico.

3. ACCESO A MENSAJES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR MEDIANTE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

3.1. Acceso a mensajes de planificación familiar

A continuación de la sección sobre intenciones de uso de anticoncepción, en el cuestionario individual de la ENDSA 94 se incluyeron preguntas referentes a mensajes sobre planificación familiar escuchados en los 6 meses antes de la entrevista y el medio a través del cual fueron escuchados. En el cuadro 8 se presentan los resultados por lugar de residencia y nivel de instrucción.

El 45 por ciento de las mujeres escucharon mensajes sobre planificación familiar, especialmente por la radio (15 por ciento) o por la radio y la televisión (18 por ciento). Las mujeres que residen en las áreas urbana tienen una mayor probabilidad de escuchar mensajes por televisión. En efecto, las mujeres que escucharon mensajes por televisión o por radio y televisión en las zonas urbanas llegan al 43 por ciento mientras que en las zonas rurales alcanzan solamente al 8 por ciento.

Los mensajes emitidos solamente por radio fueron escuchados por alrededor del 15 por ciento de las mujeres tanto en el área rural como en el área urbana. Los mensajes exclusivamente radiales no presentan diferencias a nivel urbano-rural.

CUADRO 8
MENSAJES DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LA RADIO O TELEVISION

Característica	No ha escuchado	Por la radio	Por la TV	Por radio y TV	Sin información	Total	Número de mujeres
Área							
Urbana	42.4	14.0	17.0	26.4	0.2	100.0	5.378
Rural	76.5	15.5	3.2	4.6	0.2	100.0	3.225
Región							
Altiplano	54.5	18.9	9.0	17.6	0.0	100.0	4.128
Valle	63.5	10.1	12.4	13.7	0.2	100.0	2.368
Llano	47.1	11.2	16.7	24.7	0.4	100.0	2.107
Nivel de instrucción							
Sin instrucción	82.4	12.0	1.8	3.7	0.1	100.0	1.039
Básico	66.8	15.5	6.1	11.4	0.2	100.0	3.071
Intermedio	56.0	14.7	11.5	17.6	0.3	100.0	1.345
Medio o más	34.6	14.5	20.8	30.0	0.1	100.0	3.147
Total	55.2	14.6	11.8	18.3	0.2	100.0	8.603

3.2 Acceso a mensajes de planificación familiar según área de residencia

Si bien un análisis general nos muestra que un 87 por ciento ve televisión, un 85 por ciento escucha radio y un 59 por ciento lee revistas, al estratificar este grupo de acuerdo a quienes y por qué medios llegan los mensajes de planificación familiar, se observa que en el área urbana los mensajes de planificación familiar a través de la televisión tienen mejor cobertura, con un 44 por ciento, luego la radio con un 41 por ciento, los folletos con 26 por ciento, los afiches con 23 por ciento y finalmente las revistas con un 22 por ciento.

En el área rural la situación se torna aún más crítica, pues la radio es el mejor medio de transmisión y apenas un 20 por ciento de las encuestadas han oído mensajes de planificación familiar por este medio, luego se encuentra la televisión con un 8 por ciento, los afiches y los folletos con un 4 por ciento y las revistas con un 3 por ciento.

Estos valores indican que definitivamente se debe trazar un plan para llegar con mayor difusión a través de los medios de mayor aceptación.

La televisión y la radio resultan ser excelentes medios de difusión; mientras que los afiches, folletos y revistas son también buenos medios, pero para determinados públicos (no precisamente los prioritarios), según los datos.

3.3. Acceso a mensajes de planificación familiar, según nivel de instrucción

Una variable que sin duda debe ser considerada es el nivel de instrucción, pues al saber en que niveles los mensajes tienen mayor o menor cobertura se pueden preparar mensajes de acuerdo al grupo objetivo crítico.

Se observa que las mujeres con niveles de instrucción superior y medio han manifestado que han tenido acceso a mensajes de planificación familiar en el siguiente orden: Televisión, Radio, Folleto, Revista y Afiche, con porcentajes que varían desde 62 por ciento hasta 43 por ciento.

Las mujeres con niveles de instrucción básico e intermedio han mostrado no haber tenido acceso a los mensajes de planificación familiar de acuerdo al siguiente orden: afiches, revistas, folletos, radio y televisión, con porcentajes que varían desde el 94 por ciento hasta el 81 por ciento.

3.4. Acceso a mensajes de planificación familiar, según edad

Sin duda, los mensajes a través de la radio y televisión tienen mejor cobertura, sin embargo, se observa que estos mensajes aún no llegan ni siquiera a la mitad del grupo encuestado, pues la cobertura en los medios de comunicación va de acuerdo al siguiente orden:

Radio (33%), televisión(30%), folletos (17%), revistas(16%), afiches(14%).

En radio y televisión, los grupos que mejor acceso han mostrado son los de 25-29; 35-39; 30-34, mostrando los mejores valores en cobertura que oscilan entre 36 a 33 por ciento.

También en Radio y televisión los grupos que menor cobertura han mostrado son 45-49 y 15-19 con porcentajes entre 23 y 21 por ciento.

En folletos, afiches y revistas, el comportamiento es similar y los grupos que mejor cobertura han tenido son 30-34; 35-39 con porcentajes que varían entre el 20 al 16 por ciento.

3.5. Acceso a mensajes de planificación familiar, según idioma habitual

Cuando se pretende realizar una campaña mediante medios de comunicación, ya sean masivos o interpersonales, es de suma importancia conocer el idioma habitual de la población objetivo. Por tanto, a través de la información de la ENDSA 94, se ve que:

El acceso a mensajes de planificación familiar mediante radio durante los 6 meses anteriores a la encuesta, fue de un 33 por ciento de las 8.603 mujeres; ello tomando en cuenta que la radio es el medio que tiene mayor alcance.

Respecto al idioma habitual de las mujeres en edad fértil, un 72 por ciento habla castellano, un 16 por ciento habla quechua y un 10 por ciento habla aymara, el restante porcentaje habla otros idiomas.

No tuvieron acceso a mensajes de planificación familiar por radio un 61 por ciento de las mujeres que hablan castellano, un 74 por ciento de las que hablan aymara y un 85 por ciento de las que hablan quechua.

No sólo el alcance geográfico de las campañas sería una limitante en la cobertura, sino que ellas no están trabajando con el idioma habitual que hablan las mujeres.

Si los resultados por radio son los mencionados, mucho más alarmantes son los resultados por otros medios de comunicación, así se tiene que de las 8.603 mujeres, han tenido acceso a mensajes de planificación familiar mediante televisión un 30 por ciento, por revistas un 15 por ciento, por afiches un 15 por ciento y mediante folletos un 18 por ciento.

Cuando se entra a la especificidad mediante idioma habitual, los porcentajes de mujeres que no han tenido acceso a mensajes mediante televisión, revistas, afiches y folletos fluctúan entre 93 y 99 por ciento, especialmente de las mujeres que hablan aymara y quechua.

Los resultados nuevamente indican que la limitante del idioma está dejando de lado a una parte de la población que es prioritaria.

3.6 Aceptación de mensajes de planificación familiar

En el cuestionario individual de la ENDSA 94 se preguntó a las mujeres si les parecía aceptable la difusión de mensajes de planificación familiar por la radio y por la televisión. Los resultados se presentan en el cuadro 9. Según los resultados, se puede señalar primero que la gran mayoría de las mujeres (casi el 90 por ciento) considera aceptable la difusión radial de mensajes de planificación familiar. Los porcentajes de no aceptación en casi todos los casos son inferiores al 10 por ciento. Segundo, con respecto a la difusión de mensajes por televisión, se observan resultados similares al caso de la radio, con una mayor diferencia a nivel de áreas urbano-rural. Esta diferencia es debida muy probablemente a la baja cobertura de la televisión en las zonas rurales.

CUADRO 9
Aceptabilidad de mensajes de planificación familiar
por la radio y la televisión

Característica	Aceptable	No aceptable	No está segura	Aceptable	No aceptable	No está segura	Número de mujeres
Edad							
15-19	85.9	7.0	7.1	81.3	7.2	11.5	1.805
20-24	89.6	5.6	4.8	85.8	5.9	8.3	1.544
25-29	90.6	5.2	4.2	85.9	6.9	7.2	1.346
30-34	91.2	4.4	4.4	86.8	5.4	7.8	1.273
35-39	90.1	5.5	4.5	84.0	7.3	8.6	1.079
40-44	86.7	8.3	5.1	80.6	9.2	10.2	843
44-49	84.9	6.6	8.6	77.5	7.4	15.0	714
Área							
Urbana	93.6	3.6	2.8	93.1	3.4	3.5	5.378
Rural	80.2	9.9	9.9	67.7	12.7	19.6	3.225
Región							
Altiplano	87.4	7.2	5.4	80.9	8.8	10.4	4.128
Valle	92.9	3.6	3.5	88.1	4.4	7.4	2.368
Llano	86.0	6.3	7.8	83.8	6.0	10.1	2.107
Nivel de instrucción							
Sin instrucción	77.4	10.3	12.3	66.4	12.0	21.6	1.039
Básico	85.7	7.3	7.0	78.1	8.7	13.2	3.071
Intermedio	85.6	7.3	7.0	81.0	8.3	10.7	1.345
Medio o más	96.3	2.7	1.0	95.8	2.8	1.4	3.147
Total	88.6	6.0	5.4	83.6	6.9	9.5	8.603

4. RELACIÓN DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN CON ACTITUDES REFERENTES A LA FECUNDIDAD

4.1. Relación de los medios de comunicación con la asistencia a instituciones de salud

Cuando se realiza el análisis de la visita a una institución de salud y la relación con los mensajes de planificación familiar mediante medios de comunicación interpersonales, tenemos que de las 8.603 mujeres, sólo un 21 por ciento asistió a una institución de salud, mientras que el otro 79 por ciento no lo hizo.

De las mujeres que asistieron a una institución de salud, sólo un 45 por ciento recibió mensajes de planificación familiar a través del personal de salud.

Es importante hacer notar que de las pocas mujeres en edad fértil que acuden a los centros de salud, un escaso porcentaje conoce sobre los métodos de planificación familiar, siendo así que es el personal de salud el que tiene el discurso y el más capacitado para dar a conocer información sobre el tema.

4.2. Medios de comunicación y uso actual de métodos anticonceptivos

El uso actual de métodos que hacen las mujeres, es de importancia cuando los relacionamos al acceso de ellas a los mensajes de planificación familiar por los medios de comunicación, porque serían ellos los que en alguna medida estarían influyendo para que las mujeres tomen la decisión de usarlos.

Es así que de las mujeres que escucharon mensajes por radio, un 69 por ciento están usando un método; de los que vieron mensajes por televisión, un 68 por ciento usa actualmente un método. De las que accedieron a mensajes mediante revistas un 67 por ciento usa un método, mediante afiches un 68 por ciento y las que accedieron a mensajes mediante folletos, un 68 por ciento actualmente está usando un método de planificación familiar.

Al parecer el acceso a los mensajes de planificación familiar mediante los diversos medios de comunicación habría provocado que las mujeres hagan uso de ellos.

De las mujeres que sí han escuchado los mensajes de planificación familiar por los medios de comunicación y no están usando algún método, los mayores porcentajes se ubican entre las que no están casadas ni unidas, las que están embarazadas y las que dicen tener sexo infrecuente.

4.3. Medios de comunicación y conocimiento de lugares de expendio de métodos anticonceptivos

De las mujeres encuestadas, un 53 por ciento de las que dijeron haber oído mensajes de planificación familiar los últimos 6 meses, recuerdan donde conseguir un método de planificación familiar. Estos porcentajes van aumentando, conforme las mujeres mencionan el acceso a otros medios, es así que las que vieron por televisión, un 65 por ciento de ellas saben donde acudir, las que leyeron por revistas (68%), por afiches (76%) y por folletos (73%).

Al parecer, los mensajes emitidos por medios visuales, son más efectivos para este tipo de temas.

4.4. Análisis de poblaciones específicas y medios de comunicación

Se toma un análisis de la mortalidad infantil en el último año porque estaría más cercanamente influida, de alguna manera, por los mensajes de planificación familiar de los últimos 6 meses.

Al mismo tiempo, se toma la mortalidad de los últimos cinco años (mortalidad de la niñez), porque representa un grupo más grande que puede mostrarnos el acceso que tienen las madres a los medios de comunicación.

4.4.1. Mortalidad infantil del último año y medios de comunicación

Respecto al acceso que puedan haber tenido las madres a los mensajes de planificación familiar mediante los medios de comunicación en los 6 meses antes de la encuesta, encontramos que de las madres que perdieron un hijo el año anterior la mayoría se halla muy relacionada al no acceso a los mensajes de planificación familiar, ello nos lleva a concluir que si bien el acceso a estos mensajes está supeditado a otras variables como la tenencia de receptores de comunicación masiva, el tiempo y la cobertura de las campañas, es notable que a mayor acceso a mensajes de planificación familiar, menor mortalidad infantil.

4.4.2. Mortalidad de los niños y acceso de la madre a los medios de comunicación

El análisis a partir de los niños que murieron 5 años antes de la encuesta, muestra que de las mujeres que existe una probabilidad mayor de morir en aquellos niños cuyas madres no tienen acceso a los medios de comunicación.

5. SINTESIS DE RESULTADOS

- El acceso de las mujeres a los medios de comunicación es importante en las edades menores y desciende en las edades mayores.
- Conforme aumenta el nivel de instrucción, aumenta también el acceso a los medios de comunicación.
- En el área rural se presenta el más bajo acceso a los medios, especialmente al periódico.
- Pese a existir carencias en cuanto a los principales servicios básicos, la población boliviana, cuenta en alguna medida con receptores de comunicación masiva.
- El medio de comunicación que más llega a las mujeres carenciadas es la radio y a las no carenciadas es la televisión, la radio y el periódico.

- Los mensajes de planificación familiar emitidos por la radio, no presentan grandes diferencias a nivel urbano-rural; mientras que los medios escritos son los que tienen mayor dificultad de cobertura en el área rural.
- Los grupos de mujeres que cuentan con menor accesibilidad a los mensajes de planificación familiar mediante medios de comunicación son: 15-19 y 45-49.
- Según idioma habitual de las mujeres en edad fértil, vemos que un alto porcentaje de las que hablan aymara y quechua no han tenido acceso a mensajes de planificación familiar mediante los medios de comunicación.
- La mayoría de las mujeres consideran aceptables los mensajes de planificación familiar emitidos por los medios.
- El personal de salud (como medio de comunicación interpersonal), no está llegando adecuadamente con la información a las mujeres que acuden a las instituciones de salud.
- Al parecer, los mensajes de planificación familiar difundidos por los medios de comunicación estarían influyendo en la decisión de adoptar métodos de planificación familiar.
- El acceso a los mensajes de planificación familiar por los medios de comunicación está relacionado con el conocimiento de las mujeres respecto al lugar de expendio de métodos anticonceptivos.
- Los medios de comunicación visuales estarían siendo más efectivos cuando se trata de fijar conocimientos respecto a los lugares de expendio de métodos anticonceptivos.

V COMUNICACION PARA LA SALUD, GRUPOS PRIORITARIOS Y TEMAS

1. ALGUNAS REFLEXIONES EN TORNO A LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

En Bolivia se ha enfatizado más en la tecnología de la comunicación y menos en el papel que ésta debe representar para el desarrollo de los recursos humanos. La comunicación puede ser un complemento a los esfuerzos del desarrollo y de esa manera ser un instrumento eficaz y mejorar el desarrollo en los sectores.

Entonces, en el área del desarrollo, la Información, Educación y Comunicación (I.E.C.) pueden contribuir a que los servicios sociales lleguen en forma directa a la población, especialmente a las zonas rurales; ello principalmente en referencia a la comunicación para la salud.

Cuando se trata de lograr efectividad de los medios de comunicación, pueden realizarse combinaciones de ellos, o usar los más adecuados para temas y poblaciones específicas. Entre los medios se cuentan la radio, la televisión, la comunicación interpersonal, los materiales impresos (gráficos), los agentes de comunicación interpersonal (como los trabajadores de salud, de extensión agrícola, voluntarios para el desarrollo, motivadores, estudiantes, líderes de la comunidad). Todos los medios juegan un importante papel en el reforzamiento de los mensajes de desarrollo.

Las comunicaciones a través de los medios masivos, medios grupales, medios tradicionales y populares y los canales interpersonales son la herramienta de la movilización social. Generalmente se asume la manera más efectiva para crear conciencia, el primer paso del camino hacia el cambio de actitudes y comportamiento, es usar una aproximación de comunicación integrada. Esta aproximación usa todos los canales de comunicación posibles con mensajes sobre el mismo tema, pero presentados en diferentes formas, de tal manera que los mensajes se refuercen unos a otros.

La salud es una responsabilidad de toda la población, lo que incluye ya no sólo a los organismos del Estado, sino a la sociedad civil, las entidades gubernamentales, las organizaciones populares, la escuela, la iglesia, la familia y fundamentalmente, los individuos.

Si bien la salud en Bolivia está directamente relacionada con la situación económica, infraestructura y recursos de que dispone; cada día está más claro que un alto porcentaje de las enfermedades y muertes que ocurren podrían prevenirse si se lograra una mayor comprensión del problema por parte de la población afectada o si se lograra una modificación en ciertos hábitos y comportamientos socio-culturales que actúan en detrimento de su salud.

Para ello, es necesario educar a la comunidad en salud, generar nuevos conocimientos y democratizar el aprendizaje para tener una comunidad organizada en salud, con líderes populares de salud.

Es importante el diseño de estrategias y uso apropiado de la comunicación a fin de que ésta responda en forma eficaz al contexto cultural, y a necesidades y expectativas de los distintos grupos involucrados. La experiencia demuestra que un proceso de comunicación bien planificado y metodológicamente apropiado puede funcionar efectivamente para llegar a la gente con la información que necesita para mejorar la salud de sus familias.

La aplicación de la comunicación social en la salud pública y la promoción de la salud debe ser un proceso estructurado e integrado. Debe seguir lineamientos claros y planes específicos. Su importancia en el desarrollo y mejoramiento de la salud y las condiciones de vida en la región obliga a una aplicación cuidadosa, metódica y ética.

Es indispensable que los servicios de IEC funcionen con el respaldo de un régimen eficiente de investigación, fiscalización y evaluación que sustente la calidad y efectividad de sus operaciones.

Es de fundamental importancia para el éxito del trabajo de IEC la formulación de políticas y la aprobación de legislación en materia de comunicación en general y de comunicación para la salud en particular.

Para la existencia de una política de comunicación para la salud, se debe tener muy en cuenta que es importante velar por que las actividades eficaces en comunicación para la salud formen parte integral de todos los programas diseñados para promover la salud, mejorar la calidad de la vida y fomentar ambientes sanos.

Para la eficacia de la política, es conveniente que existan los suficientes recursos asignados, como un adiestramiento del personal a fin de poder llevar a cabo las campañas.

Es necesaria la existencia de una coordinación interinstitucional, para funcionar eficazmente con gran número de instituciones privadas y públicas.

Se sugiere enfáticamente formar profesionales de la comunicación en colaboración con universidades y en particular con las facultades de medicina y las escuelas de comunicación, donde deben aprender las teorías, métodos y prácticas de la comunicación social en salud.

2. NECESIDAD DE FOCALIZAR LAS INTERVENCIONES

Se debe tomar en cuenta que para focalizar, es necesario identificar con mayor precisión posible al conjunto de beneficiarios potenciales del programa. Esto requiere conocer bastante a fondo las características del grupo que se desea atender. Conociendo dichas características, será posible diseñar un programa que sea adecuado a sus necesidades y a sus características socioculturales (Rolando Franco y Ernesto Cohen).

Este procedimiento (la focalización), implica costos, para ello debe mejorarse el grado de delimitación de la población objetivo hasta el punto en que el incremento de los costos administrativos sea compensado por la reducción en los subsidios directos necesarios para atender a dicha población (Schejtman).

Por sus características, es importante prestar atención a la focalización porque ella permite alcanzar los objetivos de los programas sociales de manera eficaz y también permite utilizar con mayor eficiencia los recursos disponibles.

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A partir del diagnóstico realizado y en base a las reflexiones en torno a la comunicación para la salud, es importante decir que si bien se presenta una necesidad imperiosa de la existencia de una política de comunicación en salud, son también importantes las acciones que de ella pueden derivarse. Así, para complementar las acciones que pueden realizarse, a continuación se dan sugerencias para, mediante los medios de comunicación, llevar adelante una movilización con miras a la reducción de la mortalidad infantil en Bolivia.

El proceso de la comunicación a través de los distintos medios de comunicación, debe llegar a impactar dentro de lo que en el modelo denominamos "Características Familiares", dando a los padres de los recién nacidos o a los futuros padres el conocimiento general sobre las variables que afectan a la mortalidad infantil. Es decir, sobre la importancia del patrón reproductivo, la alimentación y atención durante el embarazo, el amamantamiento, la importancia de la higiene personal y la higiene nutricional, la importancia de las vacunas y el conocimiento de los remedios, especialmente de la rehidratación oral (ver capítulo II).

3.1. Grupo objetivo

De acuerdo al diagnóstico en base a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, que toma a las mujeres en edad fértil, se considera a las madres como el principal grupo objetivo de las campañas, puesto que la mortalidad infantil está muy relacionada, tanto con los cuidados que puede dar la madre a sus hijos recién nacidos, como con el cuidado de su propia fecundidad para evitar embarazos de alto riesgo.

Deberían ser objeto de la campaña las mujeres de 15 a 49 años de estrato socio-económico bajo y medio, poniendo énfasis en las del área rural.

Se considera éste como grupo objetivo porque son precisamente éstas mujeres las que presentan con mayor frecuencia características como: una paridad superior a la de 4 hijos, embarazos en edades inferiores a los 18 años y superiores a los 35 años y cortos espaciamientos intergenésicos; a las que hay que añadir una poca atención prenatal y casi nula asistencia del parto

por personal capacitado.

El nivel de instrucción, es una variable que incrementa los factores de riesgo en la mortalidad infantil, por ello, las madres con escaso nivel de instrucción se constituyen en parte del grupo objetivo. Esta variable también se halla relacionada al área rural.

Sin embargo, hasta el momento las campañas no han sabido llegar adecuadamente, particularmente al área rural, porque tienen como idiomas predominantes el aymara y el quechua y son las mujeres que hablan estos idiomas las que menos han escuchado sobre planificación familiar.

La población objetivo secundaria debe ser constituida por la pareja de las mujeres en edad fértil, es decir por los varones, puesto que no se debe dejar de lado la importancia que tiene la participación conjunta en las decisiones y cuidados de los niños.

3.2 Las campañas para reducir la mortalidad infantil

Los temas principales en los que se debe hacer énfasis para reducir la mortalidad infantil, deben ser: el acceso a los servicios de salud durante el prenatal, la atención del parto por personal capacitado y el control del niño para que éste cuente con sus vacunas. Asimismo, el adecuado espaciamiento intergenésico, la edad del embarazo, la limitación en el número de hijos; por otra parte, la higiene y el tratamiento adecuado de las enfermedades.

Es importante que al diseñar las campañas se tomen en cuenta los idiomas nativos (aymara y quechua) y rescaten las realidades de cada una de las regiones (Altiplano, Valle y LLano), puesto que existen distintos comportamientos reproductivos y distintas costumbres en cuanto al cuidado de los niños.

Se debe considerar el nivel de instrucción de las mujeres. Especialmente es necesario tomar en cuenta a las mujeres sin instrucción para poder elegir los

mejores medios y los mejores mensajes, que de acuerdo al diagnóstico los medios escritos no son para nada efectivos, pero si hay alternativas de trabajar con dibujos, etc., ello tomando en cuenta que son los medios visuales los que logran un mayor recordatorio en las mujeres en edad fértil.

Las campañas no deben utilizar múltiples medios, como si esta fuera la fórmula del impacto infalible, esto puede implicar altos costos en relación con los beneficios. El grupo objetivo es el que define el medio de acuerdo a sus características. Se debe planificar adecuadamente y ejecutarla competentemente.

Al decir planificarla adecuadamente se alude a que ésta debe partir de una investigación de la audiencia, respecto a sus características específicas, sin dejar de lado la importancia de la participación de los propios beneficiarios, pues son los que mejor conocen su realidad y conocen cuáles son los mensajes y los medios que son más efectivos para ellos.

Rescatar en el proceso de las campañas la constante participación del grupo objetivo, tanto en la investigación, en el diseño de los mensajes, como en la retroalimentación y evaluación.

Por otra parte, las campañas deberán dirigirse a reforzar el compromiso y deber de los varones de trabajar conjuntamente en pro del bienestar de la mujer y el niño.

Se hizo especialmente referencia al papel de la mujer, por cuanto los resultados generales muestran una predominancia femenina en el rol del cuidado de los niños; sin embargo, es importante la participación del varón y los medios de comunicación deben reforzar este objetivo.

Antes de llevar a cabo una campaña debe quedar claro que éstas pueden aumentar el conocimiento sobre los factores que afectan a la mortalidad infantil, sobre los problemas de ella y las soluciones frente a las enfermedades. También pueden influir sobre las actitudes para crear apoyo para la acción, ya sea personal o colectiva. La comunicación puede ejemplificar habilidades, incrementar la demanda de servicios de salud; puede también ya sea reiterar o reforzar los conocimientos, actitudes y conductas.

Sin embargo, las campañas de comunicación no pueden compensar la carencia de servicios de atención en salud, ni la carencia de infraestructura respecto al servicio sanitario, pero si pueden crear la conciencia de tal necesidad en los sectores afectados.

3.3. Y el personal de salud?

En los resultados, se observa que el personal de salud, no estaría brindando información a las mujeres en edad fértil que acuden a consulta, siendo ellas precisamente las que deberían contar con información sobre planificación familiar.

Por ello, se considera de vital importancia que antes de llevar a cabo una campaña de comunicación, no se piense solamente en medios de comunicación masivos, sino en medios de comunicación interpersonales, y son precisamente los agentes de salud, los principales canales para llegar con una información mucho más acertada. La participación de este personal es importante sobre todo cuando se quiere llegar a las mujeres que no tienen acceso a los medios de comunicación masivos.

Por ello, no dejar de lado la importancia que tiene la capacitación del personal de salud en consejería y comunicación interpersonal, puesto que es fundamental que el equipo de salud conozca la manera de llegar al público, respetando sus valores culturales. Es también relevante la idea de poder manejar la manera como encodifican y decodifican los mensajes para crear un ambiente de mayor familiaridad, haciendo que el paciente sienta el deseo de seguir frecuentando el servicio de salud.

No sólo es importante conocer la realidad de la región en la que trabajan y las características de su público, sino también conocer los detalles de la comunicación interpersonal que tienen que ver con la comunicación no verbal.

Al hablar de personal de salud, también es necesario referirse a aquellos que ejercen la medicina tradicional y los que habría que capacitar no tanto en el arte de la comunicación interpersonal, puesto que son los que cuentan con

más confianza de los pobladores de sus comunidades, sino explotar este potencial en las campañas para que contribuya con ellas; pero es necesario capacitarlos con elementos de la medicina moderna, especialmente rescatando lo que se refiere a una atención del parto en las mejores condiciones.

3.4. Algunos mensajes específicos para reducir la mortalidad infantil

Respecto a los mensajes que habría que destacar para que la campaña para la reducción de la mortalidad infantil, sea más aproximada a los puntos claves, se encuentra principalmente la idea de reforzar el hecho de que las mujeres y los niños pueden gozar de mejor salud si las mujeres evitan los embarazos antes de los 18 años y después de los 35 años y si limitaran el número de hijos.

Asimismo, los mensajes deben reforzar la idea de que si las mujeres quieren evitar embarazos no deseados, existen métodos variados de planificación familiar y que ellas pueden elegir la alternativa que más se ajuste a sus condiciones físicas y económicas.

Las mujeres pueden evitar los riesgos del embarazo si realizan visitas periódicas para el control prenatal si su parto es atendido por personal capacitado.

Debe recordarse a las madres que el mejor alimento para el recién nacido es la leche materna y es la mejor bebida durante los primeros meses de vida. Si es posible se debe promover la lactancia exclusiva hasta los seis meses, luego los niños deben tener alimentos complementarios.

Es fundamental destacar que la diarrea puede causar la muerte al deshidratar al niño. Por ello, cada vez que el niño haga una deposición acuosa, debe reponerse los líquidos perdidos dándole bebidas abundantes como la leche materna, papillas diluidas, sopas o una solución especial de sales de rehidratación oral (SRO). Si la enfermedad es más grave de lo habitual, el niño necesita ser atendido por un agente de salud y tratado con SRO. Un niño con diarrea necesita también ingerir alimentos sólidos para recuperarse satisfactoriamente.

Reforzar el mensajes de que la diarrea puede prevenirse mediante la lactancia materna, la vacunación de todos los niños contra el sarampión, la utilización de letrinas, el mantenimiento de la limpieza del agua y de los alimentos y el lavado de las manos antes de tocar los alimentos.

Destacar la importancia de que un niño cuente con sus vacunas, pues ellas lo protegen de enfermedades, el niño debe ser vacunado antes del primer año de vida.

Recordar también que todas las mujeres entre 15 y 49 años deben estar inmunizadas contra el tétanos.

Tener especial cuidado cuando un niño está resfriado y presenta tos y catarro.

VI. RECOMENDACIONES PARA POLITICAS DE COMUNICACION EN SALUD

Para lograr una reducción de la mortalidad infantil, que según el Plan Vida, se puede lograr disminuir en 50 por ciento en cuatro años, deben confluír una serie de factores entre ellos el de la comunicación.

Si bien es cierto que en Bolivia se ha dado un descenso acelerado de la mortalidad infantil, en 16 años disminuyó en 51 por ciento, disminuirla en cuatro años es una meta ambiciosa y para lograr una acercamiento a ella es necesario trabajar multidisciplinariamente.

Por ello, siendo que la prevención es prioritaria para tal cometido, la comunicación en salud debería seguir éstos lineamientos.

- La Secretaría de Salud debe hacer de la comunicación para la salud una opción permanente a todos los niveles.
- Si bien la comunicación constituye una parte esencial e importante para que la salud esté al alcance de la mayor parte de la población, para que pueda ser efectiva deben estar dadas las condiciones, en efecto, debe existir la oferta de los servicios de salud, sean éstos de la medicina moderna o de la tradicional.
- Es necesaria la capacitación de recursos humanos en el área de Comunicación en Salud y la creación de infraestructura para el uso de los comunicadores en los programas de salud. No solamente una capacitación a los especialistas en comunicación para la emisión de los mensajes más eficaces, sino también una capacitación en consejería y comunicación interpersonal al personal de salud, que es sumamente importante para garantizar que la población, una vez motivada no deje de acudir al servicio.
- Es necesario el establecimiento de un código ético que asegure la planificación de programas equitativos que respeten las creencias y

valores culturales, rechacen la creación de estereotipos y la discriminación y tengan en cuenta los posibles efectos nocivos de la información y los medios. Al hablar de equidad y respeto, es obvio que se deben rechazar los estereotipos que muestran a la mujer como única responsable del cuidado de los niños.

- Se debe destacar en el proceso un flujo de información continuo entre el personal de salud y la población, resaltando la importancia de la participación de los médicos tradicionales (Kallawayas).
- Es sumamente importante un planeamiento estratégico de Comunicación en salud, todo confluye en la necesidad de investigar bien a poblaciones (audiencias) y sus entornos significativos, de no hacer propuestas de comunicación que no tengan sustentos en el mundo real dando lugar a lo que hasta ahora se hizo y es una no optimización de los recursos económicos para esta área. Es importante conocer de nuestras poblaciones qué y cómo piensan y valoran y cómo construyen conocimiento y percepciones, cómo estructuran su vida cotidiana, cual es su discurso de salud y no es nada fácil traducir un problema de salud correctamente a un problema de comunicación o que sea abordable comunicacionalmente y en modo relevante para afectar el problema. Mientras crece la sofisticación de las intervenciones en comunicación, crecen también las necesidades de investigación.
- La planificación mencionada debe seguir un proceso que considere la investigación previa respecto a las pautas culturales mencionadas, para así partir con un conocimiento de los vacíos en cuanto a conocimientos en salud para poder plantear cuales serían los mejores medios y los mejores mensajes que permitan llegar a determinados problemas que requieren de una confluencia de factores no solamente relacionados a la comunicación, determinar cuál es el punto de partida y entonces empezar a intervenir y no dejar esta intervención a libre albedrío, sino hacer un continuo monitoreo de la efectividad, es decir, tener continuamente una retroalimentación de los avances para conocer si lo que se está haciendo es lo mejor.

- Es importante en el proceso de planificación tomar en cuenta el lenguaje y la cultura en el momento de elaborar los mensajes, puesto que es un problema continuo en Bolivia. Se preparan los materiales en español y luego son traducidos a los idiomas nativos (aymara y quechua, principalmente), descuidando las diferencias de significación y las diferencias culturales.
- Es fundamental no dejar de lado la participación de la audiencia en todo el proceso de comunicación, hacer que este proceso sea participativo para que sea más efectivo.

Para poder cumplir con la superación de las condiciones en las que se desenvuelven los recursos humanos para la productividad y el desarrollo, debemos cuidar su salud y para ello debemos democratizar la información y el acceso al conocimiento de los asuntos vinculados a su salud; para lo cual debemos contar con estrategia de comunicación bien planificada y bien ejecutada. Lo importante es que sean estrategias guiadas por una política de comunicación que tanta falta hace en Bolivia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Beltrán, L.R.(1993) **La Salud y la comunicación en Latinoamérica: Políticas, Estrategias y Planes**, Quito.

CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía)(1994), **Boletín Demográfico No.54**, Santiago.

----- (1995), **Normas generales para la preparación y redacción de documentos**, Santiago.

Díaz, E. (1987), **Causas de muerte en Guatemala 1960-1979**, San José.

García, V. y Primante, D. (1990), **Fuentes de datos e indicadores demográficos básicos**, Santiago.

INE (Instituto Nacional de Estadística) (1992), **Censo Nacional de Población y Vivienda 1992**, La Paz.

----- (1994), **Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994**, La Paz.

Jaspers, D. (1995), **Tendencias de la mortalidad por sexo y edad en América Latina (1950-1995)**; Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Santiago.

León, F. (1994), **Reforma de la Salud en Bolivia, Fundamentación y Propuestas**, La Paz.

Ministerio de Desarrollo Humano (1994a) Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, Perinatal y del Niño: Plan Vida, La Paz.

Ministerio de Desarrollo Humano (1994b), Informe Nacional sobre Población y Desarrollo, La Paz.

Mosley, H. (1991), Los cuidados de atención primaria pueden reducir la mortalidad infantil: Resultados críticos de algunos programas africanos y asiáticos, Santiago.

Omnran, A.(1985), Fecundidad y Salud, Washington.

Taucher Erica (1988),Efecto del descenso de la fecundidad en la mortalidad infantil, Bogotá.

----- (1990), Implicaciones del descenso de la fecundidad en la mortalidad infantil y la salud materna, Santiago.

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)(1993), Bolivia: Mortalidad en la niñez, una base de datos desde 1960, Santiago.

Van Norren, B. y Van Vianen H. (1986), The malnutrition infections syndrome and its demographic outcome in developing countries, Holanda.

ANEXO A

Realizado en base al Censo Nacional de Población y Vivienda de 1992 de Bolivia y el documento Educación y Empleo en Bolivia: en el marco de la transformación productiva.

I. MARCO NACIONAL.

A. Breve reseña histórico-geográfica.

Bolivia se constituyó como República unitaria libre e independiente, el 6 de agosto de 1825. Se encuentra ubicada en Sud América y tiene como Capital Administrativa a La Paz.

Durante la colonia, con la explotación de la plata y en la época de la República, en base a la explotación del estaño, se desarrolló una economía predominantemente minera, con ocupación intensiva de mano de obra y escasas articulaciones con otros sectores productivos.

Luego de fines de 1950, en que Bolivia tenía el papel de productora y exportadora de recursos naturales asignado desde la colonia, pasó a un proceso de redefinición de sus vínculos con la economía mundial y de reorganización de su estructura productiva. Todo ello en el marco de profundización de la vida democrática y de reorientación del papel del estado en la economía.

Bolivia, actualmente se enfrenta a reformas en el ámbito institucional. El esquema vigente hasta el 6 de agosto de 1993, no pudo adaptarse a los cambios que requirió el país. Hubieron distorsiones acumuladas durante décadas, que afectaron la eficiencia y la equidad, y necesitaban ser eliminadas mediante una acción coherente con una visión de largo plazo que pueda suprimir los obstáculos existentes y facilite el funcionamiento de una economía de mercado en forma sostenible y consolidar la estructura del Estado.

Esas fueron las conclusiones del actual gobierno, por ello se decidió realizar modificaciones estructurales en el Poder Ejecutivo a fin de contar con el instrumento adecuado para el cambio.

La reforma incluye aspectos innovadores como la creación de los Ministerios de Desarrollo Humano (MDH) y de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente. El MDH es un instrumento cuyo propósito es de posibilitar las acciones en el campo social de una manera integrada.

II. DEMOGRAFICO.

A. Características Demográficas.

Crecimiento de la población.

La población boliviana experimentó un crecimiento de 2,11 por ciento en el período 1976 y 1992, de un total de un poco más de cuatro millones y medio a un total de seis millones y medio. En cuanto a la población femenina, ésta se incrementó de dos millones trescientos a tres millones doscientos. La población masculina tuvo un incremento de dos millones doscientos a tres millones cien.

En cuanto a las diferencias de la población urbana y la población rural, estas tuvieron los siguientes comportamientos: la población rural experimentó un crecimiento muy lento a una tasa de 0,09 por ciento, mientras que la población urbana presenta una tasa de crecimiento alta de 4,16 por ciento. Lo que en términos absolutos significa un aumento de la población urbana de un millón novecientos a tres millones setecientos, y la población rural se incrementó de dos millones seiscientos a dos millones setecientos.

Según éstas cifras, para 1992 el 58 por ciento de la población total del país se encontraba en el área urbana.

Con relación a 1976 la población del área urbana casi se ha duplicado.

La densidad poblacional alcanza a 5,8 habitantes por kilómetro cuadrado para 1992.

CUADRO 1

BOLIVIA: Población Censal según área de Residencia.

POBLACION

	1976		1992	
NAC/AREA	TOTAL	%	TOTAL	%
TOTAL	4.613.486	100.0	6.420.792	100.0
URBANA	1.925.840	41.7	3.694.846	57.5
RURAL	2.687.646	58.3	2.725.946	42.5

Fuente: INE; CNPV 1976 y 1992.

En el contexto suramericano, se observa que Bolivia se encuentra entre los países que presentan las mayores tasas de crecimiento, lo que concuerda con la etapa de la transición demográfica en que se encuentra, es decir, que conjuntamente con Haití integra el grupo de Transición incipiente, en los que aún el crecimiento es alto, debido a que la mortalidad a pesar de mantenerse en niveles relativamente altos ha comenzado a declinar; en cambio su fecundidad aún se mantiene en niveles muy elevados.

CUADRO 5.2

TASAS DE CRECIMIENTO MEDIO ANUAL DE LA POBLACION EN PAISES

SURAMERICANOS

PAIS	TASA (POR CIENTO)
ARGENTINA	1.20
BOLIVIA	2.11
BRASIL	1.16
CHILE	1.60
COLOMBIA	1.70
ECUADOR	2.30
GUYANA	0.80
PARAGUAY	2.70
PERU	2.00
SURINAME	1.80
URUGUAY	0.60
VENEZUELA	2.10

Fuente: Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe.
CEPAL, 1992.

Estructura por edad y sexo.

El tamaño y estructura por sexo y edades de la población, es importante de caracterizar en un país por la importancia que tiene para la toma de decisiones en los planes de desarrollo, dada la doble condición de esta población, de ser objeto y sujeto de los mismos.

La estructura de la población por edad y sexo está determinada por el resultado acumulativo de las tendencias retrospectivas de la fecundidad, mortalidad y migración. Estas tendencias en el caso boliviano han propiciado una estructura por edades muy joven, con un ligero predominio del sexo femenino, para una actual Relación de masculinidad de hombres por cada 100 mujeres, situación que ha variado bastante poco durante en el período que se analiza; correspondiendo su expresión gráfica, a una pirámide expansiva de base amplia y cúspide estrecha, lo cual indica la existencia de una proporción elevada de niños y adultos (42.0 y 54.0 por ciento respectivamente), así como una baja proporción de personas en la tercera edad (4.0 por ciento), siendo la misma, característica de aquellas poblaciones con altas tasas de fecundidad y mortalidad. (Ver en Anexos, Pirámides y tablas de la población por edad y sexo).

Mortalidad Infantil

Según los datos censales, la mortalidad infantil ha tenido un descenso importante en los últimos 16 años. Pasó de 151 por mil en 1976 a 75 por mil en 1992.

A pesar de haber disminuído la mortalidad infantil en 50 por ciento desde 1976, Bolivia se mantiene entre los países de más alta mortalidad infantil en América del Sur.

Fecundidad

Entre 1976 y 1992 la fecundidad descendió de 6.5 hijos por mujer a 5.

En los departamentos, los valores oscilan entre 4 y 7 hijos por mujer.

En el área urbana se tiene una fecundidad de 4.2 hijos por mujer, mientras que en el área rural ésta es de 6.3.

Algunas consecuencias de la NPE en las variables demográficas.

La NPE implementada en el país en los últimos años se ve traducida en términos poblacionales, en diferentes manifestaciones, una de las cuales hace énfasis en las estructuras familiares. Esta nueva estructuración de las familias tiene implicaciones en los niveles y tendencias de la nupcialidad, el número de hijos nacidos vivos y sobrevivientes; en las decisiones migratorias etc.

El aumento que han experimentado las unidades económicas de pequeña escala, agrupadas bajo formas familiares ha traído como consecuencia, que la gran mayoría de las mujeres así como los niños, estén insertos en hogares nucleares que responden a configuraciones familiares, donde la inserción de sus miembros en la actividad económica se caracteriza por ocupaciones de poca productividad. En el caso de los hogares urbanos, generalmente estas actividades se vinculan con el sector terciario, específicamente en lo que suele denominarse sector informal, y en el caso de los hogares rurales, su producción se destina mayoritariamente al autoconsumo.

Así como se ha producido un aumento de las unidades económicas de pequeña escala, agrupadas fundamentalmente bajo formas familiares, se ha producido también, un aumento de la población que se desempeña en este tipo de actividades poco productivas, y que por lo tanto percibe pocos ingresos; por lo que en general, las oportunidades de estas personas de acceder a los servicios básicos sociales son bastante limitadas, lo que finalmente tendrá una insidiosa directa, en la planificación familiar y en mortalidad infantil viéndose afectadas las variables fecundidad y mortalidad.

Con relación a las migraciones, estudios efectuados en el país confirman que la migración urbana-rural ha traído como consecuencia un aumento de las familias extendidas y compuestas, pero este fenómeno tiene un carácter transitorio, es decir, hasta tanto se adaptan al nuevo ambiente del lugar de destino. También se ha podido investigar, que en las zonas receptoras se elaboran estrategias de sobrevivencia con una doble función: por una parte contribuir al mantenimiento de las unidades domésticas de origen y por otra parte, asegurar y facilitar la inserción de los nuevos migrantes en el sistema urbano. (Pereira, R.; 1991)

Por último en el caso de la nupcialidad, cabe anotar que no se observan cambios significativos a nivel de toda la población (en términos de tasa de nupcialidad), ya que esta se ha mantenido prácticamente inalterable; sin embargo, se han producido aumentos en la proporción de solteras entre 15 y 24 años y en la edad de ingreso a la nupcialidad.

III. CARACTERISTICAS SOCIO ECONOMICAS

A. Acceso a los servicios básicos

El origen del agua que se utiliza para beber y cocinar es aceptado como el principal indicador para evaluar las condiciones habitacionales, por su importancia desde el punto de vista de la higiene y la salud de la población.

El acceso a redes generales de agua es un indicador de condiciones de potabilidad.

El porcentaje de hogares con acceso a redes, pasó del 39 al 54 por ciento entre 1976 y 1992.

En áreas urbanas se observa un retroceso en términos porcentuales (del 84 al 81%), lo que significa que el avance de los servicios de agua a través de redes generales no ha acompañado la expansión de los hogares urbanos del país.

En 1992 el 26 por ciento del total de los hogares reciben agua por cañería dentro de la vivienda, en 1976 era el 11 por ciento.

En cuanto a la disponibilidad de energía eléctrica, en los 16 años correspondientes al período intercensal, se observa que el porcentaje de hogares que disponen de este servicio, creció del 34 al 55 por ciento en todo el país. En áreas urbanas creció del 76 al 87 por ciento.

El servicio sanitario en Bolivia llegaba en 1992 al 43 por ciento de los hogares, el mismo que en 1976 llegaba al 22 por ciento de los hogares.

En el área urbana este porcentaje en 1992 es de 63 por ciento, en 1976 era de 47 por ciento. En el 32 por ciento de los casos, este servicio es compartido por más de un hogar.

B. Salud

Según los datos del Censo de 1992, en el área urbana, los mayores porcentajes de atención en salud, son los que corresponden a los Servicios Privados (28%), al Ministerio de Salud (26%), y a las Cajas de Seguro Social (21%). En conjunto estos tres servicios estarían atendiendo al 75 por ciento de la población urbana del país.

En el área rural, la mayor parte de la cobertura está siendo proporcionada por las dependencias de Ministerio de Salud (35%), mientras que la Medicina Tradicional atiende al 25 por ciento.

C. Educación

El sistema educativo actual en Bolivia está desconectado de las características del ambiente social, político, económico y cultural, tanto en las regiones como a nivel nacional. La desconexión incide negativamente en los resultados y en la calidad de la enseñanza y contribuye a incrementar las brechas y diferencias que existen entre la educación urbana y la rural, entre la educación privada y la fiscal y en la educación que reciben los hombres y las dificultades de acceso al sistema que tienen las mujeres. Además, el sistema presenta elevadas tasas de deserción, fracaso escolar y baja cobertura de formación técnica, a lo que se adiciona la inadecuada formación de los docentes.

Para la transformación del Sistema Educativo Nacional, en función de los intereses del país, se modificó el código de la educación boliviana, constituyendo una reforma educativa que permite apoyar el desarrollo del capital humano, puesto que permitirá la reformulación de contenidos, metodologías de enseñanza, la superación de las discriminaciones de género y orientará la formación hacia las necesidades del desarrollo nacional, de modo que lo aprendido en las aulas sea realmente de utilidad social para el logro de mejores condiciones de vida de la población.

INDICADORES	NAC			URBA			RURAL		
	TOTA	HOMB	MUJE	TOTA	HOMB	MUJE	TOTA	HOMB	MUJE
1. ANALFABETISMO	20,0	11,8	27,7	8,9	3,8	13,5	36,5	23,1	49,9
2. ANALFABETISMO FUNCIONAL	36,0	27,5	43,9	20,7	13,7	27,0	59,6	47,0	70,3
3. INASISTENCIA AL SISTEMA EDUCATIVO									
- Población de 6 a 13 años	15,0	13,6	16,4	8,6	8,1	9,0	22,9	20,2	25,7
- Población de 14 a 17 años	36,3	32,2	40,3	22,5	18,9	25,9	59,3	52,7	66,5
- Población de 6 a 17 años	21,2	19,0	23,5	13,0	11,5	14,6	32,3	28,8	36,1
- Población de 18 a 24 años	71,8	70,0	73,5	62,4	59,6	64,8	89,1	87,7	90,7
4. COBERTURA DEL SISTEMA EDUCATIVO									
- Población de 6 a 13 años	66,2	67,1	65,3	78,3	78,6	78,0	51,4	53,3	49,4
- Población de 14 a 17 años	38,8	40,9	36,8	53,0	55,6	50,6	15,4	18,6	11,9
- Población de 18 a 24 años	58,2	59,6	56,8	70,2	71,5	69,0	42,1	44,2	39,8
5. AÑOS PROMEDIO DE ESTUDIOS VENCIDOS	6,2	7,1	5,4	8,2	9,2	7,4	3,4	4,4	2,5
6. AÑOS PROMEDIO DE ESCOLARIDAD	5,8	6,7	5,1	7,6	8,5	6,9	3,4	4,3	2,4

Fuente: INE-DES/CNPV 1992

D. Características de la Economía y PEA en Bolivia.

A partir de 1976-1977 la economía Boliviana manifestó los primeros síntomas del inicio de una crisis económica importante. Entre las causas más importantes de este deterioro están: la insuficiente creación de nuevos empleos como consecuencia del uso intensivo del capital, la ausencia de una infraestructura básica hizo que el país volcara hacia ella una parte

importante de sus excedentes para desarrollarla, pero la producción de bienes no siguió el mismo ritmo de crecimiento, una política de cambios demasiado liberal favoreció exportaciones masivas de capital y el financiamiento externo fue absorbido en gran medida por las inversiones en obras de infraestructura y por la fuga de capitales, de tal manera que rápidamente el país se vio en graves dificultades para amortizar sus deudas.

A pesar de los cambios registrados en el período intercensal, Bolivia continua caracterizada por una PEA predominantemente agrícola. La participación en esta rama de actividad ha pasado del 48% al 44%.

Una característica importante del empleo en el país es el alto porcentaje de ocupados no asalariados tanto en áreas rurales como urbanas. Dentro los problemas que más aqueja al empleo está la falta de mecanismos adecuados que pongan en relación a los demandantes y a los ofertantes. La PEA no tiene un nivel de instrucción adecuado y los que tienen formación universitaria y superior significan un porcentaje muy bajo. La población económicamente no activa está compuesta esencialmente por amas de casa y por estudiantes.

En cuanto a la proyección, se preve al 2002 un crecimiento de la PEA masculina en desmedro de la femenina. Dentro de estos cambios, la PEA urbana crecerá considerablemente en disminución de la PEA rural.

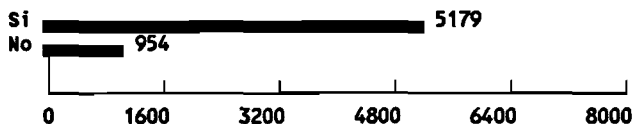
El análisis de la participación de las ramas de actividad económica en la estructura de la PEA total augura que a pesar de la perspectiva de desarrollo al año 2002 en su estructura productiva, Bolivia, continuará caracterizándose por ser un país cuya población económicamente activa, se encontrará predominantemente en la rama de la agricultura, caza, silvicultura y pesca. La rama de electricidad, gas y agua, aunque seguirá registrando el menor peso relativo de la distribución, es la que en el futuro experimentará mayor crecimiento anual en la absorción de la mano de obra. Le seguirán los establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas; la construcción, Industrias manufactureras; Comercio, restaurantes y hoteles; Transporte, almacenamiento y comunicaciones y Servicios comunales, sociales y personales.

La fuerza laboral total boliviana, continuará desplazándose paulatinamente del sector primario hacia los sectores secundario y terciario; así mismo seguirá aumentando la estructura de los que buscan empleo por primera vez.

Q107 ~~Asiste a la escuela~~ I. ACCESO A LA EDUCACION

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	5179	84.4	84.4	84.4
No	2	954	15.6	15.6	100.0
Total		6133	100.0	100.0	

Q107 Asiste a la escuela

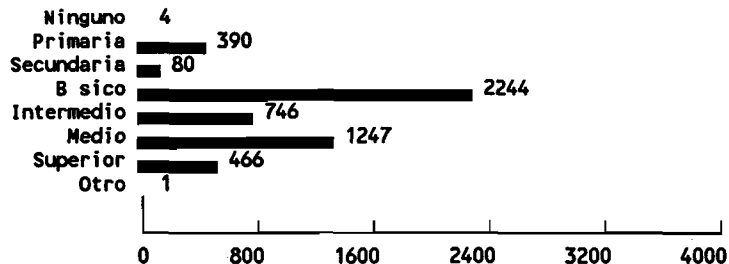


Valid cases 6133 Missing cases 0

Q108U Nivel m s alto de instruccien

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ninguno	0	4	.1	.1	.1
Primaria	1	390	6.4	7.5	7.6
Secundaria	2	80	1.3	1.5	9.2
B sico	3	2244	36.6	43.3	52.5
Intermedio	4	746	12.2	14.4	66.9
Medio	5	1247	20.3	24.1	91.0
Superior	6	466	7.6	9.0	100.0
Otro	7	1	.0	.0	100.0
.	.	954	15.6	Missing	
Total		6133	100.0	100.0	

Q108U Nivel m s alto de instruccien



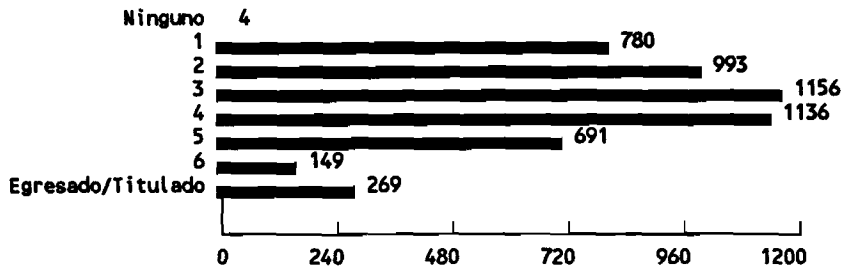
Valid cases 5179 Missing cases 954

Q108N Ultimo curso aprobado

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ninguno	0	4	.1	.1	.1
	1	780	12.7	15.1	15.2
	2	993	16.2	19.2	34.3

	3	1156	18.8	22.3	56.6
	4	1136	18.5	21.9	78.6
	5	691	11.3	13.3	91.9
	6	149	2.4	2.9	94.8
Egresado/Titulado	7	269	4.4	5.2	100.0
	.	954	15.6	Missing	
Total		6133	100.0	100.0	

Q108N Ultimo curso aprobado

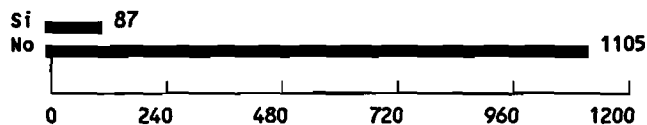


Valid cases 5179 Missing cases 954

Q111 Actualmente asiste escuela

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	87	1.4	7.3	7.3
No	2	1105	18.0	92.7	100.0
	.	4934	80.5	Missing	
	9	7	.1	Missing	
Total		6133	100.0	100.0	

Q111 Actualmente asiste escuela



Valid cases 1192 Missing cases 4941

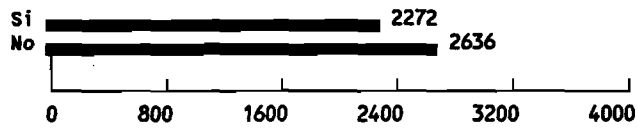
Q112 Razón principal de dejar

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Quedo embarazada	1	108	1.8	9.8	9.8
Se caso	2	182	3.0	16.5	26.3
Cuidar los ni^Oos	3	30	.5	2.8	29.1
Familia neces. ayuda	4	270	4.4	24.5	53.5
No pudo pagar pensio	5	25	.4	2.3	55.8
Neces. ganar dinero	6	206	3.4	18.7	74.5
Graduo/suficiente	7	24	.4	2.2	76.7

III. ACCESO A MEDIOS DE COMUNICACION E IDIOMA HABITUAL

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	2272	37.0	46.3	46.3
No	2	2636	43.0	53.7	100.0
	.	1220	19.9	Missing	
	9	5	.1	Missing	
Total		6133	100.0	100.0	

Q115 Lee periódico una vez por semana

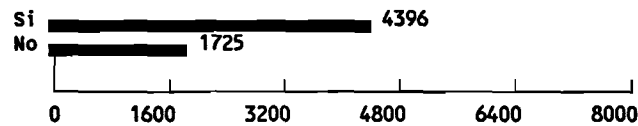


Valid cases 4908 Missing cases 1225

Q116 Escucha radio todos los días

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	4396	71.7	71.8	71.8
No	2	1725	28.1	28.2	100.0
	9	12	.2	Missing	
Total		6133	100.0	100.0	

Q116 Escucha radio todos los días

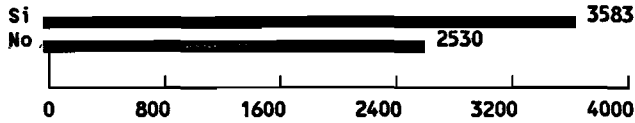


Valid cases 6121 Missing cases 12

Q117 Mira televisión una vez/semana

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	3583	58.4	58.6	58.6
No	2	2530	41.3	41.4	100.0
	9	20	.3	Missing	
Total		6133	100.0	100.0	

Q117 Mira televisión una vez/semana

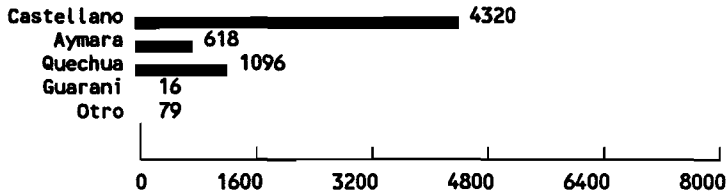


Valid cases 6113 Missing cases 20

Q118 Idioma habitual

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Castellano	1	4320	70.4	70.5	70.5
Aymara	2	618	10.1	10.1	80.6
Quechua	3	1096	17.9	17.9	98.4
Guarani	4	16	.3	.3	98.7
Otro	96	79	1.3	1.3	100.0
	99	3	.0	Missing	
Total		6133	100.0	100.0	

Q118 Idioma habitual

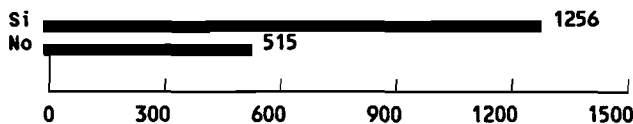


Valid cases 6130 Missing cases 3

Q119 Pueden hablar castellano

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	1256	20.5	70.9	70.9
No	2	515	8.4	29.1	100.0
	.	4320	70.4	Missing	
	9	42	.7	Missing	
Total		6133	100.0	100.0	

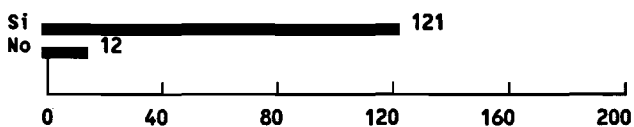
Q119 Pueden hablar castellano



Valid cases 1771 Missing cases 4362

II. TENENCIA DE RECEPTORES DE COMUNICACION MASIVA

Q146C Radio

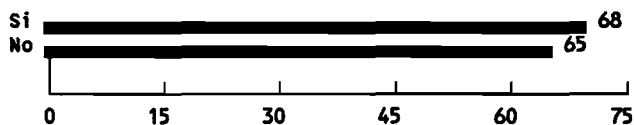


Valid cases 133 Missing cases 5999

Q146D Televisor

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	68	1.1	51.3	51.3
No	2	65	1.1	48.7	100.0
.	.	5984	97.6	Missing	
9	9	15	.2	Missing	
Total		6133	100.0	100.0	

Q146D Televisor

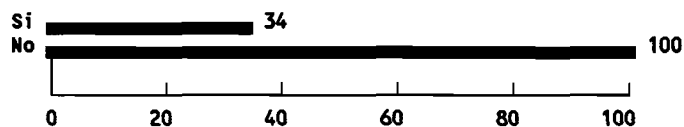


Valid cases 133 Missing cases 5999

Q146E Refrigerador

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	34	.6	25.4	25.4
No	2	100	1.6	74.6	100.0
.	.	5984	97.6	Missing	
9	9	15	.2	Missing	
Total		6133	100.0	100.0	

Q146E Refrigerador

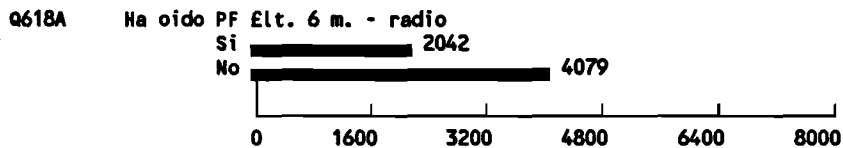


Valid cases 133 Missing cases 5999

II. MEDIOS DE COMUNICACION Y MENSAJES DE PLANIFICACION FAMILIAR

Si	1	2042	33.3	33.4	33.4
No	2	4079	66.5	66.6	100.0
	9	12	.2	Missing	
Total		6133	100.0	100.0	

Page 410 SPSS/PC+ 11/10/95

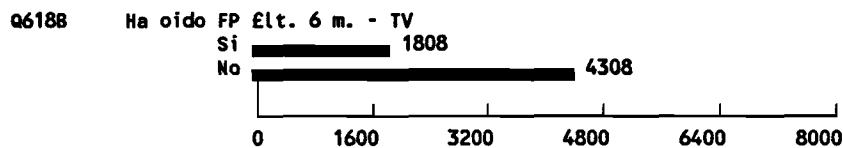


Valid cases 6121 Missing cases 12

Q6188 Ha oido FP EIt. 6 m. - TV

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	1808	29.5	29.6	29.6
No	2	4308	70.2	70.4	100.0
	9	17	.3	Missing	
Total		6133	100.0	100.0	

Page 411 SPSS/PC+ 11/10/95

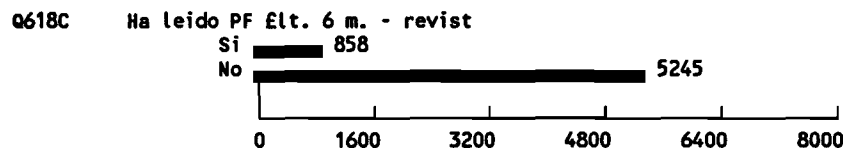


Valid cases 6116 Missing cases 17

Q618C Ha leído PF EIt. 6 m. - revist

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	858	14.0	14.1	14.1
No	2	5245	85.5	85.9	100.0
	9	30	.5	Missing	
Total		6133	100.0	100.0	

Page 412 SPSS/PC+ 11/10/95

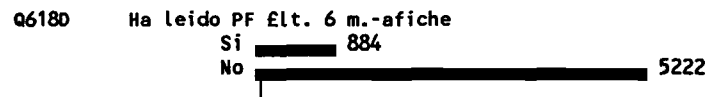


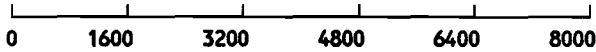
Valid cases 6103 Missing cases 30

Q618D Ha leído PF EIt. 6 m.-afiche

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	884	14.4	14.5	14.5
No	2	5222	85.1	85.5	100.0
	9	28	.5	Missing	
Total		6133	100.0	100.0	

Page 413 SPSS/PC+ 11/10/95

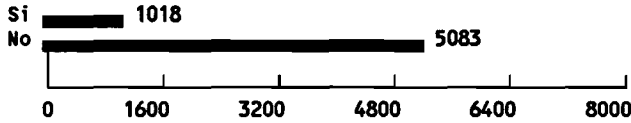




Valid cases 6105 Missing cases 28
 Q618E He leído PF EIt. 6 m.-folletos

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	1018	16.6	16.7	16.7
No	2	5083	82.9	83.3	100.0
	9	32	.5	Missing	
Total		6133	100.0	100.0	

Q618E He leído PF EIt. 6 m.-folletos

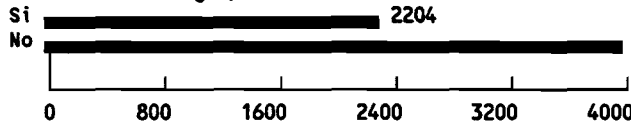


Valid cases 6101 Missing cases 32

Q630 Ha conversado PF con amigas/fa

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	2204	35.9	36.0	36.0
No	2	3922	64.0	64.0	100.0
	9	6	.1	Missing	
Total		6133	100.0	100.0	

Q630 Ha conversado PF con amigas/fa



Valid cases 6127 Missing cases 6

Q632 Parte conocidas que usan PF

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
La mayoría	1	1189	19.4	19.4	19.4
Algunas	2	2571	41.9	42.0	61.5
Ninguna	3	1051	17.1	17.2	78.6
No sabe	8	1306	21.3	21.4	100.0
	9	16	.3	Missing	
Total		6133	100.0	100.0	

Q632 Parte conocidas que usan PF

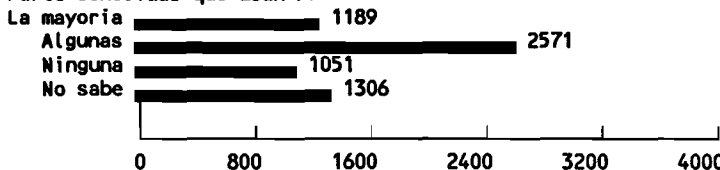


Tabla 1
ACCESO A LOS MEDIOS, SEGUN CONOCIMIENTO DE
DONDE SE CONSIGUEN LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

	Ha oído PF los últimos 6 m. en radio						TOTAL		Ha oído FP los últimos 6 m. en TV				
	Si		No		NO APLICA		Frecuen	porcen	Si		No		NO APLICA
	Frecuen	porcen	Frecuen	porcen	Frecuen	porcen			Frecuen	porcen	Frecuen	porcen	Frecuen
Sabe donde conseguir métodos de PF													
Si	1253	16.6	1601	21.2	13	.2	2867	38.0	1335	17.7	1518	20.1	14
No	1101	14.6	3598	47.6	5	.1	4704	62.3	703	9.3	3997	52.9	5
9	9	.1	1	.0			10	.1	3	.0	7	.1	
TOTAL	2362	31.3	5201	68.9	17	.2	7581	100.4	2041	27.0	5522	73.1	19

	Ha oído FP Élt. 6 m. - TV	TOTAL		Ha leído PF Élt. 6 m. - revist						TOTAL		Ha leído PF Élt. 6 m.-afiche		
		NO APLICA	Frecuen	porcen	Si		No		NO APLICA		Frecuen	porcen	Si	
					Frecuen	porcen	Frecuen	porcen	Frecuen	porcen			Frecuen	porcen
Sabe donde conseguir métodos de PF														
Si	.2	2867	38.0	679	9.0	2165	28.7	23	.3	2867	38.0	789	10.5	
No	.1	4704	62.3	304	4.0	4394	58.3	6	.1	4704	62.4	237	3.1	
9		10	.1	3	.0	6	.1	1	.0	10	.1	3	.0	
TOTAL	.2	7581	100.4	985	13.1	6565	87.1	30	.4	7581	100.5	1028	13.6	

	Ha leído PF Élt. 6 m.-afiche				TOTAL		He leído PF Élt. 6 m.-folletos						TOTAL
	No		NO APLICA		Frecuen	porcen	Si		No		NO APLICA		Frecuen
	Frecuen	porcen	Frecuen	porcen			Frecuen	porcen	Frecuen	porcen	Frecuen	porcen	
Sabe donde conseguir métodos de PF													
Si	2057	27.3	21	.3	2867	38.0	912	12.1	1934	25.6	21	.3	2867
No	4461	59.1	6	.1	4704	62.4	317	4.2	4377	58.1	10	.1	4704
9	6	.1	1	.0	10	.1	4	.1	5	.1	1	.0	10
TOTAL	6525	86.5	28	.4	7581	100.5	1233	16.4	6316	83.8	32	.4	7581

(continuacion)

	TOTAL
	porcen
Sabe donde conseguir métodos de PF	
Si	38.0
No	62.4
9	.1
TOTAL	100.5

Tabla 2
IDIOMA HABITUAL

Idioma habitual	Ha oído PF Élt. 6 m. - radio			TOTAL	Ha oído FP Élt. 6 m. - TV			TOTAL	Ha leído PF Élt. 6 m. - revist			TOTAL	Ha leído PF Élt. 6 m.-afiche
	Si	No	9		Si	No	9		Si	No	9		Si
Castellano	2391	3815	19	6225	2454	3750	21	6225	1268	4921	37	6225	1279
Aymara	220	619		839	53	784	2	839	16	822	2	839	28
Quechua	211	1200	1	1412	78	1333	1	1412	7	1403	2	1412	26
Guarani	3	18		22		22		22		22		22	
Otro		102		102	1	101		102	4	99		102	1
99	0	2	0	3	0	2	0	3	0	2	0	3	
TOTAL	2826	5757	20	8603	2586	5993	24	8603	1295	7267	40	8603	1333

IDIOMA HABITUAL

Idioma habitual	Ha leído PF Élt. 6 m.-afiche		TOTAL	He leído PF Élt. 6 m.-folletos			TOTAL
	No	9		Si	No	9	
Castellano	4911	35	6225	1493	4691	41	6225
Aymara	810	2	839	47	791	2	839
Quechua	1386	1	1412	17	1394	1	1412
Guarani	22		22		22		22
Otro	101		102	1	101		102
99	2	0	3		2	0	3
TOTAL	7232	38	8603	1558	7002	43	8603

9 = No aplica

Tabla 3
MORTALIDAD EN EL ULTIMO AÑO, SEGUN IDIOMA

	IDIOMA						TOTAL
	1	2	3	4	96	99	
MUERTOS							
.00	6468	693	1249	23	89	4	8526
1.00	44	7	26				77
TOTAL	6512	700	1275	23	89	4	8603

1= Castellano
2= Aymara
3= Quechua
4= Guaraní
96= Otro
99= No aplica

Tabla 4
CARENCIAS SEGUN ACCESO A MEDIOS

	Radio						TOTAL		Televisor				
	Si		No		9		Frecuen	porcen	Si		No		9
	Frecuen	porcen	Frecuen	porcen	Frecuen	porcen			Frecuen	porcen	Frecuen	porcen	Frecuen
Carencia													
1 si	3563	58.2	882	14.4	7	.1	4452	72.7	1967	32.1	2477	40.5	7
2.no	1629	26.6	48	.8	4	.1	1681	27.5	1569	25.6	108	1.8	4
TOTAL	5192	84.8	930	15.2	10	.2	6133	100.2	3537	57.8	2585	42.2	11

	Televiso	TOTAL	
	r	Frecuen	porcen
	9		
porcen			
Carencia			
1.Si	.1	4452	72.7
2.No	.1	1681	27.5
TOTAL	.2	6133	100.2

Tabla 5
CARENCIA, SEGUN ACCESO A MEDIOS DE COMUNICACION
MATERNAS Y/O EMBARAZADAS

	Radio						TOTAL		Televisor				
	Si		No		9		Frecuen	porcen	Si		No		9
	Frecuen	porcen	Frecuen	porcen	Frecuen	porcen			Frecuen	porcen	Frecuen	porcen	Frecuen
Carencia													
1.Si	4728	55.1	1104	12.9	7	.1	5840	68.0	2654	30.9	3176	37.0	10
2.No	2682	31.2	72	.8	10	.1	2763	32.2	2588	30.1	165	1.9	10
TOTAL	7410	86.3	1176	13.7	17	.2	8603	100.2	5242	61.1	3342	38.9	20

	Televisor	TOTAL	
	9	Frecuen	porcen
	porcen		
Carencia			
1.Si	.1	5840	68.0
2.No	.1	2763	32.2
TOTAL	.2	8603	100.2

9 = No aplica

ANEXO C

UN EJEMPLO DEL PROGRAMA EN SPSS/PC

```
more=on/  
eject=off.
```

```
DATA LIST FILE='BOIQ33RT.DAT'
```

```
 /  
  QINTD      38-39  
  QINTM      40-41  
  QINTY      42-43  
  area 71  
 /  
 edad 24-25  instruc 27 lee 32 radio 53 tv 54  
 /  
 /  
  Q215D$01   19-20  
  Q215M$01   21-22  
  Q215Y$01   23-24  
  Q216$01    25-25  
  Q219U$01   29  
  Q219N$01   30-31  
  hijos 31-32  
 /  
  Q215D$02   19-20  
  Q215M$02   21-22  
  Q215Y$02   23-24  
  Q216$02    25-25  
  Q219U$02   29  
  Q219N$02   30-31  
 /  
  Q215D$03   19-20  
  Q215M$03   21-22  
  Q215Y$03   23-24  
  Q216$03    25-25  
  Q219U$03   29  
  Q219N$03   30-31  
 /  
  Q215D$04   19-20  
  Q215M$04   21-22  
  Q215Y$04   23-24  
  Q216$04    25-25  
  Q219U$04   29  
  Q219N$04   30-31  
 /  
  Q215D$05   19-20  
  Q215M$05   21-22  
  Q215Y$05   23-24  
  Q216$05    25-25  
  Q219U$05   29  
  Q219N$05   30-31  
 /  
  Q215D$06   19-20  
  Q215M$06   21-22  
  Q215Y$06   23-24  
  Q216$06    25-25  
  Q219U$06   29  
  Q219N$06   30-31  
 /  
  Q215D$07   19-20  
  Q215M$07   21-22  
  Q215Y$07   23-24  
  Q216$07    25-25  
  Q219U$07   29  
  Q219N$07   30-31  
 /  
  Q215D$08   19-20  
  Q215M$08   21-22  
  Q215Y$08   23-24  
  Q216$08    25-25  
  Q219U$08   29
```

Q219N\$08 30-31
/
Q215D\$09 19-20
Q215M\$09 21-22
Q215Y\$09 23-24
Q216\$09 25-25
Q219U\$09 29
Q219N\$09 30-31

/
Q215D\$10 19-20
Q215M\$10 21-22
Q215Y\$10 23-24
Q216\$10 25-25
Q219U\$10 29
Q219N\$10 30-31

/
Q215D\$11 19-20
Q215M\$11 21-22
Q215Y\$11 23-24
Q216\$11 25-25
Q219U\$11 29
Q219N\$11 30-31

/
Q215D\$12 19-20
Q215M\$12 21-22
Q215Y\$12 23-24
Q216\$12 25-25
Q219U\$12 29
Q219N\$12 30-31

/
Q215D\$13 19-20
Q215M\$13 21-22
Q215Y\$13 23-24
Q216\$13 25-25
Q219U\$13 29
Q219N\$13 30-31

/
Q215D\$14 19-20
Q215M\$14 21-22
Q215Y\$14 23-24
Q216\$14 25-25
Q219U\$14 29
Q219N\$14 30-31

//////usome 20

/prenat 22 parto 34-35

////////// espac 16 radiopf 41 telepf 42 revpf 43

afipf 44 follpf 45

//////////.

recode q215d\$01 q215m\$01 q215y\$01 (95 thru hi=99).
recode q215d\$02 q215m\$02 q215y\$02 (95 thru hi=99).
recode q215d\$03 q215m\$03 q215y\$03 (95 thru hi=99).
recode q215d\$04 q215m\$04 q215y\$04 (95 thru hi=99).
recode q215d\$05 q215m\$05 q215y\$05 (95 thru hi=99).
recode q215d\$06 q215m\$06 q215y\$06 (95 thru hi=99).
recode q215d\$07 q215m\$07 q215y\$07 (95 thru hi=99).
recode q215d\$08 q215m\$08 q215y\$08 (95 thru hi=99).
recode q215d\$09 q215m\$09 q215y\$09 (95 thru hi=99).
recode q215d\$10 q215m\$10 q215y\$10 (95 thru hi=99).
recode q215d\$11 q215m\$11 q215y\$11 (95 thru hi=99).
recode q215d\$12 q215m\$11 q215y\$11 (95 thru hi=99).
recode q215d\$13 q215m\$11 q215y\$11 (95 thru hi=99).
recode q215d\$14 q215m\$11 q215y\$11 (95 thru hi=99).
compute def01= q216\$01 * 1000 + q219u\$01 * 100 + q219n\$01.
compute def02= q216\$02 * 1000 + q219u\$02 * 100 + q219n\$02.
compute def03= q216\$03 * 1000 + q219u\$03 * 100 + q219n\$03.
compute def04= q216\$04 * 1000 + q219u\$04 * 100 + q219n\$04.
compute def05= q216\$05 * 1000 + q219u\$05 * 100 + q219n\$05.
compute def06= q216\$06 * 1000 + q219u\$06 * 100 + q219n\$06.
compute def07= q216\$07 * 1000 + q219u\$07 * 100 + q219n\$07.
compute def08= q216\$08 * 1000 + q219u\$08 * 100 + q219n\$08.
compute def09= q216\$09 * 1000 + q219u\$09 * 100 + q219n\$09.

```

compute def00= q216$10 * 1000 + q219u$10 * 100 + q219n$10.
compute def11= q216$11 * 1000 + q219u$11 * 100 + q219n$11.
compute def12= q216$12 * 1000 + q219u$12 * 100 + q219n$12.
compute def13= q216$13 * 1000 + q219u$13 * 100 + q219n$13.
compute def14= q216$14 * 1000 + q219u$14 * 100 + q219n$14.
missing value q215d$01 q215m$01 q215y$01 (99).
missing value q215d$02 q215m$02 q215y$02 (99).
missing value q215d$03 q215m$03 q215y$03 (99).
missing value q215d$04 q215m$04 q215y$04 (99).
missing value q215d$05 q215m$05 q215y$05 (99).
missing value q215d$06 q215m$06 q215y$06 (99).
missing value q215d$07 q215m$07 q215y$07 (99).
missing value q215d$08 q215m$08 q215y$08 (99).
missing value q215d$09 q215m$09 q215y$09 (99).
missing value q215d$10 q215m$10 q215y$10 (99).
missing value q215d$11 q215m$11 q215y$11 (99).
missing value q215d$12 q215m$12 q215y$12 (99).
missing value q215d$13 q215m$13 q215y$13 (99).
missing value q215d$14 q215m$14 q215y$14 (99).
compute edad01=(Yrmoda(qinty,qintm,qintd) -
yrmoda(q215y$01,q215m$01,q215d$01))/365.25.
compute edad02=(Yrmoda(qinty,qintm,qintd) -
yrmoda(q215y$02,q215m$02,q215d$02))/365.25.
compute edad03=(Yrmoda(qinty,qintm,qintd) -
yrmoda(q215y$03,q215m$03,q215d$03))/365.25.
compute edad04=(Yrmoda(qinty,qintm,qintd) -
yrmoda(q215y$04,q215m$04,q215d$04))/365.25.
compute edad05=(Yrmoda(qinty,qintm,qintd) -
yrmoda(q215y$05,q215m$05,q215d$05))/365.25.
compute edad06=(Yrmoda(qinty,qintm,qintd) -
yrmoda(q215y$06,q215m$06,q215d$06))/365.25.
compute edad07=(Yrmoda(qinty,qintm,qintd) -
yrmoda(q215y$07,q215m$07,q215d$07))/365.25.
compute edad08=(Yrmoda(qinty,qintm,qintd) -
yrmoda(q215y$08,q215m$08,q215d$08))/365.25.
compute edad09=(Yrmoda(qinty,qintm,qintd) -
yrmoda(q215y$09,q215m$09,q215d$09))/365.25.
compute edad10=(Yrmoda(qinty,qintm,qintd) -
yrmoda(q215y$10,q215m$10,q215d$10))/365.25.
compute edad11=(Yrmoda(qinty,qintm,qintd) -
yrmoda(q215y$11,q215m$11,q215d$11))/365.25.
compute edad12=(Yrmoda(qinty,qintm,qintd) -
yrmoda(q215y$12,q215m$12,q215d$12))/365.25.
compute edad13=(Yrmoda(qinty,qintm,qintd) -
yrmoda(q215y$13,q215m$13,q215d$13))/365.25.
compute edad14=(Yrmoda(qinty,qintm,qintd) -
yrmoda(q215y$14,q215m$14,q215d$14))/365.25.
if (edad01 gt 6) def01=0.
if (edad02 gt 6) def02=0.
if (edad03 gt 6) def03=0.
if (edad04 gt 6) def04=0.
if (edad05 gt 6) def05=0.
if (edad06 gt 6) def06=0.
if (edad07 gt 6) def07=0.
if (edad08 gt 6) def08=0.
if (edad09 gt 6) def09=0.
if (edad10 gt 6) def10=0.
if (edad11 gt 6) def11=0.
if (edad12 gt 6) def12=0.
if (edad13 gt 6) def13=0.
if (edad14 gt 6) def14=0.
if (edad01 le 5) nac01=1.
if (edad02 le 5) nac02=1.
if (edad03 le 5) nac03=1.
if (edad04 le 5) nac04=1.
if (edad05 le 5) nac05=1.
if (edad06 le 5) nac06=1.
if (edad07 le 5) nac07=1.
if (edad08 le 5) nac08=1.
if (edad09 le 5) nac09=1.
if (edad10 le 5) nac10=1.
if (edad11 le 5) nac11=1.

```

```

if (edad12 le 5) nac12=1.
if (edad13 le 5) nac13=1.
if (edad14 le 5) nac14=1.
compute nacio5 = nac01 + nac02 + nac03 + nac04 + nac05 + nac06 +
nac07 + nac08 + nac09 + nac10 + nac11 + nac12 +
nac13 + nac14.
recode def01 def02 def03 def04 def05 def06 def07
def08 def09 def10 def11 def12 def13 def14
(2100 thru 2131,2199=1) (2200 thru 2212,2299 = 1) (else=0).
compute def5 = def01 + def02 + def03 + def04 + def05 + def06 +
def07 + def08 + def09 + def10 + def11 + def12 +
def13 + def14.
recode edad01 edad02 edad03 edad04 edad05 edad06 edad07 edad08
edad09 edad10 edad11 edad12 edad13 edad14 (0 thru 1 = 1)
(else = 0).
compute nacer =edad01 + edad02 + edad03 + edad04 + edad05 +
edad06 + edad07 + edad08 + edad09 + edad10 +
edad11 + edad12 + edad13 + edad14.
compute mor01= q216$01 * 10 + edad01.
compute mor02= q216$02 * 10 + edad02.
compute mor03= q216$03 * 10 + edad03.
compute mor04= q216$04 * 10 + edad04.
compute mor05= q216$05 * 10 + edad05.
compute mor06= q216$06 * 10 + edad06.
compute mor07= q216$07 * 10 + edad07.
compute mor08= q216$08 * 10 + edad08.
compute mor09= q216$09 * 10 + edad09.
compute mor10= q216$10 * 10 + edad10.
compute mor11= q216$11 * 10 + edad11.
compute mor12= q216$12 * 10 + edad12.
compute mor13= q216$13 * 10 + edad13.
compute mor14= q216$14 * 10 + edad14.
recode mor01 mor02 mor03 mor04 mor05 mor06 mor07 mor08 mor09
mor10 mor11 mor12 mor13 mor14 (21 thru 24=1) (else=0).
compute muertos = mor01 + mor02 + mor03 + mor04 + mor05 +
mor06 + mor07 + mor08 + mor09 + mor10 +
mor11 + mor12 + mor13 + mor14.

recode edad (15 thru 19=1) (20 thru 24 =2) (25 thru 29 =3)
(30 thru 34=4) (35 thru 39 =5) (40 thru 44 =6)
(45 thru 49=7).

```

tables

The raw data or transformation pass is proceeding

8603 cases are written to the compressed active file.

/missing=include/format=cwidth(11,8,6)/ftotal=total

/table=deft5 + total by area + total + instruc + total + edad +
total + espac + total + hijos + total.