

CEPAL

NACIONES UNIDAS

COMISIÓN ECONÓMICA
PARA AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE (CEPAL)



Distr.
RESTRINGIDA

LC/DEM/R.300
30 de junio de 1999

ORIGINAL: ESPAÑOL

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) -
División de Población

**IDENTIFICACIÓN DE POBLACIONES
OBJETIVO EN EL ANÁLISIS
DE LA SALUD REPRODUCTIVA
EL CASO DE BOLIVIA**

Santiago de Chile, 1999

Este documento fue preparado por Mariska Meurs, consultora del Área de Población y Desarrollo del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población. La investigación contó con el apoyo financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). No ha sido sometido a revisión editorial y las opiniones vertidas en él son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de las organizaciones mencionadas.

Índice

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
I. SALUD REPRODUCTIVA Y FOCALIZACIÓN	9
I.1. Salud reproductiva, pobreza y desarrollo	9
I.2. La focalización y los grupos prioritarios de atención en el ámbito de la salud reproductiva	13
II. BOLIVIA: POBLACIONES OBJETIVO EN LOS PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA. DOS EJEMPLOS DE FOCALIZACIÓN	17
II.1. Nacimientos de orden alto en mujeres mayores de 35 años de edad	17
II.2. La población expuesta a la maternidad temprana	25
III. REFLEXIONES FINALES	36
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXO 1. Definición de pobreza con el método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) basada en los datos censales	43
ANEXO 2. Programa <i>winR+</i>	45
ANEXO 3. Cuestionario del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1992	51

Índice de cuadros

Cuadro 1. Población femenina de 35-49 años de edad y tasa de mortalidad infantil en el conjunto de provincias seleccionadas con ambos criterios de focalización	21
Cuadro 2. Población femenina de 35-49 años de edad y la tasa de mortalidad infantil en el conjunto de provincias seleccionadas según los nuevos indicadores de focalización	23
Cuadro 3. La población objetivo (mujeres de 35 a 49 años) residente en las provincias seleccionadas y en el país, según zona de residencia y pobreza en el hogar	24
Cuadro 4. Número y porcentaje de mujeres de 12 a 17 años de edad que son madres, según área de residencia, pobreza y nivel de educación	26
Cuadro 5. Porcentaje de mujeres entre 12 y 17 años de edad que son madres, según condición de pobreza en el hogar y nivel de educación de la mujer	27
Cuadro 6. Indicadores utilizados para la selección de provincias y provincias seleccionadas	28
Cuadro 7. Población objetivo de 5 a 10 años de edad en las provincias seleccionadas	30
Cuadro 8. Analfabetismo y dominio del castellano entre adolescentes de 12 a 17 años de edad en las provincias seleccionadas	32
Cuadro 9. Porcentaje de adolescentes sin acceso a planificación familiar porque no conocen un método o fuentes de suministro	33
Cuadro 10. Actitud de las mujeres adolescentes frente a la planificación familiar, según diversos factores socioeconómicos	34
Cuadro 11. Acceso a información para las mujeres adolescentes	35
Cuadro 12. Características seleccionadas de las mujeres adolescentes según el idioma habitualmente hablado	35

Índice de mapas

Mapa 1. Contribución de la fecundidad de mujeres de 35 años y más a la TGF	18
Mapa 2. Tasa global de fecundidad (TGF) por provincia	18
Mapa 3. Porcentaje de mujeres de 35 a 49 años de edad con nacimientos de orden alto	19
Mapa 4. Número de mujeres de 35 a 49 años de edad con un nacimiento de orden alto	20
Mapa 5. Porcentaje de mujeres de 35 a 49 años de edad en hogares pobres que registran un nacimiento de orden 4 o mayor en el año anterior al censo	22
Mapa 6. Número de mujeres de 35 a 49 años de edad en hogares pobres que registran un nacimiento de orden 4 o mayor en el año anterior al censo	22
Mapa 7. Provincias seleccionadas con alto volumen o incidencia de madres adolescentes (de 12 a 17 años de edad) y tamaño estimado del grupo objetivo	29

RESUMEN

La salud reproductiva tiene una estrecha relación con las inequidades socioeconómicas y de género y su descuido —además de resultar en notorias desventajas socioeconómicas— contribuye a la persistencia de éstas. El propósito de este documento es mostrar cómo la información de los censos y de las encuestas demográficas y de salud (procesada con herramientas computacionales de fácil manejo y comprensión) puede ser utilizada para focalizar en dos ámbitos en los que la salud reproductiva adquiere una crucial importancia para prevenir y atenuar las desigualdades existentes.

Se elaboraron dos ejemplos de focalización: con el primero es posible identificar, caracterizar y ubicar territorialmente a las mujeres con 35 o más años de edad que registran nacimientos de orden alto y con el segundo a la población expuesta al riesgo de maternidad temprana. Estos ejercicios mostraron la necesidad de utilizar tanto indicadores porcentuales como otros referidos al tamaño de la población para obtener una representación equilibrada de las zonas rurales y urbanas. Además, se pudo apreciar que la maternidad temprana y los nacimientos de orden alto son más generalizados en el ámbito rural que en el urbano, que en este último existe una mayor discriminación entre los grupos de población según estrato socioeconómico y que las mujeres aymaras y quechuas, aunque vivan en zonas urbanas o registren un alto nivel de educación, tienen un menor acceso a la información y a los servicios de salud reproductiva.

La caracterización de la población objetivo —en cuanto a alfabetización, asistencia escolar, tenencia y uso de medios de comunicación, actitudes y conocimiento sobre la planificación familiar— permitió llegar a conclusiones útiles para el diseño de medidas de intervención adaptadas para diferentes grupos de la población.

INTRODUCCIÓN

El diseño de políticas públicas, programas y acciones en salud reproductiva —y su inclusión dentro de las estrategias para atenuar las inequidades sociales, elevar la calidad de los recursos humanos y mejorar las condiciones de vida de la población— requiere partir de la identificación de los grupos de población cuyas especificidades económicas, sociales y demográficas los convierten en sus receptores potenciales.

Se presentan los resultados de la aplicación de las herramientas *WinR+* y *Zonplan*¹ a los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1992 y de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA, 1994) de Bolivia², en busca de identificar y caracterizar a la población que necesita programas y servicios de salud reproductiva y determinar su ubicación geográfica. Es sabido que la información censal³ y de las encuestas demográficas y de salud permite clasificar a las personas y los hogares según determinadas características (relacionadas con la salud reproductiva) y también precisar su localización geográfica, lo que facilita el diseño y focalización de los esfuerzos tendientes a la “optimización” en la entrega de los servicios, condición particularmente útil a la luz de la creciente orientación de las políticas hacia la “eficiencia y eficacia” del gasto público social, particularmente cuando las medidas de “ajuste presupuestario” en procura de equilibrios fiscales y económicos merman la (capacidad de) inversión social de los gobiernos.

El documento consta de tres capítulos. En el primero se abordan sucintamente los temas de salud reproductiva, su relación con la pobreza y el desarrollo y el de la focalización, destacando el papel que compete al cuidado y atención de la salud reproductiva en los ámbitos económico y social y la importancia de la focalización como mecanismo para lograr resultados. El capítulo II contiene dos ejemplos de identificación de segmentos de la población en los cuales la salud reproductiva adquiere una notoria relevancia: las mujeres de 35 años o más de edad que registran nacimientos de orden alto y las expuestas a la maternidad temprana. En el tercer y último capítulo se discute la utilidad de los procedimientos y de los resultados obtenidos para la elaboración de programas, políticas públicas y la toma de decisiones.

Debe señalarse que este ejercicio no agota el uso de las herramientas técnicas y fuentes de datos empleadas, pues se trata de un trabajo continuo que depende de los objetivos propuestos en cada investigación y de la disponibilidad de recursos.

¹ *WinR+* y *Zonplan* son paquetes computacionales diseñados por el CELADE que permiten procesar rápida y oportunamente los datos contenidos en censos y encuestas y facilitan el cálculo de una amplia gama de indicadores demográficos y socioeconómicos.

² Además de la información (censo y encuesta) usada en este trabajo, varios estudios muestran que Bolivia registra, en comparación con otros países de la región, una elevada mortalidad temprana, una significativa mortalidad materna y un acceso limitado a diferentes servicios de salud reproductiva. (Véase el recuadro 1.)

³ Si bien los censos de población proveen los insumos necesarios para las estimaciones indirectas de las variables demográficas relacionadas con la salud reproductiva (fecundidad y mortalidad), no permiten su examen exhaustivo; no obstante esta restricción, esa información constituye el punto de partida para identificar las poblaciones y territorios objetivos, pues permiten desagregar social y geográficamente los atributos de la población.

Recuadro 1

SALUD REPRODUCTIVA. UNA NUEVA ORIENTACIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE SALUD

Uno de los avances más importantes que se han producido en las últimas décadas es el relacionado con la salud reproductiva, cuya dirección pasa de la atención y enfoque individualizado, de alta especialidad y con una visión puramente clínica, a procesos integrales de atención para grandes grupos de la población, con un enfoque social y de desarrollo humano, con lo que convierte en una de las especialidades más importantes de la salud pública de los países.

Los aspectos sociales, de desarrollo humano y de derechos humanos —y dentro de ellos los sexuales y reproductivos— adquieren gran relevancia en este nuevo enfoque, que sitúa a la persona como actor, receptor principal y centro de los esfuerzos que buscan asegurarle una adecuada salud reproductiva, un equilibrado estado de salud general y su desarrollo global, en procura de favorecer el desarrollo humano sostenible de la población en el tiempo y en el espacio.

En este contexto y bajo esta nueva visión, la salud reproductiva se convierte en un proceso social de construcción de individuos, familias y grupos comunitarios, de creación de nuevas culturas de salud y de desarrollo institucional, que estén acordes con el desarrollo humano y con la responsabilidad social de los individuos, la comunidad y las instituciones.

Como parte del desarrollo humano, se ocupa de promover y mantener una sexualidad sana, basada en conductas y estilos de vida saludables, así como en fuertes procesos educativos que hacen posible el desarrollo integral bio-psico-socio-cultural adecuado y que aseguran el ejercicio de los derechos humanos y reproductivos en pro de mejores niveles de salud y vida.

Como responsabilidad social, el nuevo enfoque de salud reproductiva se preocupa de la equidad y la igualdad entre hombres y mujeres y entre poblaciones urbanas y rurales y respeta debidamente las diferencias culturales, étnicas y de desarrollo.

Otro aspecto importante es que prioriza la promoción de las condiciones de la mujer, buscando respuestas eficientes a las demandas insatisfechas y a las necesidades que surgen individualmente y de manera global entre las mujeres de los diferentes estratos, y no sólo durante el período reproductivo sino en todo su ciclo de vida, contribuyendo al desarrollo y crecimiento armónico, asegurando comportamientos sexuales y reproductivos adecuados y saludables durante la niñez, la adolescencia, la vida adulta y la vejez.

Asimismo, la salud reproductiva procura una participación efectiva y activa del hombre dentro de todos los procesos de la vida y responsabilidad sexual y reproductiva, dándole la posibilidad de opciones para un cambio de percepciones y actitudes hacia esos procesos. Vela por que hombres y mujeres tengan un acceso adecuado a la información, educación y servicios y puedan ejercer sus derechos y responsabilidades individuales dentro de la familia y la comunidad.

Fuente: Toro Horacio (1998), “Salud Reproductiva: Nueva orientación para los programas de salud”, en FNUAP, *Temas de Salud Pública en el Nuevo Contexto de la Salud Reproductiva*, Santiago de Chile.

I. SALUD REPRODUCTIVA Y FOCALIZACIÓN

I.1. Salud reproductiva, pobreza y desarrollo

La salud reproductiva (SR) es un capítulo fundamental dentro del ámbito de la salud y tiene una relación específica con la reproducción humana y las variables demográficas que la determinan: la fecundidad y la mortalidad. Tanto por los aspectos éticos implícitos como por sus estrechas relaciones con las inequidades de género, demográficas y socioeconómicas, la SR es motivo de una alta preocupación dentro de la agenda de los países de la región. Su descuido, que es en parte resultado de las desventajas socioeconómicas, contribuye a la persistencia de estas últimas.

La pobreza sigue constituyendo el principal escollo para lograr el desarrollo en la región y es habitual que vaya acompañada de analfabetismo, inadecuados niveles de salud y educación, desempleo, subempleo, bajo nivel socioeconómico de la mujer, riesgos ambientales y acceso limitado a los servicios sociales y sanitarios. Desde un punto de vista demográfico, debe señalarse que todos estos factores contribuyen a la persistencia de elevados niveles de fecundidad, morbimortalidad y de acelerados ritmos de crecimiento. Entonces, es muy frecuente observar que los grupos socioeconómicos más pobres exhiben, por lo general, una dinámica demográfica que es diferente a la del resto de la sociedad (Villanueva, 1996; Martínez, 1997).

La experiencia ha demostrado que las relativamente elevadas tasas de crecimiento demográfico que resultan especialmente de persistentes altos niveles de fecundidad —y en el marco de severas restricciones económicas— están mermando las posibilidades de satisfacer apropiadamente aquellas necesidades elementales de la población (como alimentación, salud y educación) que, a corto y mediano plazo, atenúan la presencia de las condiciones desfavorables que subyacen en la pobreza; la insatisfacción de las carencias limita la elevación sostenida del acervo de capital humano requerido para ampliar las posibilidades de crecimiento económico y de desarrollo en los países de la región⁴.

Corresponde señalar que lo dicho anteriormente no equivale a postular que el rápido crecimiento demográfico sea causa de la pobreza; entre pobreza y crecimiento demográfico existe una trama compleja de vinculaciones y en la práctica se producen situaciones particulares en las que este crecimiento tiende a agudizar los impedimentos para el logro de mejores condiciones de vida de la población (Population Reference Bureau, Inc., 1996).

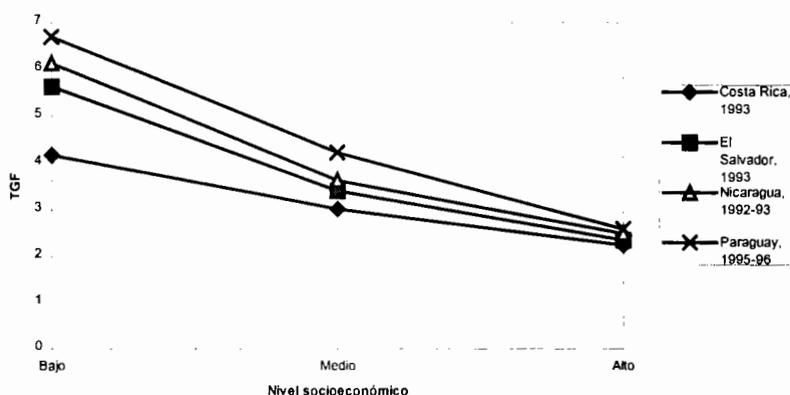
⁴ En el contexto de las teorías que postulan el crecimiento económico sostenido y el desarrollo, la acumulación de capital humano tiene tanta importancia como la acumulación de riqueza (capital físico).

Recuadro 2

POBREZA Y COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO: HECHOS Y CONTROVERSIAS

Las evidencias disponibles permiten sostener que los grupos pobres de América Latina y el Caribe se distinguen por un comportamiento reproductivo específico, que da lugar a una dinámica demográfica diferente de la de los estratos no afectados por la pobreza (véase el gráfico). Los principales rasgos de este comportamiento son: (i) nupcialidad más temprana; (ii) menor prevalencia de uso actual de anticonceptivos modernos; (iii) mayor frecuencia de fecundidad entre adolescentes y púberes; (iv) más elevada fecundidad total; (v) mayor mortalidad maternoinfantil, que repercute en una menor esperanza de vida. Como se desprende de estos rasgos, la dinámica demográfica de los pobres es una fiel expresión de su posición social desmedrada. De estos mismos rasgos resultan tamaños de familia mayores, que redundan en altos índices de dependencia económica, pues la elevada fecundidad —iniciada a una edad temprana— origina gran cantidad de nacimientos, algunos posiblemente no deseados. Dentro de contextos socioeconómicos en los que no es posible atender las necesidades esenciales de las familias, surgen obstáculos a la oportuna y apropiada adquisición de los conocimientos necesarios para una inserción más productiva y plena en la sociedad. Por consiguiente, la dinámica demográfica de los grupos pobres contribuye a que la condición de pobreza se transmita de una generación a la siguiente. Es decir, esa dinámica demográfica agudiza el efecto de las fuerzas económicas, sociales y culturales que imponen las condiciones originales de exclusión y desventaja para el desempeño productivo y ciudadano de los pobres. Desde este ángulo, el Programa Nacional de Población de México para el quinquenio 1995-2000 sostiene que la elevada fecundidad de los pobres "restringe —en la etapa de expansión familiar— las inversiones en capital humano, lo que propicia que los descendientes —en la edad adulta— queden atrapados en la misma condición de pobreza" (CONAPO, 1995, p.50).

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, circa 1995



Si bien hay consenso en reconocer la existencia de una demografía de la pobreza, menos anuencia provocan las medidas propuestas para mitigar sus efectos negativos. Desde luego, la reducción de la fecundidad puede ser un medio que coadyuve a la acumulación de capital entre las familias y a fortalecer los recursos humanos de la sociedad. Las discrepancias surgen cuando —en ausencia de otras medidas de orden más estructural— la regulación de la fecundidad se concibe como una estrategia para liberar de la pobreza a los hijos de los pobres; tal concepción es ilusoria, pues "la capacidad de realizar inversiones en 'capital' humano no está determinada, más que en una pequeña proporción, por el número de hijos y otros factores demográficos" (Boltvinik (1996), p.17). Sería ingenuo e impropio suponer que la fecundidad entre los pobres tiene la calidad de vía central para lograr una plena ruptura del círculo de la pobreza, ya que los factores que la determinan son más complejos que el mero comportamiento demográfico. No obstante, a la hora de diseñar acciones dirigidas a incrementar las probabilidades de que los pobres —o sus hijos— puedan dejar de ser tales, sería igualmente desacertado asumir que sus especificidades demográficas son irrelevantes. Un estudio realizado en México "permitió considerar y dar cuenta empírica de la índole multidimensional de la pobreza"; sin embargo, "son las variables económicas las que tienen mayor incidencia sobre la probabilidad..." de ser pobre. Entre esas variables destacan el ingreso por perceptor y la posición en la ocupación; la "otra condicionante que desempeña un papel importante es la tasa de dependencia, que resulta de una combinación económico-demográfica" (Cortés 1997, p.158). En suma, aunque el solo cambio de las pautas reproductivas no asegure mudanzas en las condiciones de vida de los pobres —y de sus hijos—, cualquier intervención que procure reducir la incidencia de la pobreza debe considerar estas pautas entre las dimensiones que será necesario modificar.

Fuente: CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) 1998, *Población, salud reproductiva y pobreza*, Oranjestad, 1998.

A escala de los hogares, esas condiciones estarían obstaculizando la adecuada inserción de las personas dentro de la estructura económica, limitando las posibilidades de mejorar sus condiciones de vida y estimulando la reproducción social de la pobreza. Son muchos los estudios que muestran, por ejemplo, que una apropiada inserción económica de los individuos en actividades productivas y bien remuneradas contribuye en alto grado a mitigar la pobreza; sin embargo, también evidencian que dicha inserción depende, *ceteris paribus*, de las características económicas “heredadas” de su hogar (CEPAL, 1998; Rivadeneira, 1999). Ciertamente, las condiciones de vida en la infancia tienen una influencia crucial sobre el desarrollo de niños y niñas y, en la edad adulta, definen su capacidad para aprovechar apropiadamente las oportunidades de participación y de acceso a los bienes sociales y materiales como entes productores y consumidores⁵. En la práctica, el crecimiento demográfico acelerado atenta contra una formación biológica adecuada y contra la socialización de los niños y niñas, en particular cuando aquellos y aquellas provienen de hogares en los que prevalecen condiciones económicas desfavorables. También se ha demostrado que cuando el rápido crecimiento demográfico va aunado a la pobreza, constriñe —a corto, mediano y largo plazo— la utilización adecuada de una parte significativa de los recursos humanos disponibles para el proceso de crecimiento económico. Por una parte, contribuye a limitar las posibilidades de una mayor participación de la mujer en la esfera no doméstica y, por otra, a impedir la adecuada formación de los recursos humanos del mañana. Al acelerado crecimiento demográfico se suman diversos problemas que son fuente de malestar presente y futuro para las personas, sus familias y comunidades y que constituyen serios impedimentos para las posibilidades de desarrollo, como la persistencia de mortalidad materna prevenible, los embarazos de alto riesgo —en particular de niñas y adolescentes—, el aborto en condiciones de riesgo, la desnutrición materna e infantil y la transmisión de enfermedades de origen sexual, entre ellas el VIH/SIDA (Londoño, 1996). Es sabido que los embarazos muy frecuentes, muy seguidos y en las edades extremas del ciclo fértil de la mujer —resultado, entre otras causas, de las escasas posibilidades de satisfacer los ideales reproductivos— amplían los riesgos de salud de las madres y de los hijos y llevan a la persistencia de elevadas tasas de morbilidad materna e infantil. Los efectos negativos de este comportamiento se multiplican con la falta de servicios adecuados y con las deficiencias nutricionales (OPS, 1990). Es frecuente que la mortalidad materna adquiera una mayor intensidad en los estratos pobres de la sociedad. La maternidad precoz y adolescente —especialmente cuando ocurre en hogares de baja condición social— restringe las oportunidades de educación de las adolescentes, compromete sus posibilidades de desarrollo y crecimiento personal y el logro de una mejor calidad de vida para ellas y para sus hijos. Implica mayor riesgo de complicaciones (como la obstrucción y el parto prolongado), que elevan las probabilidades de morbilidad materna; los hijos de madres adolescentes tienen mayores riesgos de fallecer que aquellos cuyas madres superaron este período, reconocido como un período vulnerable y determinante de la salud futura (FNUAP, 1997).

La escasa o nula educación sexual, la falta de información y de acceso a los métodos anticonceptivos, el bajo conocimiento de los costos personales, familiares y sociales y la persistencia de patrones tradicionales de género favorecen la permanencia de condiciones favorables a la iniciación

⁵ Las condiciones inadecuadas de vida en la niñez —visibles en mermas en las características físicas y mentales de los individuos en su edad adulta— serán causa de ausentismo laboral, envejecimiento prematuro y disminución del promedio de vida activa y el rendimiento de las personas y su cabal participación en el progreso y su correspondiente disfrute, dependerá, entre otros factores, de sus condiciones iniciales de vida.

temprana de las relaciones sexuales y de la etapa reproductiva. Dichos factores coadyuvan a incrementar los riesgos de contraer y propagar las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA⁶.

Un riesgo grave —concomitante con la actividad sexual precoz y el embarazo no deseado— es el aborto inseguro o en condiciones de riesgo. Es probable que las implicaciones personales y sociales del embarazo precoz y en la edad adolescente eleven las posibilidades de apelar al aborto (en Bolivia se estima que el 69% del total de los abortos ocurre entre las mujeres de 14 a 19 años de edad, MSDP/UPP, 1998). Cuando se realiza en condiciones médicas y sanitarias inapropiadas trae consigo una alta incidencia de complicaciones, es causa de morbilidad crónica⁷ y a menudo de la muerte. Las relaciones sexuales no deseadas y/o no planificadas, la escasa o nula educación sexual y la falta de información y acceso a los programas y métodos de planificación familiar contribuyen a su ocurrencia. Estos problemas y el mayor reconocimiento de los vínculos existentes entre las cuestiones demográficas y el desarrollo económico y social hacen que los programas y las políticas de salud reproductiva adquieran una crucial importancia.

La salud reproductiva⁸ conlleva el derecho de las personas a recibir información y servicios adecuados en el campo de la reproducción humana, para apoyar, entre otras cosas, el ejercicio responsable de la sexualidad, de modo que disminuyan los embarazos no deseados y las enfermedades que comprometen la vida y salud de la población y se abran opciones de desarrollo personal —en especial para las mujeres— en ámbitos que contribuyen al bienestar físico y mental de las personas. La salud reproductiva busca el cabal cumplimiento del ideal reproductivo mediante la disminución de la brecha entre la fecundidad real y la deseada, con énfasis principal en la atención de aquellos grupos socioeconómicos postergados con menores posibilidades de ejercer sus derechos reproductivos y cuyos rasgos demográficos dificultan la acumulación de capital humano y crean un ambiente propicio para reproducir las condiciones de pobreza.

El cuidado de la salud reproductiva, en tanto mecanismo que contribuye al logro de una mayor equidad entre hombres y mujeres en los planos social y económico —y a una adecuada socialización y desarrollo de los niños y las niñas— ayuda al conjunto social a aprovechar cabalmente sus capacidades y creatividades y, en el plano individual y familiar, facilita el ejercicio libre y soberano del derecho al desarrollo.

⁶ Las investigaciones muestran que el VIH y el SIDA afectan particularmente a la población joven y en especial a las mujeres por su comparativa falta de anticuerpos y otros factores biológicos que aumenta su propensión a contraerlas (Naciones Unidas, 1995). Además de las reconocidas repercusiones demográficas, el VIH/SIDA tiene efectos económicos y sociales significativos, que se reflejan en la pérdida de recursos humanos, la estigmatización y el aislamiento de las personas infectadas y elevados costos económicos tanto en el plano individual como en el familiar y colectivo (CEPAL, 1998).

⁷ Como oclusión de las trompas, infecundidad secundaria, dolores crónicos y enfermedades inflamatorias de la pelvis y mayores riesgos de aborto espontáneo en embarazos posteriores (OPS, 1990).

⁸ La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), definió a la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social y no mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (Naciones Unidas, 1995).

I.2. La focalización y los grupos prioritarios de atención en el plano de la salud reproductiva

Todo proceso de formulación de políticas públicas, programas y acciones debe partir definiendo y analizando las características básicas de la población e identificando algunas manifestaciones relativamente “erráticas”, las que justifican la intención de actuar deliberadamente con el ánimo de modificarlas. Sin embargo, no todos los grupos que conforman la sociedad, identificados según diversos criterios (como económicos, culturales, geográficos o étnicos), registran esas manifestaciones. Todo esfuerzo destinado a lograr modificaciones que contribuyan a los objetivos del desarrollo —entre estos la equidad social— hace necesario concentrar los recursos disponibles en una población de beneficiarios potenciales claramente identificados (CEPAL, 1995) lo que implica que la distribución de bienes y servicios debe tener presente la existencia de desigualdades en los requerimientos específicos de grupos de población determinados que, por diversas razones, tienen exigencias y riesgos variables.

La experiencia en América Latina ha demostrado que, en muchos casos, los recursos destinados a políticas sociales no han favorecido a los (más) pobres, o al menos no en la proporción y profundidad que correspondía esperar (*ibidem*)⁹. Ello ha llevado a postular que la focalización constituye una condición necesaria —aunque no única— para racionalizar el gasto en materia social y elevar su impacto o beneficio potencial. Si se conocen las características del grupo objetivo y se las considera en el diseño de los programas se logra un efecto mayor que cuando se aplica un tratamiento homogéneo que no tipifica las necesidades y particularidades de los diversos grupos sociales.

Se suele sostener que en períodos de crisis económica —donde, además de la limitación y carencia de recursos, aumentan las necesidades insatisfechas— es necesario promover la eficiencia del gasto acudiendo al expediente de concentrarlo en aquellos grupos con mayores carencias; sin embargo, es indudable que, incluso en períodos de normalidad económica, la focalización contribuye a disminuir los resultados negativos de las inequidades existentes.

Tres razones justifican las políticas focalizadas: a) la delimitación precisa del problema y de la población involucrada facilita el diseño de medidas diferenciadas y específicas y contribuye a la eficacia de los programas; b) la asignación apropiada de los recursos escasos —hecho que no necesariamente se restringe a los períodos de crisis— aumenta la eficiencia de los programas y, c) la exclusión de la población no carenciada impide la ocurrencia de eventos no deseados y el desperdicio de recursos.

⁹ Varios estudios dedicados a identificar a los beneficiarios reales de los gastos sociales han demostrado que no siempre favorecieron a los estratos socioeconómicos pobres. Muchos de los programas han mostrado un “acceso segmentado” y dirigido a grupos que se caracterizan por su mayor organización social y capacidad de presión en defensa de sus intereses. Las barreras culturales y educativas y la carencia de peso político limitan la capacidad de los más pobres para defender sus derechos y beneficiarse del gasto social (CEPAL, 1995).

No obstante, es justo reconocer la presencia de dos dificultades básicas asociadas a la focalización. La primera es que, en la medida en que la identificación de la población beneficiaria es más precisa, los costos administrativos tienden a elevarse, lo que ha llevado a recomendar que el nivel de precisión en la delimitación de la población beneficiaria sea mejorado hasta el punto en que el incremento de los costos administrativos se vea compensado por la reducción de los subsidios directos necesarios para atender los requerimientos de dicha población. La segunda dificultad tiene que ver con la capacidad administrativa y está supeditada, entre otras cosas, a la disponibilidad de sistemas sofisticados de información pero frecuentemente el establecimiento de criterios apropiados y de políticas bien diseñadas contribuye a sortear la carencia de dichos sistemas (Schejtman, citado en CEPAL, 1995).

Pueden identificarse dos grandes modalidades de focalización —una dirigida a la identificación de individuos o familias y otra que ubica territorialmente a los beneficiarios— y ambas presentan ventajas y dificultades. Mediante la identificación de individuos y/o familias según criterios determinados se lograría dirigir las actividades a la población objetivo de un programa. Sin embargo, su identificación puede implicar dificultades y costos administrativos muy altos, que —especialmente en el caso de países en desarrollo— pueden ser prohibitivos, sobre todo cuando el criterio de identificación es el ingreso percibido (CEPAL, 1995).

Una alternativa es identificar a los beneficiarios en espacios geográficos para aplicar políticas destinadas a desarrollar “áreas especiales”. Según este criterio, los programas pueden ser dirigidos a aquellas personas residentes en áreas donde predominan hogares o individuos en situaciones de riesgo. Al aplicar este criterio debe aceptarse que, por una parte, se desviarán recursos hacia personas que no forman parte de la población objetivo del programa, pero se estima que éstas no serán significativas o que la resultante pérdida de recursos será menor que los costos de establecer procedimientos administrativos de selección (CEPAL, 1995). Por otra parte, se ‘pierden’ personas o hogares que, formando parte de la población objetivo, residen en espacios geográficos donde esta población no predomina y que no son seleccionados. Por tanto, el éxito de este criterio depende del grado de concentración territorial de la población objetivo. Cuanto más dispersa esté la población objetivo, más altos serán los costos administrativos y más alto el riesgo de desviación de recursos.

En el caso particular de la salud reproductiva se debe reconocer que, si bien sus acciones involucran a la población en su conjunto —hombres y mujeres— mediante la generalización de información y servicios que promuevan y permitan el ejercicio responsable de los derechos reproductivos, sus principales beneficiarias son las mujeres, por su constitución fisiológica y por su papel en la sociedad. Son ellas las que gestan, dan a luz y cuidan a los niños y niñas y, por tanto, las que enfrentan los mayores riesgos físicos, sociales y psicológicos. Además, todavía persisten prejuicios y patrones sociales de organización —incluyendo una alta inequidad de género— que impiden la autodeterminación de la mujer en cuanto a la reproducción.

La posibilidad de decidir sobre su propio cuerpo y su fecundidad es un elemento fundamental para que ella disfrute de otros derechos económicos y políticos. La promoción de la equidad de género es un elemento esencial de las estrategias dirigidas a mejorar la salud reproductiva y el bienestar de la población.

Las mujeres presentan grandes diferencias en lo que se refiere al ejercicio pleno de sus derechos reproductivos y hay varios factores —como la pobreza, el lugar de residencia y el nivel de educación— que limitan sus oportunidades de acceso a la información sobre planificación familiar y a los medios para que ejerzan esos derechos.

Las encuestas demográficas y de salud muestran que en la gran mayoría de los países de la región latinoamericana y caribeña la proporción de mujeres unidas con bajo nivel de educación que no logran satisfacer sus necesidades de planificación familiar supera entre cuatro y diez veces a sus pares con educación superior (CEPAL, 1998).

En general, esas encuestas evidencian que tanto los problemas de la fecundidad no deseada como otros aspectos de salud reproductiva —por ejemplo, el cuidado prenatal y del embarazo, la mortalidad materna e infantil— adquieren diferente intensidad entre los distintos grupos de la población, demostrando que las desigualdades en el ejercicio de los derechos reproductivos y en el acceso a los servicios de salud reproductiva —en general a todos los servicios sociales— constituyen manifestaciones pragmáticas de la persistencia de inequidades socioeconómicas; señalan, asimismo, que la intervención en busca del cambio deseado hace necesarias políticas cuidadosamente diseñadas y que estén integradas en el marco de una política dirigida a establecer modificaciones sustantivas en la organización de la sociedad (Naciones Unidas, 1995).

De lo anterior se desprende la importancia de considerar en el diseño de programas de intervención en el ámbito de la salud reproductiva aquellas características de la población (edad, sexo, condición socioeconómica, nivel de educación, zona de residencia, entre otras) que dan cuenta de sus necesidades específicas y permiten diferenciar las medidas de intervención dirigidas a los segmentos sociales que, por su particular conducta y limitado acceso al ejercicio de los derechos reproductivos, presentan mayores riesgos de salud y menores posibilidades de bienestar.

Este trabajo busca demostrar que cuando se dispone de dos fuentes de datos (los censos y las encuestas demográficas y de salud) y existen herramientas computacionales de fácil manejo, como *Winr+* y *Zonplan*, se puede focalizar —social y espacialmente— a los subconjuntos de población en los cuales se desea intervenir.

Se ensayan dos ejemplos de focalización en ámbitos donde la salud reproductiva adquiere una importancia crucial para prevenir y atenuar las inequidades existentes. El primer ejemplo identifica y ubica territorialmente a las mujeres con edad de 35 o más años con nacimientos de alto riesgo y el segundo pone atención en la identificación, caracterización y ubicación geográfica de la población expuesta a los riesgos de una maternidad temprana.

Recuadro 3

FECUNDIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA EN BOLIVIA

Si bien la fecundidad boliviana viene disminuyendo a partir de la segunda mitad del decenio de 1970, registra todavía un valor que supera ampliamente al promedio de la región latinoamericana. Según estimaciones actuales, la tasa global de fecundidad (TGF) boliviana habría alcanzado para el período 1995-2000 un valor de 4.4 hijos, número promedio de hijos muy por encima del estimado para la región en su conjunto en ese mismo período (2.8 hijos) (CELADE/BID, 1994). La diferencia en la tasa global de fecundidad entre las zonas urbanas y las rurales es de grandes proporciones (3.8 y 6.3 hijos por mujer, respectivamente).

Adicionalmente, prevalecen grupos socioeconómicos con niveles de fecundidad muy altos y que llegan hasta casi 6 hijos. Este es el caso de las mujeres sin educación formal, que al término de su vida reproductiva podrían tener hasta 4 hijos más que aquellas que tuvieron educación media o superior (ENDSA, 1994).

En el área de la salud materna e infantil, las correspondientes tasas de mortalidad (390 por cada cien mil y 70 por mil, respectivamente) evidencian que los esfuerzos desplegados en este campo todavía insuficientes y que persisten patrones de morbimortalidad que reflejan profundas inequidades en el acceso a los servicios sociales. Las enfermedades infecciosas, las deficiencias nutricionales y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio siguen predominando en el perfil epidemiológico (Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, et. al., 1998).

La regulación de la fecundidad es una práctica que ha ido creciendo en el país; sin embargo, apenas el 45.3% de las mujeres en edad fértil —casadas o unidas— recurre en la actualidad al uso de algún método de anticoncepción y este hecho se ve reflejado claramente en la significativa brecha entre el deseo y la realidad reproductiva y en una alta necesidad insatisfecha de planificación familiar entre las mujeres bolivianas.

La discrepancia entre la fecundidad deseada y observada (2.7 frente a 4.8) alcanza a los dos hijos por mujer, diferencia que es la más alta de la región latinoamericana (Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, 1998; CEPAL, 1998). Al igual que en muchos otros países de la región, en Bolivia la fecundidad deseada presenta diferencias mucho menores entre grupos socioeconómicos que la fecundidad observada.

Las tasas de fecundidad deseada varían en sólo un hijo entre zonas urbanas y rurales y en algo más (1.3 hijos) entre las mujeres sin educación formal y aquellas con nivel medio o más (ENDSA, 1994) y la fecundidad observada para los mismos grupos de mujeres varía en 2.5 y 3.8 hijos por mujer, respectivamente.

En el plano de la fecundidad adolescente, los datos de la ENDSA muestran que el 18% de las mujeres entre los 15 y los 19 años de edad eran madres o estaban gestando por primera vez; a los 19 años, el 37% ya eran madres y el 9% declaró dos o más hijos. La prevalencia anticonceptiva adolescente era baja (5,7%), mientras que muchas habían iniciado su actividad sexual a una edad temprana (el 91% antes de los 18 años en las zonas rurales y el 84% en las urbanas) (OPS, 1998).

Todos los indicadores anteriores dejan muy en claro que todavía hay mucho espacio para mejorar la salud reproductiva en Bolivia.

II. BOLIVIA: POBLACIONES OBJETIVO EN LOS PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA. DOS EJEMPLOS DE FOCALIZACIÓN

II.1 Nacimientos de orden alto en mujeres mayores de 35 años de edad

En el recuadro 3 se señaló que si bien la fecundidad de las mujeres bolivianas disminuyó sistemáticamente en los últimos 20 años aun presenta un nivel relativamente elevado y con apreciables diferencias según residencia y nivel de educación de las mujeres. Los altos niveles de fecundidad de algunos grupos se relacionan directamente con una mayor cantidad de embarazos en edades de riesgo (<18 y >34 años de edad), un mayor número de nacimientos de orden alto e intervalos intergenésicos más cortos y, por tanto, están asociados a mayores riesgos de morbimortalidad para las madres, sus hijos e hijas. Del examen de los datos de la ENDSA —que permiten identificar varias categorías de riesgo reproductivo— cuando la madre tiene 35 años o más de edad y el nacimiento corresponde a un orden superior a tres, la razón de riesgo¹⁰ no es muy elevada en comparación con otras categorías; sin embargo, involucra a gran parte de los nacimientos y mujeres en el país. Así, el 76% del total de mujeres que en 1994 se declararon unidas tenía posibilidades de concebir hijos con alto riesgo; en casi la mitad de ellas el riesgo se relacionaba con una edad mayor a los 35 años y un orden de nacimiento superior a tres (ENDSA, 1994).

Considerando la declaración de las propias mujeres sobre su ideal reproductivo, es plausible sostener que ellas —y particularmente aquellas con bajos niveles de educación y las que residen en zonas rurales— registran una fecundidad real superior a la deseada; esta última, contrariamente a la real, varía muy poco según la zona de residencia y el nivel de educación de la mujer. Al comparar los valores respectivos entre mujeres sin instrucción y aquellas con nivel medio o más, se advierte que la fecundidad observada difiere en 3.8 hijos y la deseada discrepa en apenas un hijo. El ideal reproductivo promedio para las mujeres bolivianas alcanza a los 2.7 hijos por mujer, lo que permite postular que muchos de los nacimientos de orden superior a tres son resultado de embarazos no planificados y constituyen una expresión elocuente de las dificultades que enfrentan las mujeres para ejercer sus derechos reproductivos.

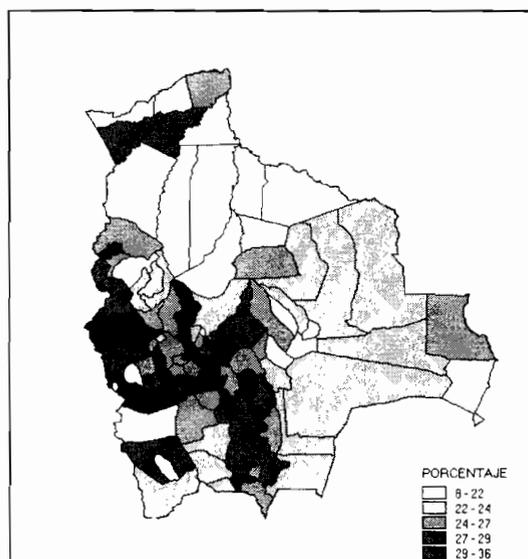
Focalización geográfica

A partir de las consideraciones anteriores, el primer ejemplo de focalización se hizo en función de un ejercicio ficticio orientado a prevenir los nacimientos de riesgo —de orden cuatro o superior— en mujeres de 35 o más años. Para identificar las áreas más necesitadas se efectuó una focalización geográfica con la información del censo de 1992 y tomando como unidad espacial de referencia a la provincia, por su tamaño y relativa homogeneidad; los departamentos registran una elevada heterogeneidad y en los cantones habita —en algunos casos— muy poca población. En primer lugar se trató de identificar estas áreas utilizando como indicador la contribución de las mujeres de 35 años y más a la TGF, suponiendo que su fecundidad —en un país con una elevada fecundidad— es de orden alto. Sin embargo, al comparar las provincias con un valor alto (véase el mapa 1) con las que registraban una TGF elevada (véase el mapa 2), se evidenció que las primeras no coinciden con las segundas, sugiriendo que la fecundidad de las mujeres mayores de 35 años de edad no necesariamente equivale a una fecundidad de orden alto.

¹⁰ Cociente de la proporción de niños muertos entre los hijos de mujeres que están en una categoría específica de riesgo y la proporción de niños muertos los hijos de mujeres fuera de la categoría de riesgo.

Mapa 1

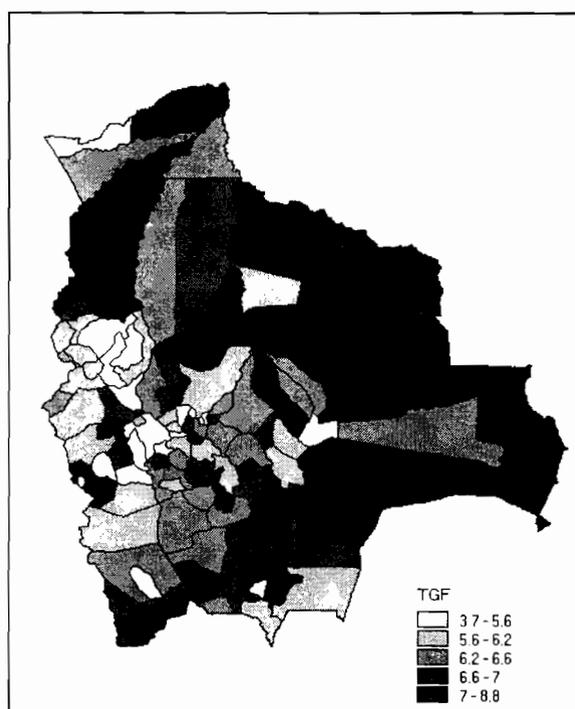
BOLIVIA: CONTRIBUCIÓN DE LA FECUNDIDAD DE LAS MUJERES DE 35 AÑOS Y MÁS A LA TGF



Fuente: Censo 1992, procesamiento *winR+*.

Mapa 2

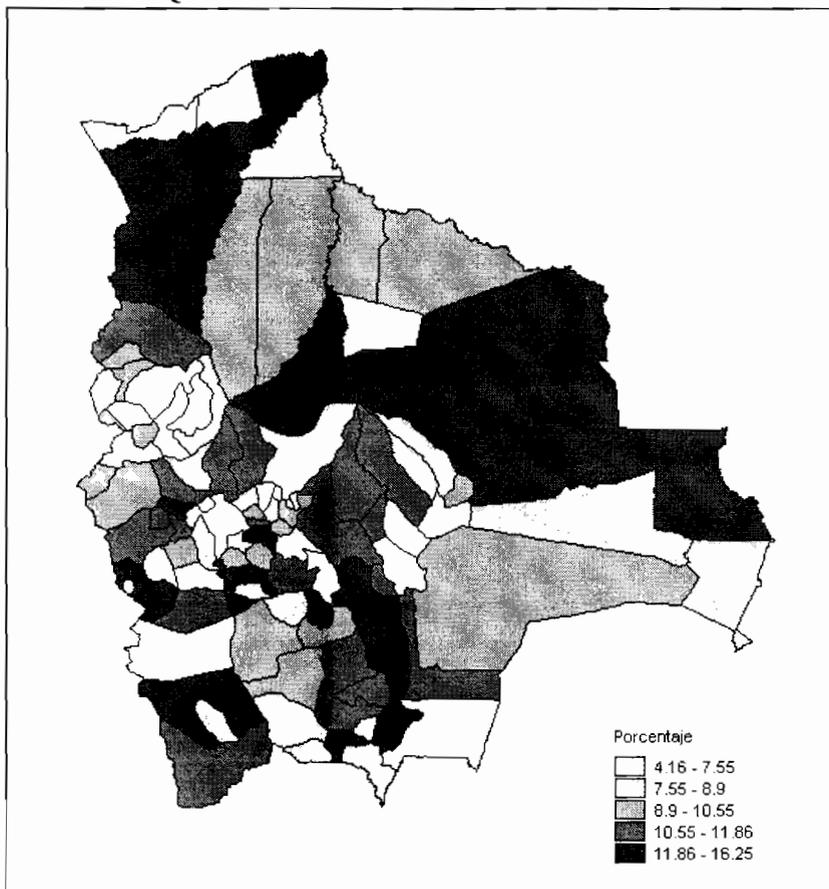
BOLIVIA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF) POR PROVINCIA



Fuente: Censo 1992, procesamiento *WinR+*.

Mapa 3

BOLIVIA: PORCENTAJE DE MUJERES DE 35 A 49 AÑOS DE EDAD QUE REGISTRAN NACIMIENTOS DE ORDEN ALTO



Fuente: Censo 1992, procesamiento *WinR+*.

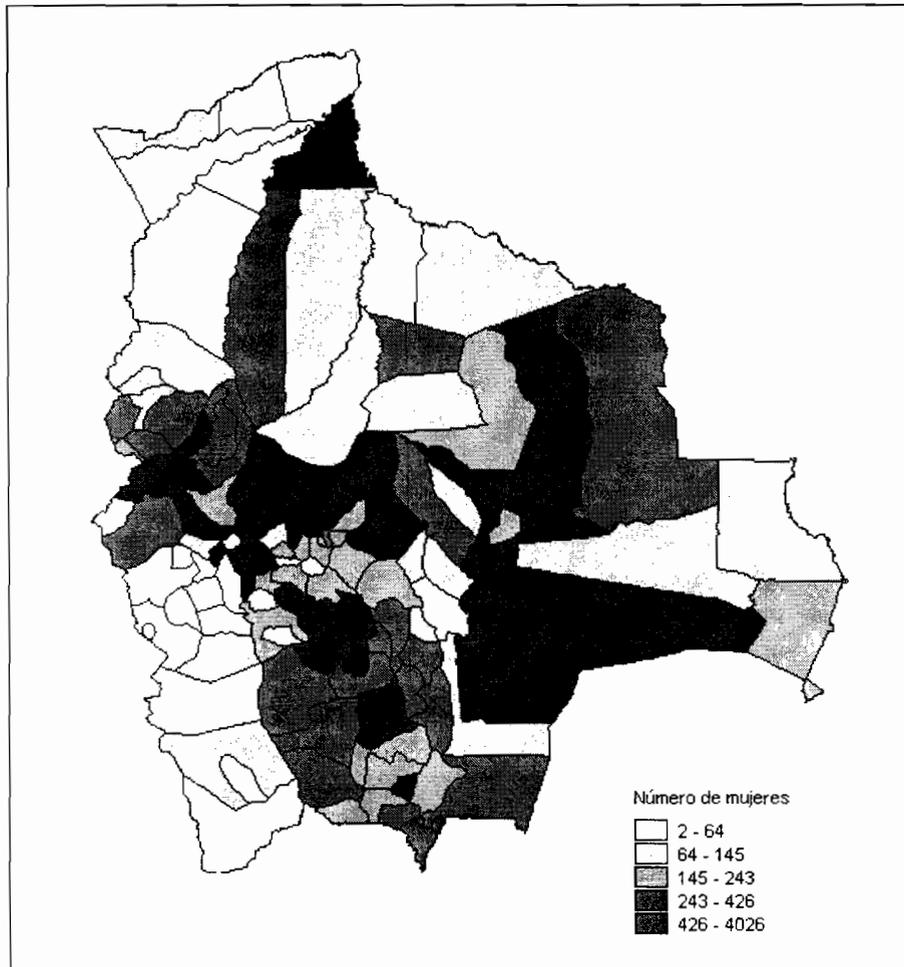
Los resultados anteriores hicieron patente la necesidad de incorporar explícitamente la edad de la mujer en el indicador de selección. Sin embargo, cuando se utiliza la información del censo —en el que se pregunta a las mujeres sobre su fecundidad reciente y retrospectiva— tal incorporación es posible sólo en el caso de las mujeres que registraron un nacimiento en el año anterior al censo¹¹, ya que no queda constancia ni de la fecha ni de la edad en el caso de los otros nacimientos. Por lo tanto, se procedió a clasificar las provincias en quintiles y según el valor de un nuevo indicador que considera lo anterior, es decir, el porcentaje de mujeres que tenían entre 35 y 49 años de edad y registraban un nacimiento de orden 4 o superior en el año anterior al censo. El resultado de esta clasificación se muestra en el mapa 3.

Como en las provincias que registran la más alta incidencia (porcentaje de mujeres de 35 a 49 años con nacimientos de orden alto) no se incluyen algunas localidades que tienen un número significativo de mujeres en esas condiciones, se examinó el volumen de la población objetivo en cada unidad espacial, lo que garantiza captar a las unidades que, si bien no tienen un elevado porcentaje, contienen a un número considerable de mujeres en esas condiciones de riesgo reproductivo.

¹¹ Con respecto al total de mujeres de 35 a 49 años de edad.

Mapa 4

**BOLIVIA: NÚMERO DE MUJERES DE 35 A 49 AÑOS DE EDAD
QUE REGISTRAN UN NACIMIENTO DE ORDEN ALTO**



Fuente: Censo 1992, procesamiento *winR+*.

En el mapa 4 es posible apreciar que cuando se usa como indicador el número absoluto de mujeres de 35 a 49 años de edad que registran un nacimiento de orden alto se obtiene una clasificación diferente de las unidades espaciales.

Conviene tener presente que cuando la selección geográfica está basada solamente en porcentajes se produce un sesgo rural; en cambio, si está restringida a valores absolutos da origen a un sesgo urbano, puesto que incluye áreas donde el número de personas que detentan ciertas características es relativamente elevado (a causa del mayor volumen de población).

Estos sesgos se muestran en el cuadro 1, y se hace una comparación del tamaño y la distribución territorial de la población que se vería cubierta por el programa en el conjunto de provincias seleccionadas a partir de cada uno de los indicadores mencionados¹².

Cuadro 1

BOLIVIA: POBLACIÓN FEMENINA DE 35-49 AÑOS DE EDAD Y TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN EL CONJUNTO DE PROVINCIAS QUE FUERON SELECCIONADAS CON AMBOS CRITERIOS DE FOCALIZACIÓN

Criterio de focalización	Número de mujeres			% mujeres en hogares pobres	Tasa de mortalidad infantil
	En áreas urbanas	En áreas rurales	Total		
Porcentaje de mujeres (35+) con nacimiento de orden alto	3 487	27 965	31 452	94.4	0.0869
Número de mujeres (35+) con nacimiento de orden alto	240 834	72 698	313 532	66.3	0.061

Fuente: Censo de Población y Vivienda de 1992.

En procura de orientar las acciones programadas hacia las provincias más necesitadas, se incorporó en el criterio de selección la **condición de pobreza del hogar**¹³, para cuyo efecto se calcularon los porcentajes y el número de mujeres de 35 a 49 años de edad que en el año anterior al censo registraron nacimientos de orden alto y que pertenecen a un hogar pobre; con ello fue posible identificar aquellas provincias con alto porcentaje y número de mujeres pobres de 35 a 49 años que en el año anterior al censo habían registrado un nacimiento de orden superior a tres.

Es interesante destacar que la inclusión de la condición de pobreza del hogar en los indicadores de focalización no introduce grandes cambios en la clasificación de las provincias (véanse los mapas 5 y 6); podría deducirse que dicha condición constituye un denominador común de muchos hogares bolivianos o que sólo es el resultado de la forma en que este trabajo operacionalizó la pobreza.

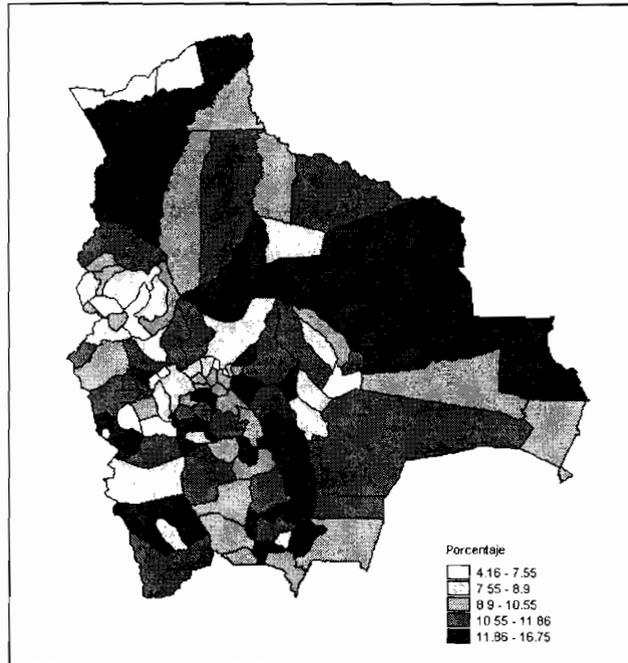
Debe tenerse presente que es también probable que la condición de pobreza ya estuviera implícitamente presente en los indicadores de selección utilizados anteriormente¹⁴.

¹² Provincias con mayor porcentaje o con mayor número (en el quintil superior) de mujeres de 35 a 49 años de edad con nacimientos de orden cuatro o mayor.

¹³ Para la segmentación de los hogares en pobres y no pobres se utilizó el método de necesidades básicas insatisfechas (NBI), con variables que dan cuenta de las características de la vivienda, dependencia económica y el nivel educativo alcanzado por el jefe del hogar (véase el anexo 1).

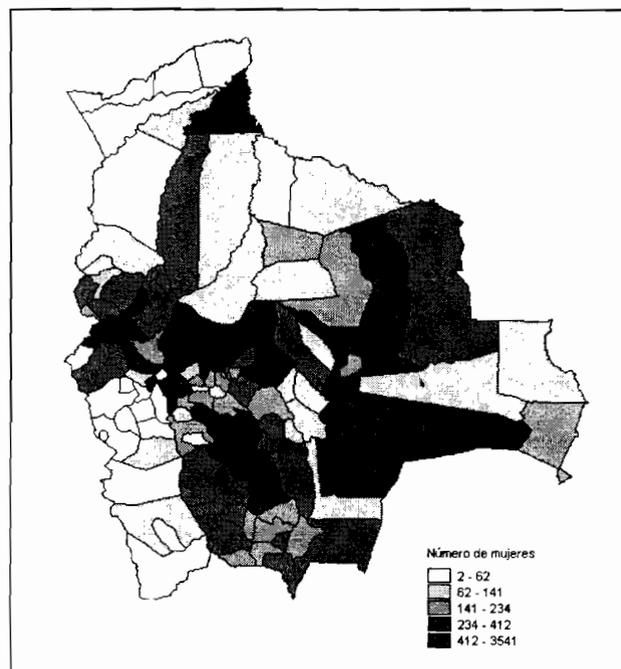
¹⁴ Por lo general, la fecundidad de orden alto es más frecuente en los grupos pobres de la población.

Mapa 5
**BOLIVIA: PORCENTAJE DE MUJERES DE 35 A 49 AÑOS DE EDAD
 EN HOGARES POBRES QUE REGISTRAN UN NACIMIENTO
 DE ORDEN 4 O MAYOR EN EL AÑO ANTERIOR AL CENSO**



Fuente: Censo 1992, procesamiento *WinR+*.

Mapa 6
**BOLIVIA: NÚMERO DE MUJERES DE 35 A 49 AÑOS DE EDAD
 EN HOGARES POBRES QUE REGISTRAN UN NACIMIENTO
 DE ORDEN 4 O MAYOR EN EL AÑO ANTERIOR AL CENSO**



Fuente: Censo 1992, procesamiento *WinR+*.

Cuando se comparan las cifras resultantes de la aplicación de los dos criterios —número de mujeres y tasas de mortalidad infantil— se aprecian discrepancias muy leves (véanse los cuadros 1 y 2), y puede colegirse que la inclusión de la condición de pobreza en los indicadores de selección geográfica no contribuye mucho a la focalización **según** provincias. Sin embargo, dicha inclusión puede resultar necesaria para focalizar **dentro** de las provincias —particularmente en las zonas urbanas—, a causa de su gran heterogeneidad socioeconómica y demográfica.

Cuadro 2

BOLIVIA: POBLACIÓN FEMENINA DE 35-49 AÑOS DE EDAD Y TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN EL CONJUNTO DE PROVINCIAS SELECCIONADAS CON LOS NUEVOS INDICADORES DE FOCALIZACIÓN

Criterio de focalización	Mujeres de 35 a 49 años de edad					TMI
	Área			En hogares pobres		
	Urbana	Rural	Total	%	Total	
Porcentaje de mujeres (35+) con nacimiento de orden alto	3 529	26 433	29 962	94.4	28 285	0.0855
Número de mujeres (35+) con nacimiento de orden alto	229 853	78 663	308 516	66.9	206 517	0.0623

Fuente: Censo de Población y Vivienda de 1992.

Selección de las áreas prioritarias

Los resultados obtenidos pueden servir de apoyo —de diferentes maneras y dependiendo de los criterios y objetivos de las políticas— a la selección de áreas geográficas prioritarias. En este trabajo se optó por seleccionar el conjunto de provincias con los valores más altos para uno o ambos criterios de focalización aplicados; es decir, se seleccionaron las unidades espaciales que pertenecen al quintil con más alto porcentaje y/o al quintil que contiene el más alto número de mujeres de 35 a 49 años de edad que registraron un nacimiento de orden superior a tres. Consiguientemente, en la selección fueron incorporadas tanto las zonas urbanas como las rurales. En el cuadro 3 se presenta la población objetivo que habita en este conjunto de provincias, diferenciada según zona de residencia (rural o urbana) y condición de pobreza del hogar.

Se aprecia que en esta selección sigue produciéndose un sesgo urbano y el 72.2% de la población objetivo residiría en las zonas urbanas. Además, dicha selección cubre a casi el 72% del total de la población objetivo en el país; esta cifra (337 528 mujeres) es bastante significativa para un programa focalizado.

Cuadro 3

**BOLIVIA: POBLACIÓN OBJETIVO (MUJERES ENTRE 35 Y 49 AÑOS DE EDAD)
RESIDENTE EN LAS PROVINCIAS SELECCIONADAS Y EN EL PAÍS,
SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y POBREZA EN EL HOGAR**

	Total	En áreas urbanas		En áreas rurales		En hogares pobres	
		Total	%	Total	%	Total	%
En provincias seleccionadas	337 528	243 565	72.2	93 963	27.8	230 603	68.3
En el país % cubierto con la selección	467 669 72.2	276 497 88.1	59.1	191 172 49.2	40.9	347 049 66.4	74.2

Un criterio importante para todo proceso de selección son los costos financieros, puesto que si son muy elevados pueden impedir la ampliación de la cobertura de los programas. Si se desea cubrir a un segmento importante de población objetivo —con un presupuesto limitado— debiera seleccionarse un conjunto de provincias que formen una aglomeración territorial y que no incluyan a las áreas alejadas y de difícil acceso, y/o identificar con más precisión a la población con mayores necesidades del programa¹⁵. Si se desea cubrir esos lugares apartados —o buscar una distribución equitativa de sus beneficiarios en las zonas urbanas y rurales— el criterio de selección debe incluir una condición que dé cuenta del número de habitantes en el lugar de residencia o focalizar separadamente las áreas urbanas y las rurales.

Algunas características de la población objetivo

En el examen de algunas características (nivel de educación, analfabetismo, idioma e indicadores relacionados a la planificación familiar) de la población objetivo se encontró que el 16% del total de mujeres en edad fértil que residían en las provincias seleccionadas es analfabeta; que aproximadamente el 14% nunca asistió a la escuela y casi la mitad (45%) de las que asistieron sólo han cursado el nivel básico. Estos hallazgos muestran que una buena parte de las mujeres no tiene acceso al material escrito disponible sobre los riesgos del embarazo tardío. También es interesante advertir que el 10% de las mujeres no habla castellano, condición que debería considerarse en la preparación de los materiales de divulgación. Bolivia tiene una heterogeneidad cultural que interfiere con las actitudes frente al tema de la planificación familiar y con el acceso a la información y, en general, sobre la utilización de los servicios de salud reproductiva.

De la información de la ENDSA 1994 se infiere una alta discrepancia entre la fecundidad observada y la deseada y un elevado porcentaje de mujeres que no conocen métodos de planificación familiar. Sólo el 54.9% de las mujeres actualmente unidas que habitan en áreas rurales y apenas el 44.7% de aquellas sin instrucción declararon conocer un método moderno de anticoncepción. El uso es aún más bajo que el conocimiento: menos de la mitad de las mujeres unidas entre 35 y 44 años de edad usa algún método anticonceptivo y sólo el 20% acude a un método moderno. La oposición de la mujer, los motivos religiosos, la salud y el desconocimiento de métodos son las razones más aducidas para no usarlos.

¹⁵ Lo que se logra mediante una focalización geográfica que utilice escalas geográficas menores o una caracterización socioeconómica que identifique —dentro de las unidades espaciales— a la población objetivo.

Esta información sugiere que las medidas dirigidas a aumentar el conocimiento y el acceso a métodos de planificación familiar pueden contribuir a una notoria disminución de la fecundidad de riesgo. Para el diseño de acciones adecuadas —es decir, que tomen en cuenta las especificidades de los diversos grupos de la población— es conveniente analizar con más detalle las características de la población y la información de la ENDSA en cuanto a sus actitudes frente a la planificación familiar y las preferencias sobre el tamaño de la familia (véase el siguiente acápite).

II.1 La población expuesta a la maternidad temprana

Si bien la edad de inicio a la reproducción biológica se inserta en conceptos socioculturales complejos, cuyas normas vigentes sancionan, estimulan, aceptan o legitiman comportamientos, es indiscutible que la maternidad temprana o adolescente trae consigo efectos no deseados sobre la salud y el bienestar de las personas —y de la sociedad en su conjunto— más aun cuando ocurre al interior de hogares con condiciones socioeconómicas marcadamente desfavorables¹⁶. En el caso de las adolescentes pobres, es habitual que la maternidad se convierta en un franco instrumento de transferencia de la condición de pobreza y, por ende, de repetición de las inequidades sociales (FNUAP, 1997). Para sus familias puede representar la pérdida de un posible aporte económico y, en muchos casos, el aumento de los gastos para cubrir los rubros que subyacen en la atención de la madre joven y a la crianza y cuidado del niño o de la niña. Para el total de la sociedad significa una disminución del acervo de recursos humanos necesario para potenciar el crecimiento económico y, además, un aumento de la vulnerabilidad social.

Ya se mencionó que el diseño de políticas públicas, programas y acciones requiere partir identificando ciertos atributos de la población que permitan una mejor acotación del problema desde el punto de vista social y espacial. Dicha identificación se efectuó —como en el caso anterior— mediante el procesamiento en *winR+* de los microdatos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1992. Se buscaba conocer la incidencia de la maternidad temprana en el total nacional y en cada una de las zonas de residencia —urbana y rural— y su comportamiento según dos características: una indicativa de las condiciones socioeconómicas del entorno próximo de las adolescentes —pobreza del hogar— y otra de su situación escolar o educacional. Con este propósito, se analizó la incidencia de la maternidad en las mujeres con edades entre 12 y 17 años, tomando en cuenta que antes de los 18 años las mujeres presentan los mayores riesgos de morbilidad materna y detentan una relativamente menor madurez biológica y psicológica para enfrentar la concepción y la maternidad, reconociendo que cuanto más precoz es la maternidad mayor es la complejidad del problema (Toro, 1998). Por lo demás, hasta esa edad —legal y culturalmente— las personas carecen de autonomía y en su mayoría están sujetas aún a las decisiones familiares o de otras instancias sociales. Los resultados obtenidos en dicho análisis se consignan en el cuadro 4.

¹⁶ Varios estudios muestran que los grupos sociales acomodados, en comparación con los grupos pobres, tienen una mayor probabilidad de enfrentar las repercusiones negativas de la fecundidad adolescente. En esos últimos, la fecundidad adolescente tiende a acrecentar las dificultades. En todo caso, debe reconocerse que la maternidad temprana —en el actual contexto de desarrollo— constituye un problema que influye sobre los patrones normales de vida de los progenitores y de la comunidad (CEPAL, 1998).

Cuadro 4

**BOLIVIA: MUJERES DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD QUE SON MADRES,
SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, POBREZA Y NIVEL DE EDUCACIÓN**
(cifras absolutas y relativas)

	Números absolutos			Porcentajes		
	Área urbana	Área rural	Total	Área urbana	Área rural	Total
Total madres de 12 a 17 años	5 995	5 686	11 684	2.15	3.37	2.61
En hogares pobres	4 756	5 419	10 175	2.63	3.41	3.10
no pobres	1 127	216	1 343	1.18	2.86	1.31
Sin educación	419	886	1 305	5.36	5.49	5.45
Educ. básica incompleta	1 198	2 366	3 564	3.16	3.44	3.34
Educ. básica completa o más	4 171	2 169	6 340	1.85	2.87	2.10

Fuente: Censo de Población y Vivienda de 1992.

Las cifras muestran que la maternidad temprana en Bolivia tiene una incidencia más alta en las zonas rurales que en las urbanas (3.4% frente a 2.1%); sin embargo —y como resultado de su mayor volumen de población—, las áreas urbanas, si bien no con mucha diferencia, registran un número mayor de madres adolescentes (5 995 y 5 689 madres adolescentes en las zonas urbanas y rurales, respectivamente) y, por tanto, presentan una demanda de servicios que es levemente superior.

Las diferencias según zona de residencia (en cuanto a la frecuencia de la maternidad) son el reflejo de pautas culturales distintas sobre la reproducción temprana y de las diferentes condiciones económicas y sociales en que se desenvuelven sus habitantes. No es extraño que las jóvenes rurales detenten una mayor incidencia de la fecundidad temprana como resultado de la vigencia de normas culturales que propician las uniones a una edad más temprana y, además, de su carencia de acceso a la información y los servicios apropiados que permitan la postergación del primer embarazo. En tales circunstancias, es plausible postular que las adolescentes y toda la comunidad perciban la maternidad como su único proyecto posible de vida (Infesta, 1996).

En el examen del porcentaje de madres de 12 a 17 años de edad según condición socioeconómica del hogar se observa que la maternidad temprana registra una mayor gravitación —tanto en el plano nacional como en cada una de las zonas de residencia— en los hogares identificados como pobres; no obstante, tal condición parece ser un elemento menos discriminante en las zonas rurales que en las zonas urbanas, lo que sugiere que el inicio temprano de la maternidad es más generalizado en el ámbito rural. De todos modos —y de acuerdo a los resultados obtenidos tanto en todo el país como en el área urbana— existe una asociación directa entre la incidencia de la maternidad temprana y la condición socioeconómica de los hogares, hallazgo que, por lo demás, no es ajeno al comportamiento observado en otros países de la región (CEPAL, 1998).

Al examinar la frecuencia de la maternidad temprana según el nivel escolar alcanzado por las adolescentes se advierte su menor incidencia en aquellas que tienen un mayor nivel de educación. Al igual que en el caso del indicador de pobreza, las discrepancias entre las categorías son menores en las zonas

rurales que en las urbanas; esta situación pone en evidencia una falta generalizada de acceso a los servicios —incluidos los de salud reproductiva— o una persistencia de patrones culturales diferentes en las zonas rurales. Asimismo, las cifras muestran que la incidencia de la maternidad es, en promedio, 2.6 veces mayor entre las mujeres adolescentes sin educación que entre aquellas que concluyeron al menos su educación básica; al parecer, la educación es un factor preventivo o que retarda la maternidad adolescente, aun cuando no sea una condición suficiente como para impedir la fecundidad. Sin embargo, es también probable que el nivel escolar alcanzado sea el resultado de la maternidad temprana o bien la expresión de otro proyecto de vida en que la educación no adquiere la relevancia que en general se le atribuye en una sociedad moderna.

Cuando la información se refiere al nivel educativo y a las condiciones socioeconómicas del hogar se evidencian diferencias significativas dentro de las categorías educacionales (véase el cuadro 5) y se aprecia que tanto la educación como la condición de pobreza influyen en forma independiente sobre el mayor riesgo de maternidad temprana. Ello implica que un programa de prevención del embarazo temprano requerirá considerar la incorporación de medidas que estimulen la asistencia escolar y, a la vez, mejoren las condiciones materiales de vida de las adolescentes.

Cuadro 5

BOLIVIA: PORCENTAJE DE MUJERES DE ENTRE 12 Y 17 AÑOS DE EDAD QUE SON MADRES, SEGÚN CONDICIÓN DE POBREZA EN EL HOGAR Y NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MUJER

Porcentaje de madres entre 12 y 17 años de edad	En hogares	
	pobres	no pobres
Sin educación	5.77	2.38
Educación básica incompleta	3.48	2.00
Educación básica completa o más	2.49	1.15

Fuente: Censo de Población y Vivienda de 1992.

Este examen preliminar muestra i) que la maternidad temprana en Bolivia registra una mayor frecuencia entre las adolescentes rurales, ii) que la pobreza del hogar y el nivel de educación contribuyen a una mayor distinción del comportamiento reproductivo de las adolescentes en las zonas urbanas que en las rurales y, iii) que estos factores tienen una estrecha asociación con la maternidad adolescente.

Selección de las áreas prioritarias

Los resultados anteriores —mayor incidencia de la maternidad temprana en las zonas rurales y mayor volumen de madres adolescentes en las zonas urbanas— señalan la conveniencia de incorporar tanto a las zonas urbanas como a las rurales en la selección de las áreas prioritarias para el diseño y ejecución de un programa de prevención. Por tal razón, la identificación de las áreas prioritarias se hizo utilizando dos indicadores: el porcentaje y el número absoluto de madres adolescentes. Luego se procedió a utilizar la provincia como unidad espacial para la focalización geográfica y se confeccionó una tabla (véase el cuadro 6) que incluye —para cada provincia— el total de mujeres de 12 a 17 años usando dos criterios de selección: el porcentaje y el número absoluto de aquellas que son madres, los que se usan para clasificar

las provincias en tres grupos, a partir de su variación alrededor del promedio simple en cada caso: i) las provincias con un valor debajo o igual al promedio; ii) las con valores hasta dos veces el promedio y, iii) las provincias con valores superiores a dos veces el promedio.

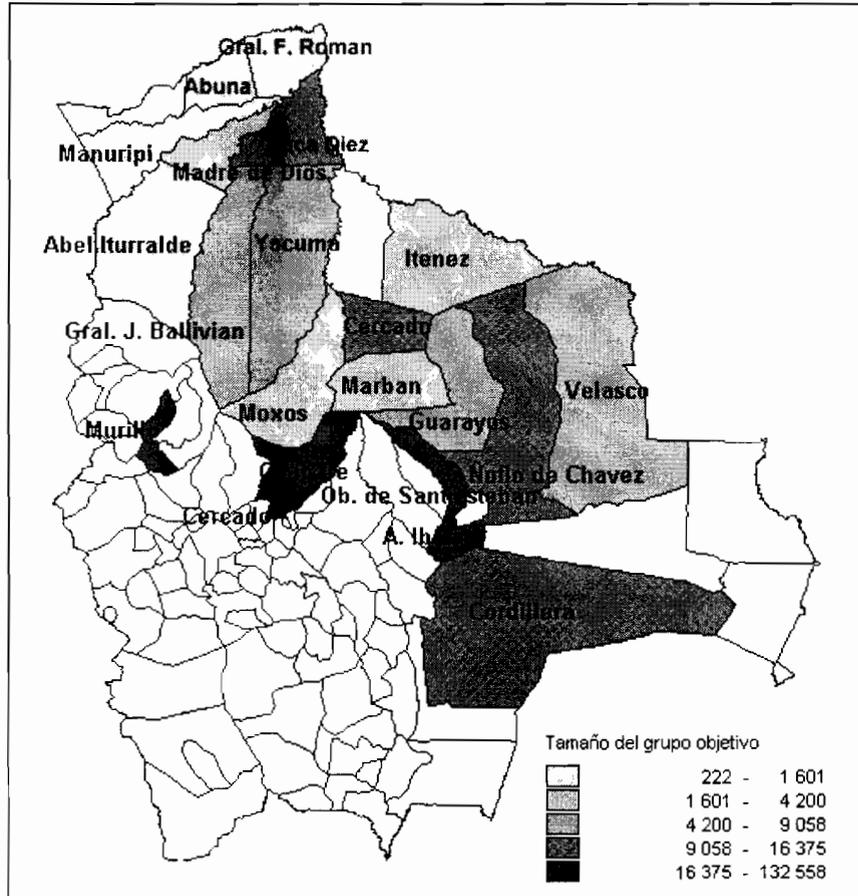
Cuadro 6
**BOLIVIA: INDICADORES UTILIZADOS PARA LA SELECCIÓN DE PROVINCIAS
Y PROVINCIAS SELECCIONADAS**

Provincia		Mujeres de 12 a 17 años Total	Madres de 12 a 17 años Total	Madres de 12 a 17 años (%)	Clasificación según porcentaje	Clasificación según volumen	Selección provincias
Código	Nombre						
904	ABUNA	168	35	20.83	3	1	1
905	GRAL. F. ROMÁN	67	12	17.91	3	1	1
806	MARBÁN	642	98	15.26	3	1	1
715	GUARAYOS	1 288	142	11.02	3	2	1
805	MOXOS	1 033	110	10.65	3	2	1
804	YACUMA	1 708	172	10.07	3	2	1
902	MANURIPÍ	418	42	10.05	3	1	1
808	ITENEZ	1 145	98	8.56	3	1	1
215	ABEL ITURRALDE	493	42	8.52	3	1	1
711	ÑUFLO DE CHÁVEZ	3 502	297	8.48	3	3	1
903	MADRE DE DIOS	513	42	8.19	3	1	1
803	GRAL. J. BALLIVIÁN	3 309	263	7.95	3	3	1
703	VELASCO	3 047	225	7.38	2	3	1
802	VACA DIEZ	6 627	430	6.49	2	3	1
801	CERCADO	4 991	288	5.77	2	3	1
707	CORDILLERA	6 548	272	4.15	2	3	1
710	OB. SANTIESTEBÁN	7 876	320	4.06	2	3	1
701	ANDRÉS IBÁÑEZ	59 168	1 923	3.25	1	3	1
310	CHAPARE	7 572	244	3.22	1	3	1
301	CERCADO	31 545	464	1.47	1	3	1
201	MURILLO	82 095	1 034	1.26	1	3	1
901	NICOLÁS SUÁREZ	1 251	92	7.35	2	1	0
702	WARNES	2 412	168	6.97	2	2	0
807	MAMORE	628	43	6.85	2	1	0
712	ANGEL SANDOVAL	722	49	6.79	2	1	0
110	LUIS CALVO	975	65	6.67	2	1	0
606	BURNET O'CONNOR	1 135	69	6.08	2	1	0
704	ICHILO	3 264	175	5.36	2	2	0

Fuente: Censo de Población y Vivienda de 1992.

Los “casos extremos”, o sea, las provincias con valores superiores a dos veces el promedio para uno o ambos indicadores fueron seleccionadas como áreas prioritarias. En la primera situación se identificaron 12 provincias y en la segunda 11 provincias; dos de estas últimas estaban entre las de más alta incidencia. Combinando los dos criterios, se seleccionaron 21 unidades espaciales (de un total de 111) en las cuales la fecundidad adolescente registra una significativa importancia (en términos relativos y/o absolutos) en la población femenina de 12 a 17 años de edad. Los resultados se muestran en el mapa 7.

BOLIVIA: PROVINCIAS SELECCIONADAS CON ALTO VOLUMEN O INCIDENCIA DE MADRES ADOLESCENTES (DE 12 A 17 AÑOS) Y TAMAÑO ESTIMADO DE CADA GRUPO OBJETIVO



Fuente: Censo 1992, procesamiento WinR+.

Tamaño del grupo objetivo para el programa

La mayor pobreza en las zonas rurales (medida con el método de las NBI) y el menor poder discriminatorio que tiene este factor sobre la maternidad temprana en las áreas rurales señalan la conveniencia de incorporar en los programas de prevención a toda la población adolescente que reside en estas zonas. En las zonas urbanas, que se caracterizan por una mayor heterogeneidad, dichos programas debieran orientarse a satisfacer las necesidades de los grupos de más alto riesgo, es decir, a la población adolescente pobre y de bajo nivel educativo. Como la prevención del embarazo adolescente requiere educar tanto a los hombres como a las mujeres respecto de sus riesgos físicos y psicosociales, dentro del grupo objetivo del programa se incluyó a la población femenina y masculina de 12 a 17 años de edad.

El tamaño del grupo objetivo para la realización de un programa diseñado para el año 1999 fue estimado a partir de la población que tenía entre 5 y 10 años de edad al momento del censo de 1992 y que, consiguientemente, siete años más tarde estaría en el rango de la población objetivo del programa, es decir, entre 12 y 17 años de edad¹⁷. Por las consideraciones anteriores, al estimar el tamaño del grupo objetivo se consideró a toda la población rural de 5 a 10 años de edad y a la población urbana del mismo rango que residía en hogares pobres o registraba un “clima educacional” bajo¹⁸. El tamaño de este grupo fue cercano a las 393 mil personas (cuadro 7), el 49.3% de las cuales corresponde a mujeres y el 50.7% restante a hombres. El 77.5% de esta población reside en zonas urbanas, lo que se explica por el peso significativo que ejercen, en el conjunto de provincias seleccionadas, las tres grandes ciudades del país (La Paz, Santa Cruz y Cochabamba).

Cuadro 7
**BOLIVIA: POBLACIÓN OBJETIVO (DE 5 A 10 AÑOS DE EDAD)
EN LAS PROVINCIAS SELECCIONADAS**

Provincia Código	Nombre	Área rural			Área urbana			Total
		Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	
301	CERCADO	1 479	1 568	3 047	20 421	21 017	41 438	44 485
803	GRAL. JOSE BALLIVIÁN	2 095	2 312	4 407	1 859	1 986	3 845	8 252
804	YACUMA	953	973	1 926	1 303	1 258	2 561	4 487
805	MOXOS	1 281	1 379	2 660	434	442	876	3 536
904	ABUNA	208	254	462	0	0	0	462
903	MADRE DE DIOS	785	816	1 601	0	0	0	1 601
808	ITENEZ	1 196	1 221	2 417	387	422	809	3 226
701	ANDRÉS IBÁÑEZ	5 132	5 413	10 545	40 400	41 024	81 424	91 969
703	VELASCO	2 527	2 760	5 287	1 360	1 259	2 619	7 906
201	MURILLO	3 284	3 203	6 487	62 391	63 680	126 071	132 558
310	CHAPARE	6 182	6 347	12 529	3 073	3 139	6 212	18 741
215	ABEL ITURRALDE	734	789	1 523	0	0	0	1 523
905	GRAL. F. ROMÁN	113	109	222	0	0	0	222
710	OBISPO SANTIESTEBÁN	2 522	2 620	5 142	5 568	5 665	11 233	16 375
711	ÑUFLO DE CHÁVEZ	4 776	4 985	9 761	737	783	1 520	11 281
715	GUARAYOS	935	1 012	1 947	1 088	1 165	2 253	4 200
801	CERCADO	519	588	1 107	3 927	4 024	7 951	9 058
806	MARBAN	1 225	1 250	2 475	0	0	0	2 475
802	VACA DIEZ	1 330	1 383	2 713	5 641	6 005	11 646	14 359
902	MANURIPÍ	655	752	1 407	0	0	0	1 407
707	CORDILLERA	5 286	5 507	10 793	2 114	2 060	4 174	14 967
	TOTAL	43 217	45 241	88 458	150 703	153 929	304 632	393 090

Fuente: Censo de Población y Vivienda de 1992.

¹⁷ Se asume que en esos siete años la población no experimentará cambios demográficos (resultantes de movimientos migratorios y mortalidad) que produzcan grandes cambios en la distribución territorial de la población.

¹⁸ Se trata de una población que, en gran parte, no ha entrado a la escuela (o recién ingresó) y por tanto, su rango de edad impide que el nivel de escolaridad pueda ser utilizado como criterio de selección y discriminación. Suponiendo que el promedio de años de educación de los miembros adultos —mayores de 18 años de edad— del hogar está estrechamente vinculado al nivel de educación que adquieren los niños, se estimó conveniente utilizar como criterio de selección el “clima educacional” del hogar.

Algunas características de la población adolescente que reside en las provincias seleccionadas

En procura de apoyar el diseño de políticas de intervención dirigidas a prevenir la maternidad adolescente se indagaron, a partir de la base censal, algunas características básicas de la población que reside en las provincias seleccionadas. Sin embargo, esta fuente de datos no proporciona un mayor conocimiento sobre el comportamiento reproductivo de las personas, y fue necesario recurrir a la información de la ENDSA para examinar las actitudes y conocimientos respecto de planificación familiar y acceso a medios de comunicación entre las adolescentes.

La información disponible señala que la cobertura de salud¹⁹ en el total del área seleccionada es relativamente “satisfactoria” en comparación con la del país en su conjunto, si bien se observan grandes diferencias tanto entre provincias como dentro de ellas, y el porcentaje de hogares que no acceden a los servicios de salud varía entre el 2.1 y el 31.7%. La carencia de salud registra una menor gravitación en los hogares pobres de estas provincias seleccionadas en comparación con sus congéneres en el total nacional (17.8% y 21.2%, respectivamente), lo que está demostrando que una relativamente buena cobertura de atención de la salud no conlleva necesariamente un cuidado apropiado de la salud reproductiva (en el sentido de evitar el embarazo temprano).

El 21.9% de la población de 12 a 17 años de edad residente en las provincias seleccionadas no asistía, en el momento del censo, a la educación formal. El 20% de los adolescentes presentaba algún rezago escolar²⁰ o nunca había asistido a la escuela; en algunas provincias, el porcentaje de adolescentes que nunca había asistido llegaba a más del 10% e incluso se registra un caso extremo en el que ese porcentaje llegaba al 50%. Independientemente del nivel de educación adquirido por esta población, el hecho de que una parte considerable no asista a la educación formal implica que no se verían cubiertos por un programa de educación sexual y reproductiva cuando éste forma parte del programa regular de enseñanza.

Aunque casi todos los y las adolescentes del área seleccionada declararon saber leer y escribir, hay algunas provincias en que una fracción importante no adquirió dichas habilidades y dependen, en la práctica, de los mensajes orales sobre salud reproductiva o de un programa de alfabetización que incluya la educación sexual e información sobre el tema.

En la gran mayoría de las provincias el analfabetismo afecta mayoritariamente a las mujeres (véase el cuadro 8). Por otra parte, y considerando que algo más de 6 700 adolescentes que residen en las provincias seleccionadas no hablan castellano, es claramente necesario que aquellos mensajes sean preparados en diferentes idiomas.

¹⁹ Se definieron como carenciados en atención de salud aquellos hogares con personas cuya salud no es atendida o es tratada por un médico naturista.

²⁰ Se considera que existe rezago escolar cuando hay un retraso de dos o más años dentro del sistema educativo con respecto a la edad de la persona.

Cuadro 8
**BOLIVIA: ANALFABETISMO Y DOMINIO DEL CASTELLANO, ADOLESCENTES
 DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD DE LAS PROVINCIAS SELECCIONADAS**

Provincia	Analfabetos			No hablan castellano		
	Total	%		Total	%	
		Mujeres	Hombres		Mujeres	Hombres
CERCADO	1 009	2.34	0.92	441	1.05	0.38
GRAL. JOSE BALLIVIÁN	449	7.46	5.40	274	4.23	3.58
YACUMA	194	6.09	4.85	29	0.88	0.75
MOXOS	167	9.20	5.33	39	2.32	1.11
ABUNA	174	48.21	56.02	166	45.24	54.22
MADRE DE DIOS	60	6.43	4.67	2	0.19	0.17
ITENEZ	52	2.01	2.03	2	0.00	0.14
ANDRÉS IBÁÑEZ	2 073	2.09	1.52	570	0.62	0.37
VELASCO	175	3.25	2.20	16	0.16	0.32
MURILLO	2 895	2.55	1.03	1 095	0.91	0.44
CHAPARE	823	7.00	3.49	1 341	10.83	6.21
ABEL ITURRALDE	36	4.06	2.73	3	0.00	0.51
GRAL. F. ROMÁN	45	20.90	26.05	18	8.96	10.08
OBISPO SANTIESTEBÁN	528	3.69	2.99	57	0.43	0.29
ÑUFLO DE CHÁVEZ	522	8.02	5.56	468	8.28	4.11
GUARAYOS	118	5.28	3.50	380	15.06	13.03
CERCADO	199	2.16	1.79	9	0.16	0.02
MARBÁN	57	4.36	3.41		0.00	0.00
VACA DIEZ	460	3.50	3.20	44	0.24	0.39
MANURIPÍ	134	13.64	14.72	19	1.67	2.29
CORDILLERA	471	4.69	2.38	1 760	16.33	10.02
TOTAL ABSOLUTO	10 641	6 682	3 959	6 733	4 153	2 580
PORCENTAJE	2.41	2.99	1.82	1.52	1.86	1.18

Fuente: Censo de Población y Vivienda de 1992.

La información de la ENDSA²¹ demuestra que el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos —en particular métodos modernos— es relativamente bajo en Bolivia: el 76.7% del total de mujeres unidas declaró conocer algún método moderno para evitar el embarazo y apenas el 17.7% señaló su uso. Entre las mujeres adolescentes²² estos porcentajes alcanzaban al 68.3 y 9.4%, respectivamente.

Además del alto porcentaje de adolescentes no conocen métodos anticonceptivos (30%) hay un grupo significativo que declara conocerlos pero no saber dónde pueden adquirirlos (37%). Al incluir a las adolescentes que declaran desconocer los métodos pero sí saben donde obtenerlos, se advierte que el 68% de las adolescentes carece de acceso a métodos anticonceptivos, es decir, desconocen los métodos y/o las

²¹ La información de la DHS fue procesada en *winR+*, lo que impidió estimar errores de muestreo para las variables analizadas. Se trató de evitar la inclusión de subgrupos muy pequeños en los análisis para evitar resultados erróneos. Véase la ENDSA 1994 de Bolivia o el *DHS Analytical Report* N° 3, Macro Internacional Inc., 1997.

²² La ENDSA consideró adolescentes a las mujeres de 15 a 19 años y no suministra datos para las menores de 15 años. Para no analizar grupos muy pequeños, los datos se refieren a las mujeres de 15 a 19 años. Además, la ENDSA 1994 no incluye a los hombres en la muestra.

fuentes de suministro (cuadro 9). Esta situación lleva a que las adolescentes bolivianas no puedan disociar el sexo de la procreación. De ello resulta que el 76.1% del total de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales (22.9%) quedó embarazada o tiene hijos y muchos de estos embarazos y partos fueron declarados como deseados; así, el porcentaje de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad que declaró su último hijo o actual embarazo como no deseado fue bajo en comparación con la mayoría de los otros grupos de edades. No obstante, es posible que esa respuesta obedezca a una racionalización *ex-post* y como resultado de una situación que no pudieron prevenir.

Cuadro 9

BOLIVIA: PORCENTAJE DE ADOLESCENTES SIN ACCESO A PLANIFICACIÓN FAMILIAR PORQUE NO CONOCEN UN MÉTODO O FUENTES DE SUMINISTRO

	Total	Urbano	Rural
Pobreza en el hogar ²³			
No pobre	57.3	53.8	79.0
Pobre	75.4	63.0	88.0
Idioma habitualmente hablado			
Castellano	60.9	56.9	76.9
Indígenas	93.9	93.2	93.9
Aymara	(97.5)*	n.d.	n.d.
Quechua	(91.5)*	n.d.	n.d.
Total	68.3	58.3	86.6

Fuente: elaboración propia con datos de la ENDSA 1994, Bolivia;

* basados en menos de 30 casos.

Los resultados de la encuesta muestran que el conocimiento de métodos anticonceptivos difiere según las condiciones socioeconómicas, zona de residencia y grupo étnico²⁴ (cuadro 9). La residencia es un factor importante y se verifica que las diferencias en el conocimiento entre las adolescentes pobres y no pobres tienden a disminuir al controlar dicho factor. Sin embargo, al discriminar entre las adolescentes según su condición de pobreza, se observan discrepancias dentro de las zonas de residencia y los porcentajes parecen indicar que las diferencias según factores socioeconómicos y culturales son mayores en el área urbana que en la rural, especialmente en el caso de los grupos étnicos, en los que la brecha es muy alta. En el caso de las mujeres adolescentes de habla indígena la zona de residencia prácticamente no constituye diferencia, puesto que incluso cuando viven en zonas urbanas su acceso a la planificación familiar es muy limitado.

Con respecto a la aceptación de la planificación familiar y de los mensajes sobre el tema, siete de cada diez adolescentes declararon aprobar la regulación de la fecundidad (70.4%); sin embargo, el porcentaje de adolescentes que respondieron no tener una opinión respecto de la planificación familiar fue significativo (17.7%), lo que obedece al desconocimiento sobre tema y sobre las ventajas de espaciar o limitar el número de hijos. Se aprecia una diferencia entre grupos indígenas y no indígenas (identificados según el idioma que hablan habitualmente) y entre etnias. La aprobación de la planificación familiar y de

²³ Véase el anexo 1 para la definición de pobreza.

²⁴ Según el idioma habitualmente hablado por la mujer.

los mensajes sobre el tema es mayor entre las mujeres no indígenas y al comparar entre los diversos grupos étnicos se advierte que la carencia de opinión es más frecuente entre las adolescentes aymaras y que la regulación de la fecundidad adquiere un rechazo relativamente elevado entre las adolescentes quechuas (véase el cuadro 10)²⁵.

Cuadro 10

BOLIVIA: ACTITUD DE LAS MUJERES ADOLESCENTES FRENTE A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR, SEGÚN DIVERSOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS

	Desaprueba	Aprueba	No sabe
	Porcentajes		
Idioma habitualmente hablado			
Español	10.6	75.3	14.1
Aymara	(11.9)*	55.6	32.5
Quechua	18.8	55.8	25.4
Pobreza en el hogar			
No pobre	9.8	79.1	11.1
Pobre	13.2	65.1	21.7
Área de residencia			
Urbana	11.0	76.6	12.4
Rural	13.3	59.3	27.4
Total	11.9	70.4	17.7

Fuente: elaboración propia de la ENDSA 1994.

* basado en menos de 30 casos.

En el análisis de su acceso a los medios de comunicación se aprecia que el 10.4% de las adolescentes viven en hogares que no tienen medios masivos (radio, televisor y periódicos), y las diferencias son apreciables cuando la información se refiere a las zonas de residencia (véase el cuadro 11). El medio más utilizado es la radio, seguida de la televisión y el periódico (el 79.2% de las adolescentes escucha radio todos los días; el 66.4% ve televisión cada semana y el 44.1% lee el diario al menos una vez a la semana).

Por otra parte, el 12.6% de las adolescentes no cuenta con acceso a ningún medio de comunicación colectiva y la mayor desigualdad en este campo se advierte al discriminar por zona de residencia (el 2% de las adolescentes urbanas y el 31.8% de las rurales no acceden a ningún medio de comunicación). El 46.9 % de todas las adolescentes había recibido —en los seis meses anteriores a la entrevista— un mensaje sobre planificación familiar. La radio y la televisión son los medios más frecuentes para recibir dichos mensajes (27.7% y 25.5%, respectivamente).

²⁵ El nivel de significación de estas cifras se ve limitado por el tamaño de los grupos; sin embargo al ampliar el proceso para todos los grupos de edades, se aprecian las mismas diferencias entre mujeres de las distintas etnias (el 9.9% de las mujeres aymaras y el 17.7% de las mujeres quechuas declararon no aprobar la planificación familiar).

Cuadro 11

**BOLIVIA: ACCESO DE LAS ADOLESCENTES A INFORMACIÓN
SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

	% que tiene televisión y/o radio en el hogar	% que tiene acceso a algún medio de comunicación (tv/radio/diario)	% que recibió un mensaje sobre planificación familiar:
Zona de residencia			
urbana	96.6	98.0	59.8
rural	76.7	68.2	23.6
Pobreza del hogar			
no pobre	97.2	96.2	61.4
pobre	84.8	81.9	37.2
Idioma hablado			
español	94.8	94.2	54.9
aymara	74.4	68.3	25.0
quechua	75.0	64.1	17.4
Total	89.6	87.4	46.9

Fuente: elaboración propia de la ENDSA 1994.

Se comprueba que las mujeres quechuas declaran un mayor conocimiento sobre los métodos anticonceptivos modernos y sus fuentes de suministro que las mujeres aymaras, aunque las cifras indican que las primeras tienen un menor acceso a los medios de comunicación. Si bien estas últimas reciben más mensajes sobre el tema, declararon un mayor desconocimiento (véanse los cuadros 9 y 10). Un examen más detenido mostró que estas diferencias no son atribuibles a las discrepancias entre los niveles de educación y la zona de residencia. En efecto, las cifras muestran que las mujeres aymaras registran mayores niveles de educación y residen, en menor medida, en las zonas rurales (véase el cuadro 12). Un estudio cualitativo sobre actitudes y formas de comunicación de los grupos étnicos podría aclarar estas diferencias en conocimientos y actitudes respecto de la planificación familiar.

Cuadro 12

**BOLIVIA: CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS DE LAS ADOLESCENTES
SEGÚN EL IDIOMA HABITUALMENTE HABLADO**

	Español	Aymara	Quechua	Total
Zona de residencia				
urbana	80.0	13.7	10.3	64.6
rural	20.0	86.3	89.7	35.4
Pobreza en el hogar				
no pobre	47.8	13.3	5.9	39.8
pobre	52.2	86.7	94.1	60.2
Nivel de educación				
sin educación	0.9	5.6	11.2	2.6
básico	19.6	46.3	63.8	27.6
intermedio o más	79.5	48.1	25.0	69.8
Número total (N)	1 401	160	224	1 805 ²⁶

Fuente: elaboración propia con datos de la ENDSA 1994.

²⁶ Incluye también a las adolescentes que hablan habitualmente guaraní (6) u otro idioma (14).

III. REFLEXIONES FINALES

El cuidado y la adecuada atención de la salud reproductiva son elementos cruciales y que deben ser tomados en cuenta en el diseño de las políticas dirigidas a atenuar las desigualdades socioeconómicas y demográficas, elevar la calidad de los recursos humanos y ampliar las posibilidades de crecimiento económico y de desarrollo. La experiencia ha demostrado que tanto el descuido como la atención inapropiada pueden traer consigo problemas que impiden las oportunidades de participación y acceso adecuado de la población a los beneficios del progreso económico.

Manifestaciones concretas de dichos problemas son la persistencia de casos de mortalidad materna prevenible, los embarazos de alto riesgo —en particular de adolescentes—, el aborto en condiciones de alto riesgo, el abandono de mujeres, niños y niñas, la desnutrición materna e infantil y la transmisión de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA.

Es sabido que los embarazos muy frecuentes o muy seguidos y aquellos en las edades extremas del ciclo fértil de la mujer —que se producen cuando hay escasas posibilidades de satisfacer los ideales reproductivos— acrecientan los riesgos de salud tanto de las madres como de sus hijos y son causa de la persistencia de elevadas tasas de morbilidad materna e infantil. Los efectos negativos de este comportamiento se ven multiplicados cuando no existen servicios adecuados.

En el caso particular de las adolescentes, la inadecuada atención de la salud reproductiva puede ser causa de maternidad temprana, la que —especialmente cuando ocurre en hogares de baja condición socioeconómica— restringe las oportunidades educacionales y compromete en alto grado las posibilidades de desarrollo y crecimiento personal y, por ende, el logro de una mejor calidad de vida para ellas mismas y para sus hijos. En el plano de la salud implica mayores riesgos de complicaciones que contribuyen a aumentar las probabilidades de morbilidad materna e infantil.

Se reconoce, entonces, que el cuidado y atención de la salud reproductiva contribuyen en alto grado a disminuir los problemas mencionados y a crear una serie de opciones de desarrollo personal en los ámbitos relacionados con el bienestar físico y mental de las personas, en particular de las mujeres; por su constitución fisiológica y su posición inequitativa en la sociedad, ellas son las principales beneficiarias de políticas dirigidas a promover la salud y los derechos reproductivos. Las mujeres gestan, dan a luz y cuidan a los niños y niñas y, por tanto, enfrentan los mayores riesgos físicos, sociales y psicológicos. Además, debe reconocerse la persistencia de prejuicios y patrones sociales de organización que limitan su autodeterminación respecto de la reproducción. La promoción de la equidad de género debe constituir una línea de acción estratégica para el mejoramiento de la salud reproductiva y el bienestar de la población.

La decisión de centrar las acciones de salud reproductiva en los grupos socioeconómicos más pobres o vulnerables de la sociedad —cuyos rasgos demográficos estarían, en la práctica, dificultando la acumulación de capital humano y creando un ambiente propicio para reproducir las condiciones de pobreza— favorece la atenuación de las inequidades sociales. Las necesidades específicas en el campo de la salud reproductiva dependen de diversos factores, como —por ejemplo— zona de residencia, sexo, edad,

etapa en el ciclo de vida y condición socioeconómica. De allí resulta relevante que en el diseño de programas de intervención en este ámbito se consideren dichas características, de modo que se distingan las medidas de intervención destinadas a los distintos segmentos sociales.

Es necesario, entonces, la identificación, caracterización y ubicación geográfica de aquellos segmentos de población que, por su comportamiento reproductivo y características socioeconómicas, presentan diversos riesgos de salud y constituyen grupos de población objetivo para las acciones en el campo particular de la salud reproductiva. Dicho esfuerzo demanda la focalización de los recursos disponibles con el propósito de aumentar la eficacia y eficiencia de las políticas, excluir a la población no carenciada y evitar el desperdicio de recursos.

El propósito de este documento es mostrar la forma en que, mediante el uso de la información proveniente de dos fuentes de datos disponibles en muchos países de la región y con el uso de herramientas computacionales de fácil manejo y comprensión (construidas específicamente para el trabajo demográfico), se puede lograr una focalización social y territorial en dos ámbitos en que la salud reproductiva adquiere una vital importancia para la prevención y atenuación de inequidades existentes.

En el primer caso se identificó y ubicó territorialmente a las mujeres de 35 años o más de edad que tuvieron un nacimiento de orden cuatro o más. El ejercicio mostró que la fecundidad de mujeres de 35 años y más de edad no equivale a una fecundidad de orden alto y que para lograr la identificación de las provincias donde estos nacimientos de riesgo alcanzaban un mayor significado era necesario ensayar un afinamiento de los criterios de selección geográfica. Se pudo advertir que cuando se usa la incidencia como criterio para seleccionar áreas prioritarias se produce una sobrerrepresentación de las zonas rurales; cuando el criterio se refiere al tamaño de la población en riesgo, dicha sobrerrepresentación se produce en las zonas urbanas.

Asimismo, fue posible apreciar que la inclusión de la condición de pobreza del hogar en el criterio de selección geográfica –en el caso de Bolivia y con la definición de pobreza aplicada– no contribuía a una mejor precisión en la identificación de las unidades espaciales. Sin embargo, dada la heterogeneidad social y económica al interior de las provincias –particularmente en las zonas urbanas– se advertía la conveniencia de incorporar dicho indicador como un criterio adicional para seleccionar la población objetivo de un programa de prevención y entrega de servicios de salud reproductiva, es decir, mediante una focalización geográfica con unidades territoriales menores o con una visión socioeconómica.

Al analizar las características de la población objetivo dentro de las provincias seleccionadas, fue interesante constatar que una parte significativa era analfabeta y, por lo tanto, no tenían acceso a materiales escritos sobre los riesgos de embarazos tardíos. El hecho de que el 10% de esta población no habla español pone en evidencia la necesidad de divulgar los materiales de información en diferentes idiomas. La información sobre actitudes, conocimiento, uso y necesidad insatisfecha de métodos de planificación familiar sugiere que las medidas dirigidas a aumentar el conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos efectivos contribuyen a una notoria disminución de la fecundidad de riesgo.

En cuanto a la población expuesta al riesgo de una maternidad temprana, los antecedentes suministrados por el censo de población y la ENDSA evidenciaron que la población rural boliviana enfrenta una mayor exclusión de servicios y de información en el campo de planificación familiar y que la maternidad temprana (mujeres entre 12 y 17 años de edad) es también más generalizada en este ámbito que en el urbano. En este último existiría una mayor discriminación entre los grupos de población según el nivel de educación o el estrato socioeconómico.

Se pudo advertir también que para ciertos grupos de la población el nivel de educación o la zona de residencia no tiene el mismo efecto que para otros. Las adolescentes que pertenecen a grupos indígenas, aunque vivan en zonas urbanas o registren un nivel de educación relativamente alto, tienen un menor acceso a la información y a los servicios de salud reproductiva que las adolescentes no indígenas. La información presentada implica, especialmente en el caso de las mujeres aymaras, que la difusión de información sobre el tema de salud reproductiva necesita formas más efectivas de comunicación. En el caso de las mujeres quechuas —dado su mayor rechazo de la planificación familiar que entre otros grupos—, además de recuperar el retraso en cuanto a su conocimiento sobre planificación familiar debiera propiciarse un cambio de actitud.

En cuanto a los canales de información más convenientes, no parece apropiado centrarse únicamente en el programa de educación formal, dado el alto porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años de edad que no asiste a la escuela; si se quiere insertar la educación sexual en la educación regular, debiera comenzar en la educación básica. La radio es el medio de comunicación masiva de mayor disponibilidad en los hogares y el de mayor utilización entre las adolescentes, aunque existe un grupo significativo de población (especialmente en las áreas rurales) que no tiene acceso a ningún medio de comunicación. Para llegar a este grupo la información sobre el tema debería entregarse mediante la utilización de las redes juveniles existentes (como agrupaciones deportivas, reuniones barriales, etc.) o bien a través de unidades móviles de información, que permitan ampliar la cobertura informativa.

Las fuentes de información utilizadas resultaron muy útiles para la identificación, caracterización y ubicación de la población objetivo en estos dos ámbitos de la salud reproductiva y para apoyar el diseño de líneas de intervención focalizadas. Las herramientas *winR+* y *ZonPlan* facilitaron el procesamiento de la información y el cálculo de los diferentes indicadores y también permitieron la combinación expedita de información referida a distintos niveles jerárquicos y el despliegue gráfico de los resultados.

Sin embargo, este ejercicio que identifica la demanda de servicios sería de mayor utilidad si es complementado con información que de cuenta de la oferta de los mismos, y así lograr una eficiente localización de la demanda insatisfecha. Por último —y como se mencionó en la parte introductoria— este ejercicio no pretende agotar el uso de las herramientas técnicas y fuentes de datos sino más bien pretende mostrar su utilidad como instrumentos que permiten una primera aproximación al proceso de focalización de aquella población que demanda satisfacer sus necesidades en el campo de la salud reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Aliaga, A. y Thanh Le (1991), "Methodology for Small-Area Estimation with DHS Samples", Macro International Inc. (1991), *Demographic and Health Surveys World Conference Proceedings*, 5 al 7 de agosto, Washington D.C.
- Bartlema, J. y otros (1994), Dimensiones geográficas y demográficas de la salud en Bolivia, OMS/OPS (Organización Mundial de la Salud/Oficina Panamericana de Salud) *La distribución de la pobreza en Bolivia: CNPV '92. Pobreza y Salud en Bolivia*, La Paz.
- Behm, Hugo (1992), *Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina*, Serie B, N° 96 (LC/DEM/R/182), Santiago de Chile.
- CELADE/BID (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía/Banco Interamericano de Desarrollo) (1994), *Bolivia: Caracterización demográfica y su impacto sobre los servicios sociales*, Santiago de Chile.
- CEPAL (Comisión Económica Para América Latina y el Caribe) (1998), *Población, salud reproductiva y pobreza*, Oranjestad.
- _____ (1995), *Cuadernos de la CEPAL N° 71 (LC/G.1829-P)*, Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE/UNICEF (Comisión Económica para América Latina/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía/United Nations Children Fund (1995), *América Latina: Mortalidad en la niñez. Una base de datos actualizada en 1995*, Santiago de Chile.
- Díaz, M. y J. Spicehandler (1997), "La incorporación del enfoque de género en la capacitación, implementación, investigación y evaluación en los programas de salud sexual y reproductiva", documento resultado del Foro Latinoamericano, Washington D.C, 15 al 17 de octubre.
- FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (1997), *Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile.
- Infesta Graciela (1996), "Maternidad, roles sexuales y conducta reproductiva de mujeres adolescentes", en Welti Carlos (coord.), *Política demográfica y cambio social*, México.
- Instituto Nacional de Estadística/Macro International Inc. (1994), *Bolivia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, La Paz.
- Londoño Argelia (1996), "Variaciones en torno al desarrollo humano sostenible", en Universidad Peruana Cayetano Heredia, *Salud reproductiva. nuevos desafíos*, Lima.
- Martínez Jorge y otros (1997), *Población y necesidades básicas en Chile, 1982-1994*, Santiago de Chile.
- MDSP (Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación) (1998), Informe del seminario-taller programación del comité de enlace y evaluación nacional de las recomendaciones de las cumbres de El Cairo y Beijing, noviembre.
- Naciones Unidas (1995), *Población y desarrollo. Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, New York.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1990), *Las Condiciones de Salud en las Américas*, Washington.
- PRB (Population Reference Bureau, Inc.) (1996), *Nuevas perspectivas sobre población: Lecciones aprendidas en El Cairo*, Washington.
- Rivadeneira Luis (1999), *América Latina y el Caribe: Crecimiento económico sostenido, población y desarrollo*, Santiago de Chile (en prensa).
- Toro Horacio (1998), "Salud reproductiva de los adolescentes. Componentes y elementos de trabajo en el contexto de la salud integral", en Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), *Temas de salud pública en el nuevo contexto de la salud reproductiva*, Santiago de Chile.
- Villanueva Pablo (1996), "Población y desarrollo", en Universidad Peruana Cayetano Heredia, *Salud reproductiva. nuevos desafíos*, Lima.

FUENTES DE DATOS

- INE/EDS (Instituto Nacional de Estadística/Encuestas Demográficas y de Salud) (1994), Bolivia. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, La Paz.
- INE, Censo Nacional de Población y Vivienda de 1992. (CNPV '92).

ANEXOS

ANEXO 1

DEFINICIÓN DE POBREZA CON EL MÉTODO DE LAS NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI) Y BASADA EN LOS DATOS CENSALES

En los diversos intentos de medición de la pobreza se pueden distinguir dos enfoques: uno concentrado en el ingreso del hogar, que corresponde a un nivel de ingreso establecido como el mínimo necesario para cubrir los gastos elementales alimentarios y no alimentarios –como vestimenta, transporte, habitación– (línea de pobreza) y otro que identifica como pobres a aquellas personas que carecen de servicios básicos relacionados principalmente con la vivienda, suministro de agua y electricidad y servicios higiénicos. El primer enfoque abarca la pobreza de una manera más conyuntural y el segundo mide carencias de índole estructural.

En un esfuerzo por alcanzar una visión más completa se procedió a integrar estas dos maneras de medición, lo que permite identificar tres categorías de población pobre: los pobres recientes (que se caracterizan por un ingreso debajo de la “línea de pobreza” pero sin carencias en cuanto a las necesidades básicas); los pobres inerciales (que tienen un ingreso superior a la línea de pobreza pero que presentan necesidades básicas insatisfechas) y, finalmente, los pobres crónicos (que quedan clasificados como pobres según ambas formas de medición).

La metodología aplicada en este documento trata de integrar las dos formas de medición a partir de la información que generalmente suministran los censos de población y está basada en un trabajo conjunto de ILPES, CELADE y SUBDERE. Mide las necesidades básicas (NB) y aproxima la capacidad de generar recursos —utilizando la información censal— mediante el uso del programa Redatam Plus para Windows (*winR+*). Esta metodología ha sido ampliamente aplicada en diversos estudios del CELADE y aunque todavía puede perfeccionarse, los supuestos empleados se acercan bastante a la metodología de las NB internacionalmente definida (Carrasco, 1997).

Los elementos y las variables utilizadas y los criterios establecidos para la definición de pobreza a partir de la información del censo de Bolivia son los siguientes:

Necesidades básicas insatisfechas:

- 1) Disponibilidad de servicios básicos: se considera el abastecimiento y la procedencia del agua, la presencia de un sistema adecuado de eliminación de excretas y —para el sector urbano— la disponibilidad de electricidad.
 - * **Agua:** para el sector rural se consideró como carencia si el agua procede de un río, vertiente o acequia o si es obtenida de un carro repartidor. En el sector urbano se consideraron, además, las que obtienen el agua de un pozo o cuyo suministro del agua no proviene de cañería dentro de la vivienda.
 - * **Servicio sanitario:** en las zonas rurales son viviendas con carencias las que no tienen servicio sanitario; en las zonas urbanas se incluyó además a las viviendas que sí lo tienen pero no es privado del hogar o cuyo desagüe se realiza a un pozo ciego o a la superficie.

- * **Electricidad:** Se definió como carenciadas a las viviendas sin electricidad sólo en el caso de las zonas urbanas
- 2) **Hacinamiento:** el número de personas por dormitorio en la vivienda. Son carenciadas aquellas cuyos dormitorios son compartidos por más de tres personas.
- 3) **Materiales y el tipo de la vivienda,** es decir los materiales de construcción de las paredes, el piso y el techo; se consideraron como carencias (véase el anexo III):
 - * paredes: de madera, caña, palma, troncos u otros;
 - * piso: de tierra y otros;
 - * techo: de paja, caña, palma y otros;
 - * cuando la vivienda es choza o improvisada.

Capacidad de captar ingresos:

Se define a partir de dos componentes:

- * nivel de educación del jefe del hogar: se consideró vulnerable cuando el jefe tiene menos de 6 años de educación (para jefes con 44 o menos años de edad), o menos de 3 años de educación (para jefes mayores de 44 años de edad);
- * índice de dependencia en la vivienda, es decir, el número de habitantes económicamente dependientes por el número de habitantes independientes (que tienen trabajo remunerado).

A partir de estos dos componentes, los hogares fueron divididos en tres categorías: i) hogares no vulnerables, ii) hogares vulnerables por la educación del jefe pero no por el índice de dependencia, es decir, tienen menos de tres miembros dependientes por cada miembro ocupado y, iii) hogares vulnerables por la educación del jefe y que, además, tienen tres o más miembros dependientes por cada ocupado.

Finalmente, combinando las NBI en cuanto a características de la vivienda y acceso a servicios urbanos con la vulnerabilidad, los hogares fueron clasificados en cuatro categorías:

- * no pobres: hogares sin carencias y no vulnerables; los vulnerables según educación del jefe del hogar pero según el índice de dependencia y los hogares con una carencia y no vulnerables
- * pobres recientes: hogares sin carencias vulnerables según la educación del jefe y según el índice de dependencia y hogares con una carencia que son vulnerables
- * pobres inerciales: los hogares con dos carencias y no vulnerables o vulnerables sólo por el nivel de educación del jefe y los hogares con tres o más carencias pero que no son vulnerables.
- * pobres crónicos: hogares con dos carencias y vulnerables tanto por la educación del jefe como por el índice de dependencia y hogares con tres o más carencias que son vulnerables, ya sea por el nivel de educación del jefe o por ambos factores.

ANEXO 2

PROGRAMA *winR+*

Rundef pobreza
Selection all

SERVICIOS INFRAESTRUCTURA

* Carencia de agua

DEFINE vivienda.aguaRUR
AS vivienda.aguaproc>2
FOR area.carea>3
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
OPTIONS DEFAULT 0

DEFINE vivienda.aguaURB
AS (vivienda.aguaabas>2 OR vivienda.aguaproc>1)
FOR area.carea<4
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
OPTIONS DEFAULT 0

DEFINE vivienda.caragua
AS vivienda.aguaURB=1 OR vivienda.aguaRUR=1
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
VARLABEL "carencia por agua"
VALUETAGS 0 "sin carencia" 1 "carencia agua"
OPTIONS DEFAULT 0
SAVE C:\bases\bolivia\censo92\mariska\newvars\caragua

* Carencia de bano:

DEFINE vivienda.banoRUR
AS vivienda.sanitari>2
FOR area.carea>3
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
OPTIONS DEFAULT 0

DEFINE vivienda.banoURB
AS (vivienda.sanitari>2 OR vivienda.desague>2 OR vivienda.sanituso=2)
FOR area.carea<4
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
OPTIONS DEFAULT 0

DEFINE vivienda.carbano
AS vivienda.banoURB=1 OR vivienda.banoRUR=1
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
VARLABEL "carencia por baño"
VALUETAGS 0 "sin carencia" 1 "carencia baño"
OPTIONS DEFAULT 0
*SAVE C:\bases\bolivia\censo92\mariska\newvars\carbano

* Electricidad

DEFINE vivienda.carelec
AS vivienda.electric=2
FOR area.carea<4
TYPE INTEGER

```
RANGE 0-1
VARLABEL "carencia por electric"
VALUETAGS 0 "sin carencia" 1 "carencia electricidad"
OPTIONS DEFAULT 0
SAVE C:\bases\bolivia\censo92\mariska\newvars\carelec
```

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

```
*Hacinamiento
DEFINE vivienda.totpers
AS COUNT persona
FOR vivienda.tipoviv<7 AND vivienda.condocup=1
RANGE 0-100
TYPE INTEGER
```

```
DEFINE vivienda.persdorm
AS vivienda.totpers/vivienda.dormitor
FOR vivienda.tipoviv<7 AND vivienda.condocup=1
TYPE REAL
RANGE 0-30
```

```
DEFINE vivienda.hacinam
AS vivienda.persdorm>3
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
VARLABEL "carencia por hacinamiento"
VALUETAGS 0 "sin carencia" 1 "carencia hacinamiento"
OPTIONS DEFAULT 0
SAVE C:\bases\bolivia\censo92\mariska\newvars\hacinam
*Materiales de la vivienda
```

```
DEFINE vivienda.carpared
AS vivienda.pared>5
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
VARLABEL "carencia por pared"
VALUETAGS 0 "sin carencia" 1 "carencia pared"
OPTIONS DEFAULT 0
SAVE C:\bases\bolivia\censo92\mariska\newvars\carpared
```

```
DEFINE vivienda.carpiso
AS vivienda.piso>4
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
VARLABEL "carencia por piso"
VALUETAGS 0 "sin carencia" 1 "carencia piso"
OPTIONS DEFAULT 0
SAVE C:\bases\bolivia\censo92\mariska\newvars\carpiso
```

```
DEFINE vivienda.cartecho
AS vivienda.techo>3
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
VARLABEL "carencia por techo"
VALUETAGS 0 "sin carencia" 1 "carencia techo"
OPTIONS DEFAULT 0
SAVE C:\bases\bolivia\censo92\mariska\newvars\cartecho
```

```
DEFINE vivienda.cartviv
AS 1* (vivienda.tipoviv>3 AND vivienda.tipoviv<7)
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
VARLABEL "carencia por tipoviv"
```

```
VALUELABELS 0 "sin carencia" 1 "carencia tipoviv"  
OPTIONS DEFAULT 0  
SAVE C:\bases\bolivia\censo92\mariska\newvars\cartiviv
```

VULNERABILIDAD

*Indice de dependencia

```
DEFINE vivienda.persacti  
AS COUNT persona  
FOR PERSONA.EDAD >= 15 AND (PERSONA.SLABORAL = 0 OR PERSONA.SLABORAL = 1 OR  
PERSONA.SLABORAL = 2)  
TYPE INTEGER  
OPTIONS DEFAULT 0
```

```
DEFINE vivienda.menor  
AS COUNT persona  
FOR persona.edad < 15  
TYPE INTEGER  
OPTIONS DEFAULT 0
```

```
DEFINE vivienda.sintrab  
AS COUNT persona  
FOR persona.slaboral > 2 AND persona.edad >= 15  
TYPE INTEGER  
OPTIONS DEFAULT 0
```

```
DEFINE vivienda.deps  
AS (vivienda.menor + vivienda.sintrab)  
TYPE INTEGER  
OPTIONS DEFAULT 0
```

```
DEFINE vivienda.vuln1  
AS vivienda.deps/vivienda.persacti  
FOR vivienda.persacti > 0  
TYPE REAL  
OPTIONS DEFAULT 0
```

```
DEFINE vivienda.capaci3  
AS 1*( vivienda.vuln1 >= 3)  
TYPE INTEGER  
RANGE 0-1  
OPTIONS DEFAULT 9
```

*Educacion jefe del hogar

```
DEFINE persona.jemayedu  
AS 1*(persona.parent = 0 and persona.edad >= 45 and persona.educanos < 3)  
TYPE INTEGER  
RANGE 0-1  
OPTIONS DEFAULT 0
```

```
DEFINE persona.jemenedu  
AS 1*( persona.parent = 0 and persona.edad < 45 and persona.educanos < 6)  
TYPE INTEGER  
RANGE 0-1  
OPTIONS DEFAULT 0
```

```
DEFINE vivienda.parmayor  
AS COUNT persona  
FOR persona.jemayedu = 1  
TYPE INTEGER  
RANGE 0-1  
OPTIONS DEFAULT 0
```

```

DEFINE vivienda.parmenor
AS COUNT persona
FOR persona.jemenedu = 1
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
OPTIONS DEFAULT 0

DEFINE vivienda.vulnJMa
AS (vivienda.capaci3 = 1 and vivienda.parmayor > 0)
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
OPTIONS DEFAULT 0
VARLABEL "Vulnerab.Econ.jefhogar >= 45"
VALUETAGS 0 "no vulnerable" 1 "vulnerable"
SAVE C:\bases\bolivia\censo92\mariska\newvars\vulnJMa

DEFINE vivienda.vulnJMe
AS (vivienda.capaci3 = 1 and vivienda.parmenor > 0)
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
OPTIONS DEFAULT 0
VARLABEL "Vulnerab.Econ.jefhogar < 45"
valuetags 0 "no vulnerable" 1 "vulnerable"

DEFINE vivienda.vulnera
AS 1* (vivienda.vulnJMe=1 OR vivienda.vulnJMa=1)
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
OPTIONS DEFAULT 0
VARLABEL "vulnerabilidad"
VALUETAGS 0 "no vulnerable" 1 "vulnerable con mas 3 depend"

DEFINE vivienda.capaci3a
AS 1*( vivienda.vuln1< 3)
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
OPTIONS DEFAULT 9

DEFINE vivienda.vulnJMa2
AS (vivienda.capaci3a = 1 and vivienda.parmayor > 0)
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
OPTIONS DEFAULT 0
VARLABEL "Vulnerab.Econ.jefhogar >= 45"
VALUETAGS 0 "no vulnerable" 1 "vuln. menos de 3 depend."

DEFINE vivienda.vulnJMe2
AS (vivienda.capaci3a = 1 and vivienda.parmenor > 0)
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
OPTIONS DEFAULT 0
VARLABEL "Vulnerab.Econ.jefhogar < 45"
VALUETAGS 0 "no vulnerable" 1 "vuln. menos de 3 depend."

DEFINE vivienda.vulnera2
AS 1* (vivienda.vulnJMe2=1 OR vivienda.vulnJMa2=1)
TYPE INTEGER
RANGE 0-1
OPTIONS DEFAULT 0
VARLABEL "vulnerabilidad"
VALUETAGS 0 "no vulnerable" 1 "vulnerable con menos 3 dependientes"

```

```

DEFINE vivienda.vulne3
AS RECODE vivienda.vulnera (0=1) (1=2)
TYPE INTEGER
RANGE 1-2
OPTIONS DEFAULT 0

DEFINE vivienda.vulne4
AS RECODE vivienda.vulnera2 (0=1) (1=2)
TYPE INTEGER
RANGE 1-2
OPTIONS DEFAULT 0

DEFINE vivienda.vulnetot
AS (vivienda.vulne3-1)*2 + vivienda.vulne4
TYPE INTEGER
RANGE 1-4
OPTIONS DEFAULT 0
VARLABEL "vulnerabilidad 3 grupos"
VALUELABELS 1 "no vulnerable" 2 "vulnerable con menos 3 dependientes" 3 "Vulnerable mas de 3 dependientes"
SAVE C:\bases\bolivia\censo92\mariska\newvars\vulnetot

```

POBREZA

```

DEFINE vivienda.numcaren
AS vivienda.hacinam + vivienda.caragua + vivienda.carbano + vivienda.carelec + vivienda.carpared +
vivienda.cartecho +vivienda.carpiso+vivienda.cartiviv
TYPE INTEGER
RANGE 0-8

```

```

DEFINE vivienda.numcare2
AS RECODE vivienda.numcaren (0=1)(1=2)(2=3)ELSE 4
TYPE INTEGER
RANGE 1-4
VARLABEL "Numero de carencias en hogares"
VALUELABELS 1 "sin carencias" 2 "una carencia" 3 "dos carencias" 4 "tres y más carencias"
OPTIONS DEFAULT 0

```

```

DEFINE vivienda.pobre1
AS (vivienda.numcare2-1)*3 + vivienda.vulnerab
OPTIONS DEFAULT 0
RANGE 1-12
OPTIONS DEFAULT 0
TYPE INTEGER
SAVE C:\bases\bolivia\censo92\mariska\newvars\pobre1

```

```

DEFINE vivienda.pobreza
AS RECODE vivienda.pobre1 (1-2=1) (4=1) (3=2) (5-6=2) (7-8=3) (10=3) (9=4) (11-12=4)
RANGE 1-4
OPTIONS DEFAULT 0
VARLABEL " Nivel de Pobreza"
VALUELABELS 1 "No Pobre"
                2 "Pobre Reciente "
                3 "Pobres Inerciales"
                4 "Pobre cronico"
SAVE C:\bases\bolivia\censo92\mariska\newvars\pobreza

```


ANEXO 3

**Cuestionario del Censo Nacional de Población
y Vivienda 1992**

III POBLACION		PERSONA N° 1		PERSONA N° 2		PERSONA N° 3	
A. PARA TODAS LAS PERSONAS - CARACTERISTICAS GENERALES							
¿CUAL ES EL NOMBRE Y APELLIDO DE TODAS LAS PERSONAS INCLUYENDO NIÑOS Y BEBES NACIDOS - QUE PASARON LA NOCHE ANTERIOR AL DIA DEL CENSO EN ESTE HOGAR? Anote primero todos los nombres y apellidos.		1 Nombre y Apellidos ¿Tiene C.I.? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		Nombre y Apellidos ¿Tiene C.I.? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		Nombre y Apellidos ¿Tiene C.I.? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
¿QUE RELACION O PARENTESCO TIENE CON EL JEFE DEL HOGAR? (Para hogares colectivos marque miembro de hogar colectivo). Esta y las siguientes preguntas deben completarse para cada una de las personas en sentido vertical.		2 Jefe o Jefa del hogar particular <input type="radio"/> 0 Miembro de hogar colectivo <input type="radio"/> 8		Esposa (o) conviniente <input type="radio"/> 01 Padre o suegro <input type="radio"/> 04 Hijo (a) o enternada (a) <input type="radio"/> 02 Empleado (a) doméstico (a) <input type="radio"/> 05 Yerno o nuera <input type="radio"/> 03 Otro no pariente <input type="radio"/> 07 Miembro de hogar colectivo <input type="radio"/> 08		Esposa (o) conviniente <input type="radio"/> 01 Padre o suegro <input type="radio"/> 04 Hijo (a) o enternada (o) <input type="radio"/> 02 Empleado (a) doméstico (a) <input type="radio"/> 05 Yerno o nuera <input type="radio"/> 03 Otro no pariente <input type="radio"/> 07 Miembro de hogar colectivo <input type="radio"/> 08	
¿ES HOMBRE O MUJER?		3 Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2	
¿CUANTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE? (Añote 00 para menores de un año) (Añote 99 para personas de 98 y más años)		4 Edad en años cumplidos: _____		Edad en años cumplidos: _____		Edad en años cumplidos: _____	
¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL ACTUAL? Pregunte en el orden indicado.		5 Casado (a) o conviniente <input type="radio"/> 01 Separado (a) o Divorciado (a) <input type="radio"/> 03 Viudo (a) <input type="radio"/> 02 Soltero (a) <input type="radio"/> 04		Casado (a) o conviniente <input type="radio"/> 01 Separado (a) o Divorciado (a) <input type="radio"/> 03 Viudo (a) <input type="radio"/> 02 Soltero (a) <input type="radio"/> 04		Casado (a) o conviniente <input type="radio"/> 01 Separado (a) o Divorciado (a) <input type="radio"/> 03 Viudo (a) <input type="radio"/> 02 Soltero (a) <input type="radio"/> 04	
¿DONDE VIVE HABITUALMENTE? Si vive habitualmente en este lugar o localidad, marque AQUI. Si lo hace en otro lugar del país, anote el departamento, provincia y localidad. Si habitualmente vive fuera de Bolivia encontrará aquí ocasionalmente o en tránsito, anote el país y pase a otra persona.		6 AQUI <input type="radio"/> _____ EN OTRO LUGAR DEL PAIS { Departamento: _____ Provincia: _____ Localidad: _____ } EN EL EXTERIOR País: _____		AQUI <input type="radio"/> _____ EN OTRO LUGAR DEL PAIS { Departamento: _____ Provincia: _____ Localidad: _____ } EN EL EXTERIOR País: _____		AQUI <input type="radio"/> _____ EN OTRO LUGAR DEL PAIS { Departamento: _____ Provincia: _____ Localidad: _____ } EN EL EXTERIOR País: _____	
¿DONDE NACIO? Si nació en este mismo lugar o localidad, marque AQUI. Si nació en otro lugar del país anote el departamento, provincia y localidad. Si nació en el extranjero anote el año de llegada para vivir en Bolivia y el país de nacimiento.		7 AQUI <input type="radio"/> _____ EN OTRO LUGAR DEL PAIS { Departamento: _____ Provincia: _____ Localidad: _____ } EN EL EXTERIOR País: _____ Año de llegada: _____		AQUI <input type="radio"/> _____ EN OTRO LUGAR DEL PAIS { Departamento: _____ Provincia: _____ Localidad: _____ } EN EL EXTERIOR País: _____ Año de llegada: _____		AQUI <input type="radio"/> _____ EN OTRO LUGAR DEL PAIS { Departamento: _____ Provincia: _____ Localidad: _____ } EN EL EXTERIOR País: _____ Año de llegada: _____	
¿SOLO PARA PERSONAS QUE TIENEN 5 AÑOS Y MAS DE EDAD? (DONDE VIVIA HABITUALMENTE NACI 5 AÑOS? (1987) Si vivía habitualmente en este lugar o localidad, marque AQUI. Si lo hacía en otro lugar del país, anote el departamento, provincia y localidad. Si habitualmente vivía fuera de Bolivia, anote el país.		8 AQUI <input type="radio"/> _____ EN OTRO LUGAR DEL PAIS { Departamento: _____ Provincia: _____ Localidad: _____ } EN EL EXTERIOR País: _____		AQUI <input type="radio"/> _____ EN OTRO LUGAR DEL PAIS { Departamento: _____ Provincia: _____ Localidad: _____ } EN EL EXTERIOR País: _____		AQUI <input type="radio"/> _____ EN OTRO LUGAR DEL PAIS { Departamento: _____ Provincia: _____ Localidad: _____ } EN EL EXTERIOR País: _____	
B. SOLO PARA LAS PERSONAS DE 6 AÑOS Y MAS DE EDAD - CARACTERISTICAS EDUCACIONALES							
¿QUE IDIOMAS Y/O DIALECTOS SABE HABLAR? Marque tantas casillas como respuestas afirmativas reciba.		9 Castellano <input type="radio"/> 01 Quechua <input type="radio"/> 02 Aymará <input type="radio"/> 03 Guaraní nativo <input type="radio"/> 04 Eñanra <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 06		Castellano <input type="radio"/> 01 Quechua <input type="radio"/> 02 Aymará <input type="radio"/> 03 Guaraní nativo <input type="radio"/> 04 Eñanra <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 06		Castellano <input type="radio"/> 01 Quechua <input type="radio"/> 02 Aymará <input type="radio"/> 03 Guaraní nativo <input type="radio"/> 04 Eñanra <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 06	
¿SABE LEER Y ESCRIBIR? Si sólo sabe firmar, marque NO		10 SI <input type="radio"/> 07 NO <input type="radio"/> 8		SI <input type="radio"/> 07 NO <input type="radio"/> 8		SI <input type="radio"/> 07 NO <input type="radio"/> 8	
¿ASISTE O ASISTIO A ALGUN CENTRO DE ENSEÑANZA REGULAR?		11 Asiste <input type="radio"/> 01 No asiste pero asistió <input type="radio"/> 02 Nunca asistió <input type="radio"/> 03		Asiste <input type="radio"/> 01 No asiste pero asistió <input type="radio"/> 02 Nunca asistió <input type="radio"/> 03		Asiste <input type="radio"/> 01 No asiste pero asistió <input type="radio"/> 02 Nunca asistió <input type="radio"/> 03	
¿CUAL ES EL CICLO O NIVEL MAS ALTO AL QUE ASISTE O ASISTIO EN LA ENSEÑANZA REGULAR?		12 SISTEMA ANTERIOR { Primaria <input type="radio"/> 00 Secundaria <input type="radio"/> 01 } Enseñanza { Básica <input type="radio"/> 02 Intermedia <input type="radio"/> 03 Medio <input type="radio"/> 04 } Especificar _____		SISTEMA ANTERIOR { Primaria <input type="radio"/> 00 Secundaria <input type="radio"/> 01 } Enseñanza { Básica <input type="radio"/> 02 Intermedia <input type="radio"/> 03 Medio <input type="radio"/> 04 } Especificar _____		SISTEMA ANTERIOR { Primaria <input type="radio"/> 00 Secundaria <input type="radio"/> 01 } Enseñanza { Básica <input type="radio"/> 02 Intermedia <input type="radio"/> 03 Medio <input type="radio"/> 04 } Especificar _____	
¿FINALIZO ESE CICLO O NIVEL?		13 SI <input type="radio"/> 01 NO <input type="radio"/> 2		SI <input type="radio"/> 01 NO <input type="radio"/> 2		SI <input type="radio"/> 01 NO <input type="radio"/> 2	
¿CUAL ES EL ULTIMO AÑO O CURSO APROBADO EN ESE CICLO O NIVEL? Si no aprobó el primer año anote 0		14 Ultimo año o curso aprobado: _____		Ultimo año o curso aprobado: _____		Ultimo año o curso aprobado: _____	
C. SOLO PARA LAS PERSONAS DE 7 AÑOS Y MAS DE EDAD - CARACTERISTICAS ECONOMICAS							
DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE ACTIVIDAD: ¿CUAL DESARROLLO LA SEMANA PASADA? Pregunte en el orden indicado y cuando reciba una respuesta afirmativa marque la casilla correspondiente. Si marca una de las alternativas de la parte a) pase a la pregunta siguiente 16. Si marca una de las alternativas de la parte b) pase a la pregunta 19.		15 a) ¿Trabajó la semana pasada? <input type="radio"/> 0 (No trabajó pero tiene trabajo? <input type="radio"/> 1 (Realizó labores de casa y no trabajó? <input type="radio"/> 2 (Buscó trabajo habiendo trabajado antes? (Cesante) <input type="radio"/> 3 b) ¿Buscó trabajo por primera vez? <input type="radio"/> 4 (Es jubilado, pensionista o rentista y no trabajó? <input type="radio"/> 5 (Es estudiante y no trabajó? <input type="radio"/> 6 (Realizó labores de casa y no trabajó? <input type="radio"/> 7 (Otro? <input type="radio"/> 8 Especificar _____		¿Trabajó la semana pasada? <input type="radio"/> 0 (No trabajó pero tiene trabajo? <input type="radio"/> 1 (Realizó labores de casa y no trabajó? <input type="radio"/> 2 (Buscó trabajo habiendo trabajado antes? (Cesante) <input type="radio"/> 3 ¿Buscó trabajo por primera vez? <input type="radio"/> 4 (Es jubilado, pensionista o rentista y no trabajó? <input type="radio"/> 5 (Es estudiante y no trabajó? <input type="radio"/> 6 (Realizó labores de casa y no trabajó? <input type="radio"/> 7 (Otro? <input type="radio"/> 8 Especificar _____		¿Trabajó la semana pasada? <input type="radio"/> 0 (No trabajó pero tiene trabajo? <input type="radio"/> 1 (Realizó labores de casa y no trabajó? <input type="radio"/> 2 (Buscó trabajo habiendo trabajado antes? (Cesante) <input type="radio"/> 3 ¿Buscó trabajo por primera vez? <input type="radio"/> 4 (Es jubilado, pensionista o rentista y no trabajó? <input type="radio"/> 5 (Es estudiante y no trabajó? <input type="radio"/> 6 (Realizó labores de casa y no trabajó? <input type="radio"/> 7 (Otro? <input type="radio"/> 8 Especificar _____	
DURANTE LA SEMANA PASADA (o en su último mes en caso de ser cesante): ¿CUAL FUE SU OCUPACION PRINCIPAL? No anote empleado u obrero sin especificar. Anote por ejemplo: Perforista de minas, mecánico de automóviles, vendedor/ta de abarrotes, productor de papas, empleado doméstico, etc.		16 _____ Especificar ocupación		_____ Especificar ocupación		_____ Especificar ocupación	
¿QUE PRODUCE O A QUE ACTIVIDAD SE DEDICA EL ESTABLECIMIENTO DONDE TRABAJA (o trabajó si es cesante)? Por Ej: Mina de estaño, Fabricación de zapatos, Ministerio de Salud, Granja avícola, Venta al por menor, etc.		17 _____ Especificar actividad del establecimiento		_____ Especificar actividad del establecimiento		_____ Especificar actividad del establecimiento	
EN ESA OCUPACION USTED TRABAJA (o trabajaba si es cesante) COMO:		18 Obrero (Peón, jornalero, cooperata) <input type="radio"/> 01 Empleado <input type="radio"/> 02 Trabajador por cuenta propia <input type="radio"/> 03 Patrón, socio o empleador <input type="radio"/> 04 Cooperativista de producción <input type="radio"/> 05 Profesional independiente <input type="radio"/> 06 Trabajador familiar o aprendiz sin remuneración <input type="radio"/> 07		Obrero (Peón, jornalero, cooperata) <input type="radio"/> 01 Empleado <input type="radio"/> 02 Trabajador por cuenta propia <input type="radio"/> 03 Patrón, socio o empleador <input type="radio"/> 04 Cooperativista de producción <input type="radio"/> 05 Profesional independiente <input type="radio"/> 06 Trabajador familiar o aprendiz sin remuneración <input type="radio"/> 07		Obrero (Peón, jornalero, cooperata) <input type="radio"/> 01 Empleado <input type="radio"/> 02 Trabajador por cuenta propia <input type="radio"/> 03 Patrón, socio o empleador <input type="radio"/> 04 Cooperativista de producción <input type="radio"/> 05 Profesional independiente <input type="radio"/> 06 Trabajador familiar o aprendiz sin remuneración <input type="radio"/> 07	
EN LA SEMANA PASADA ¿TRABAJO EN ALGUNA OTRA ACTIVIDAD ADICIONAL?		19 SI <input type="radio"/> 01 NO <input type="radio"/> 2		SI <input type="radio"/> 01 NO <input type="radio"/> 2		SI <input type="radio"/> 01 NO <input type="radio"/> 2	
D. SOLO PARA LAS MUJERES DE 12 AÑOS Y MAS DE EDAD - CARACTERISTICAS DE FECUNDIDAD							
EN TOTAL CUANTAS HIJAS E HIJOS NACIDOS VIVOS HA TENIDO? Si no ha tenido anote 00		20 Total de hijas e hijos nacidos vivos _____		Total de hijas e hijos nacidos vivos _____		Total de hijas e hijos nacidos vivos _____	
DE ELLOS, ¿CUANTOS VIVEN ACTUALMENTE?		21 Total de hijas e hijos que viven actualmente _____		Total de hijas e hijos que viven actualmente _____		Total de hijas e hijos que viven actualmente _____	
DE LOS HIJOS ACTUALMENTE VIVOS, ¿CUANTOS VIVEN EN OTRO PAIS?		22 Número de los hijos que viven en otro país _____ Hombres Mujeres		Número de los hijos que viven en otro país _____ Hombres Mujeres		Número de los hijos que viven en otro país _____ Hombres Mujeres	
¿EN QUE MES Y AÑO NACIO SU ULTIMO HIJO (A) NACIDO (A) VIVO (A)?		23 Mes y año de nacimiento de su último hijo(a) nacido(a) vivo(a): _____ Mes Año		Mes y año de nacimiento de su último hijo(a) nacido(a) vivo(a): _____ Mes Año		Mes y año de nacimiento de su último hijo(a) nacido(a) vivo(a): _____ Mes Año	

