Ministerio de Salud y Deportes

INE
Instituto Nacional de Estadística

Bolivia

Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008

INFORME PRELIMINAR

En Bolivia se han ejecutado cinco encuestas nacionales de demografía y salud en el marco del Programa DHS, la primera en 1989 y la presente en 2008 (**ENDSA 2008**). El programa de Encuestas de Demografía y Salud se inició en 1984 como Programa DHS y desde fines de 1998 se conoce como Programa MEASURE DHS. El programa proporciona asistencia a instituciones gubernamentales y privadas en la implementación de encuestas nacionales en países en vías de desarrollo. Con financiamiento proveniente de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Programa MEASURE DHS es implementado por Macro International Inc., con sede en Maryland, USA.

Los objetivos de este programa son: a) proporcionar bases de datos y análisis a los organismos ejecutivos en el campo de la población para facilitar la consideración de alternativas y la toma de decisiones bien informadas; b) expandir la base internacional de datos en los campos de población y salud materno-infantil; c) aportar avances en la metodología de encuestas por muestreo; d) consolidar la capacidad técnica y los recursos para la realización de encuestas demográficas complejas en los países participantes.

La **ENDSA 2008** estuvo a cargo del Ministerio de Salud y Deportes, vía el Programa Reforma de Salud, en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística. Fue ejecutada con fondos del Tesoro General de la Nación (TGN); del Banco Mundial (BM); la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); del Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base (PROHISABA); del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI); de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); y de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI).

Para información adicional sobre la **ENDSA 2008** dirigirse a:

Ministerio de Salud y Deportes, Proyecto Reforma de Salud
Avda. 6 de agosto No 2296 esq. Rosendo Gutiérrez, Sopocachi
La Paz, Bolivia
Teléfono: (591-2) 2442666, Fax: (591-2) 2443232
Página web: www.sns.gov.bo

Macro International/MEASURE DHS
11785 Beltsville Drive, Suite 300
Calverton, MD 20705
Teléfono: (301) 572-0200. Fax: (301) 572-0993
Página web: www.measuredhs.com

Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008

ENDSA 2008

INFORME PRELIMINAR

Ministerio de Salud y Deportes (MSD)
Programa Reforma de Salud (PRS)
Instituto Nacional de Estadística (INE)

Tesoro General de la Nación (TGN)
Banco Mundial (BM)
Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base (PROHISABA)
Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI)
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI)

Programa MEASURE DHS
Macro International
(Asistencia Técnica)

Agosto 2008

EQUIPO TÉCNICO DE NIVEL CENTRAL

Ramiro Coa Clemente	Director Nacional
Valentín Huallpa Villca	Responsable Administrativo
Elizabeth Vargas Soria	Responsable Procesamiento de Información
Jorge Troche Luna	Muestrista
Lucio Rioja Ledezma	Trabajo de Campo I
Juan C. Sauza Salazar	Trabajo de Campo II
Rosendo Aquino Apaza	Trabajo de Campo III
Susana E. Rodríguez Rojas	Asistente Administrativa
Ofelia Choque Oblitas	Asistente Secretaria
Juan C. Rodríguez Huajlliri	Mensajero

CONTENIDO

Página

CONTENIDO iii
CUADROS Y GRÁFICOS iv
PRESENTACIÓN v
DATOS BÁSICOS vi

1 INTRODUCCIÓN 1
Cuestionarios 1
La Muestra de Hogares 2
Entrenamiento del Personal de Campo 2
Trabajo de Campo 3
Entrada de Datos, Crítica y Tabulaciones 3
Cobertura de la Muestra 4

2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA 5

3 FECUNDIDAD 7
Niveles de Fecundidad 7
Preferencias de Fecundidad 8

4 PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y NECESIDAD INSATISFECHA 9
Uso Actual de Métodos 9
Diferenciales en el Uso Actual según Lugar de Residencia 10
Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar 12

5 SALUD MATERNO-INFANTIL 15
Atención Prenatal y del Parto 15
Enfermedades Respiratorias Agudas 18
Tratamiento de la Diarrea 18
Situación de la Lactancia 20
Nutrición de los Niños 21
Vacunación 22
Uso de Sal Yodada 26
Anemia en Niños y en Mujeres 28

6 MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ 33

7 CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA 37
Conocimiento de VIH/SIDA 37
Transmisión de Madre a Hijo 39
Actitud de la Población hacia las Personas con SIDA 41
Uso de Condón según Tipo de Pareja 44

8 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR 47
Violencia Física de la Pareja contra la Mujer 47
Violencia Física de Otras Personas contra la Mujer 48

CUADROS

Página

Cuadro 1.1 Resultados de la muestra para la encuesta de hogares, mujeres y hombres, según lugar de residencia 4

Cuadro 2.1 Características de la población entrevistada 6

Cuadro 3.1 Fecundidad en los tres últimos años 7
Cuadro 3.2 Preferencias de fecundidad según número de hijos sobrevivientes 8

Cuadro 4.1 Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas, según edad, número de hijos vivos y educación 10
Cuadro 4.2 Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas, según lugar de residencia 11
Cuadro 4.3 Necesidad de servicios de planificación familiar para las mujeres en unión, según características seleccionadas 14

Cuadro 5.1 Indicadores de atención materna según características seleccionadas 17
Cuadro 5.2 Tratamiento de infecciones respiratorias agudas (IRA) y diarrea, según características seleccionadas 19
Cuadro 5.3 Situación de lactancia para niños menores de tres años 21
Cuadro 5.4 Indicadores de desnutrición para niños menores de cinco años, según características seleccionadas 23
Cuadro 5.5 Vacunación en cualquier momento de los niños de un año, según características seleccionadas 25
Cuadro 5.6 Tipo de sal utilizada en los hogares y uso de sal yodada, según características seleccionadas 27
Cuadro 5.7 Prevalencia de anemia en niños según características seleccionadas 29
Cuadro 5.8 Prevalencia de anemia en mujeres según características seleccionadas 30

Cuadro 6.1 Mortalidad infantil y en la niñez según varios quinquenios 34
Cuadro 6.2 Mortalidad infantil y en la niñez según características seleccionadas 35

Cuadro 7.1.1 Conocimiento del VIH/SIDA según características seleccionadas 38
Cuadro 7.1.2 Conocimiento de formas de evitar el SIDA, según características seleccionadas 39

Cuadro 7.2 Conocimiento de la transmisión del VIH/SIDA de madre a hijo, según características seleccionadas 41
Cuadro 7.3.1 Mujeres: aspectos sociales sobre el VIH/SIDA según características seleccionadas 42
Cuadro 7.3.2 Hombres: aspectos sociales sobre el VIH/SIDA según características seleccionadas 43
Cuadro 7.4 Uso de condón entre los hombres por tipo de pareja y según características seleccionadas 44

Cuadro 8.1 Violencia intrafamiliar: violencia física por parte del cónyuge o de otra persona según características seleccionadas 48

GRÁFICOS

Gráfico 4.1 Uso de Anticoncepción entre las Mujeres en Unión según Área de de Residencia y Departamento, 2003 y 2008 11
Gráfico 4.2 Componentes de la Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar 13

Gráfico 5.1 Atención Prenatal y del Parto por Médico según Área de Residencia y Departamento 16
Gráfico 5.2 Menores de 5 Años con Desnutrición, según Área de Residencia y Departamento 24
Gráfico 5.3 Coberturas de Vacunación por Tipo de Vacuna, 2003 y 2008 26
Gráfico 5.4 Prevalencia de Anemia en Niños 6-59 meses y Mujeres 15-49 años según Área de Residencia y Departamento 31

Gráfico 6.1 Evolución de la Mortalidad Infantil según Cuatro Encuestas 36

Gráfico 7.1 Conocimiento de Dos Formas de Evitar el VIH/SIDA según Área de Residencia y Departamento 40
Gráfico 7.2 Uso de Condón por Hombres en su Última Relación, según Tipo de Persona con Quien Tuvo la Relación 45

PRESENTACION

El Ministerio de Salud y Deportes (MSD) de Bolivia, vía el Proyecto Reforma de Salud, presenta los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2008), realizada en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística (INE) con fondos del Tesoro General de la Nación (TGN); del Banco Mundial (BM); de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); del Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base (PROHISABA); del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI); de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); y de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI). La asistencia técnica estuvo bajo la responsabilidad de Macro International dentro del Programa MEASURE DHS financiado por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La ENDSA 2008 tiene como objetivo principal proporcionar información actualizada a nivel nacional y por departamentos sobre los niveles de fecundidad, la salud en general y la salud reproductiva, nutrición de los niños, mortalidad y morbilidad en los primeros años de vida, morbilidad y mortalidad materna.

Igualmente, la encuesta tiene como propósito aportar nuevos datos sobre los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el VIH/SIDA y violencia contra la mujer.

Los datos aquí mostrados permiten comparar la información sociodemográfica, las tendencias y los cambios en materia de salud materna e infantil y en la fecundidad durante los últimos 20 años sobre las bases de datos de las ENDSAS anteriores y de otros estudios.

En el presente informe se hace una descripción breve de algunos de los tópicos más importantes incluidos principalmente en el cuestionario de las mujeres en edad reproductiva. A este informe seguirá otro que presentará los resultados finales en forma más detallada. Es importante señalar que las cifras de este informe deben ser consideradas como provisionales y sujetas a posibles modificaciones en los análisis subsecuentes.

Al entregar estos resultados preliminares, el Ministerio de Salud y Deportes hace pública su gratitud y expresa la satisfacción que siente por el apoyo recibido de las instituciones auspiciadoras, de la acogida brindada por los hogares en los cuales se recolectó la información y de todo el personal que participó directa e indirectamente para que la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008 concluyera con éxito.

Dr. Jorge Ramiro Tapia Sainz
Ministro de Salud y Deportes

INDICADORES BASICOS

	1998	2003	2008
Población de la Muestra			
Hogares	12,109	19,207	19,564
Mujeres de 15 a 49 años	11,187	17,654	16,939
Hombres de 15 a 64 años	3,780	6,230	6,054
Niños vivos de 12–23 meses	1,275	1,861	1,743
Fecundidad			
Tasa global de fecundidad para la población total[1]	4.2	3.8	3.5
Área urbana	3.3	3.1	2.8
Área rural	6.4	5.5	4.9
Deseo de Tener Hijos			
Porcentaje de mujeres en unión:			
Que no desea tener más hijos (excluyendo las mujeres esterilizadas)	64.8	64.7	63.2
Que desea esperar 2 o más años	13.2	16.9	16.3
Planificación Familiar entre las Mujeres Actualmente Unidas			
Porcentaje de mujeres que actualmente usa un método	48.3	58.4	60.6
Área urbana	57.6	64.0	65.7
Área rural	30.1	48.0	52.6
Métodos modernos	*25.2*	*34.9*	*34.6*
Esterilización femenina	6.5	6.5	6.5
Píldora	3.8	3.6	3.3
Dispositivo intrauterino (DIU)	11.1	10.2	8.4
Inyección	1.1	8.0	11.3
Condón	2.6	3.9	4.0
Otros métodos (MELA y Espuma/Jalea)	0.0	2.7	0.9
Métodos tradicionales	*23.1*	*23.4*	*26.1*
Ritmo	20.0	19.3	20.8
Retiro y otros	3.1	4.1	5.2
Mortalidad Infantil			
Tasa de mortalidad infantil[2]	67	54	50
Área urbana	50	44	36
Área rural	90	67	67
Atención Materna			
Porcentaje de nacimientos en los últimos cinco años cuyas madres:			
Recibieron atención prenatal por médico en el embarazo más reciente[3]	59.4	70.2	77.2
Recibieron por lo menos una vacuna antitetánica durante el embarazo más reciente[3]	47.5	54.2	68.5
Recibieron atención por médico durante el parto	52.9	55.9	65.8
Tuvieron el parto en establecimiento de salud	53.2	57.1	67.5
Vacunación			
Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad con carné de salud infantil	40.2	78.6	74.8
Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad que ha recibido:[4]			
BCG	87.4	93.4	98.4
Pentavalente/DPT (las tres dosis)	48.6	71.5	85.2
Polio (las tres dosis)	39.1	68.1	85.9
Sarampión	50.8	63.9	72.1
Todas las vacunas[5]	25.5	50.4	66.6
Prevalencia de Enfermedades en Menores de 5 Años			
Porcentaje de niños con diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta	19.2	22.4	26.0
Niños con diarrea tratados con sobres de rehidratación oral (SRO)	30.2	28.8	34.9
Niños con diarrea que recibieron Terapia de Rehidratación Oral (TRO)	66.7	66.4	66.0
Porcentaje de niños con IRA en las dos semanas anteriores a la encuesta	24.2	22.2	20.0
Porcentaje de niños con síntomas de IRA para quienes se buscó tratamiento[6]	42.5	51.5	50.9
Lactancia y Nutrición en la Niñez			
Porcentaje de niños menores de 2 meses con lactancia exclusiva	68.5	69.5	69.6
Porcentaje de niños de 0 a 5 meses con lactancia exclusiva	50.3	53.6	60.4
Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica[7]	26.8	26.5	21.8
Anemia en Niños y Mujeres			
Porcentaje de niños de 6-59 meses con anemia	55.6	51.0	61.3
Porcentaje de mujeres de 15-49 años con anemia	27.1	33.2	38.4
Conocimiento del VIH/SIDA y Formas de Prevención			
Porcentaje de mujeres que ha oído hablar del VIH/SIDA	78.8	76.2	79.4
Porcentaje de hombres que ha oído hablar del VIH/SIDA	84.7	84.1	88.1
Porcentaje de mujeres que conoce dos formas de evitar el SIDA[8]	nd	49.2	49.9
Porcentaje de hombres que conoce dos formas de evitar el SIDA[8]	nd	57.2	62.8
Porcentaje de mujeres que sabe que el VIH/SIDA puede ser trasmitido de madre al hijo	nd	86.4	92.8
Violencia Intrafamiliar			
Porcentaje de mujeres alguna vez unidas que ha experimentado violencia por parte de la pareja[9]	nd	nd	22.5
Porcentaje de mujeres alguna vez unidas que ha experimentado violencia por parte de otra persona[9]	nd	nd	5.1

nd = No disponible

[1] Para los tres años que precedieron la encuesta (estimación del número de hijos promedio por mujer al final del período reproductivo con las tasas actuales de fecundidad por edad)

[2] Defunciones durante el primer año de vida por cada mil nacidos vivos para los cinco años anteriores a la encuesta

[3] Para 1998 incluye todos los nacimientos, no únicamente el más reciente ocurrido durante los cinco años anteriores a la encuesta

[4] Información obtenida del carné de salud infantil y de la madre

[5] Incluye BCG, tres dosis de polio, tres dosis de DPT o de Pentavalente, y sarampión

[6] En 2003 incluye niños con IRA o con fiebre

[7] Porcentaje de niños menores de 5 años con talla inferior a la esperada para su edad

[8] Teniendo una sola pareja sexual fiel y usando condón cada vez que tienen relaciones sexuales

[9] En los últimos 12 meses

INTRODUCCIÓN 1

Este informe tiene como propósito presentar los primeros resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2008 (ENDSA 2008) realizada en Bolivia por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística (INE). La ENDSA 2008 se realizó con el objetivo principal de proporcionar información estadística actualizada a nivel nacional y por departamentos sobre indicadores de vivienda, fecundidad, salud en general y salud reproductiva en particular, nutrición de los niños, mortalidad materna y en los primeros años de vida, VIH/SIDA, violencia intrafamiliar e indicadores demográficos de la población de Bolivia. Otro de los objetivos de la ENDSA 2008 es proporcionar información comparativa con encuestas anteriores realizadas por el INE dentro del marco del programa DHS en 1989, 1994, 1998 y 2003.

El presente informe contiene una descripción breve de algunos de los aspectos más importantes incluidos en la ENDSA 2008, principalmente aquellos relacionados con los resultados de las entrevistas realizadas a las mujeres en edad reproductiva. Se advierte que las cifras de este informe deben ser consideradas como provisionales y sujetas a posibles modificaciones para el informe final.

CUESTIONARIOS

Para la recolección de información en la ENDSA 2008 se utilizaron tres cuestionarios: un cuestionario de hogar aplicado en 19,564 hogares; un cuestionario individual de mujeres aplicado a 16,939 mujeres de 15 a 49 años de edad en esos hogares; y un cuestionario de hombres aplicado en uno de cada tres hogares, con el que se entrevistó a 6,054 hombres de 15 a 64 años.

El contenido del *cuestionario del hogar* comprende los siguientes temas:

- Residentes habituales y visitantes del hogar
- Relación de parentesco, sexo y edad de cada miembro del hogar
- Supervivencia de los padres de los miembros menores de 18 años
- Asistencia a establecimientos preescolares o de aprendizaje temprano (niños de 3 a 5 años)
- Educación de la población de 6 y más años
- Problemas de salud de la población de 5 a 19 años
- Seguro de salud para la población de 60 años y más
- Características de la vivienda y del hogar
- Características demográficas de la población de 5 años y más
- Peso y talla de los niños y mujeres
- Prueba de anemia a los niños y mujeres.

El *cuestionario individual de mujeres* comprende los siguientes temas:

- Antecedentes de la mujer entrevistada
- Reproducción e historia de nacimientos
- Anticoncepción
- Embarazo y lactancia para los hijos menores de 5 años
- Vacunación y salud para los hijos menores de 5 años
- Seguro de salud - SUMI
- Nupcialidad y actividad sexual
- Preferencias de fecundidad
- Antecedentes del marido y trabajo de la mujer
- SIDA e Infección de Transmisión Sexual
- Violencia intrafamiliar
- Mortalidad materna
- Calendario de Eventos (nacimientos, terminaciones, uso de métodos).

El *cuestionario individual de hombres* contiene los siguientes temas:

- Antecedentes de los entrevistados
- Reproducción
- Anticoncepción
- Nupcialidad y actividad sexual
- Preferencias de fecundidad
- Participación en el cuidado de la salud de los hijos
- SIDA e Infección de Transmisión Sexual
- Violencia contra el hombre.

LA MUESTRA DE HOGARES

Diseño de la Muestra

El marco muestral utilizado para el diseño y selección de la ENDSA 2008 fue proporcionado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y preparado con información del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2001. El diseño proporciona una muestra probabilística a nivel nacional, que es estratificada y bietápica. Dentro de cada departamento, las áreas censales fueron estratificadas en áreas de residencia urbana y rural y dentro de éstas por municipios. En una primera fase se seleccionaron áreas censales y, al interior de éstas, en una segunda fase las viviendas.

Se decidió seleccionar 20,000 hogares y por primera vez en las ENDSAS tener muestras separadas para Beni y Pando (1,100 y 820 hogares, respectivamente). Para facilitar el estudio de áreas periféricas y dado el tamaño poblacional de Cochabamba, Santa Cruz y La Paz, en estos departamentos se fijó un tamaño muestral mayor (2,800, 3,400 y 4,000 viviendas, respectivamente). Para los departamentos restantes (Chuquisaca, Oruro, Tarija y Potosí) se fijó la muestra en alrededor de 1,900 hogares.

Objetivos del Diseño de la Muestra

La muestra ENDSA 2008 fue diseñada para proveer análisis a diferentes niveles de desagregación geográfica, tales como el área de residencia de la población (urbano o rural); de la división departamental del país; y las áreas urbanas periféricas de las cuatro principales ciudades del país. El universo poblacional para el cuestionario individual de mujeres de la ENDSA 2008 se definió como la población femenina de 15 a 49 años y la masculina de 15-64 años de todo el país. La población entrevistada con el cuestionario individual fue identificada en 19,564 hogares ocupados (entre 20,003 seleccionados), donde también se aplicó el cuestionario del hogar.

ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL DE CAMPO

El taller de entrenamiento del personal de campo tuvo una duración de cuatro semanas, entre el 7 de enero y el 2 de febrero de 2008, para garantizar el dominio total de los cuestionarios y proporcionar las capacitaciones complementarias requeridas para el óptimo desempeño del personal de campo. A la convocatoria de personal se presentaron 339 candidatas y 206 candidatos para los puestos de supervisores y encuestadores, de los cuales se preseleccionaron un total de 360 candidatas(os) para participar en los entrenamientos realizados en la ciudad de La Paz. Debido al gran número de participantes fue necesario organizar el taller en cinco sesiones (aulas) simultáneas. El taller fue conducido por el equipo técnico de la ENDSA con el apoyo del INE y de Macro International. También se contó con la participación de profesionales de las diferentes Unidades del Ministerio de Salud y Deportes.

Para el entrenamiento se adaptaron los cuestionarios y manuales preparados por el Programa DHS. También se diseñó un juego de formularios de control para la entrega y recepción de asignaciones de trabajo y para el monitoreo diario del rendimiento del personal de campo a nivel de encuestadoras(es) y de equipos.

En el entrenamiento se incluyeron disertaciones sobre salud infantil y adolescente, interculturalidad en salud, anticoncepción, embarazo, parto y puerperio, nutrición, seguro universal materno infantil, VIH/SIDA e infecciones transmitidas sexualmente, salud y mortalidad materna y violencia intrafamiliar, a cargo de profesionales especializados en estas temáticas del Ministerio de Salud y Deportes. También se incluyó la capacitación de anemia y peso y talla de mujeres elegibles y los niños menores de cinco años a las personas que desempeñarían estas funciones en los diferentes equipos. La estandarización de los técnicos en las mediciones en peso y talla se llevó a cabo en centros de atención a la niñez.

Finalizada la parte teórica, se hicieron ejercicios prácticos en aula, para lo cual se invitaron a mujeres en edad fértil, con hijos nacidos a partir de enero de 2003. En cada aula, se nombró una entrevistadora con buen desempeño para que hiciera la entrevista y todos los participantes hicieran el registro en sus respectivos cuestionarios. Una vez finalizadas las entrevistas, se procedió a hacer discusión sobre los problemas observados, tales como: mala formulación de preguntas, errores de interpretación de algunas respuestas, falta de sondeo, registro de respuestas y manejo del Calendario.

Al finalizar la capacitación se llevo a cabo una prueba piloto para realizar una evaluación práctica del personal. La evaluación en el área rural fue llevada a cabo en distintas comunidades del departamento de La Paz (Laja, Guaqui, Patamanta, Palcoco, Villa Remedios, Huajchilla, Valencia y Mecapaca) el día 25 de enero de 2008; y en el área urbana en barrios de las zonas de Achachicala, Matadero y Kamirpata de la ciudad de La Paz el día 26 de enero. Al finalizar el taller se conformaron 40 equipos. Cada brigada estaba constituida por un Supervisor(a), un Editor(a), tres Entrevistadoras (para aplicar el cuestionario de mujer), un Entrevistador (para aplicar cuestionario de hombres y hacer prueba de anemia) y un Entrevistador(a) para peso/talla.

Antes del inicio del trabajo de campo se realizó una jornada de entrenamiento adicional con las editoras y supervisoras para reforzar sus habilidades de crítica e instruirles en el manejo de los formularios de control.

TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo se inició el 13 de febrero en siete departamentos, el 25 en Pando y el 28 de febrero en Beni y se extendió hasta el día 15 de junio. Una etapa de revisitas a hogares para incremento de coberturas y algunos casos de revisión de respuestas sobre indicadores clave como mortalidad infantil, mortalidad materna y vacunas se realizó entre el 15 y el 25 de junio de 2008. Cada uno de los 40 equipos conformados para la ejecución del trabajo de campo contó con un vehículo de uso exclusivo y un chofer. También se designaron como responsables en cada departamento a los coordinadores departamentales del Programa Reforma de Salud.

Durante todo el trabajo de campo se acompañó a los equipos y se realizaron reuniones de retroalimentación en los departamentos para compartir las observaciones resultantes de las constantes supervisiones realizadas por el equipo técnico (conformado por los técnicos de la ENDSA y los consultores de Macro International). Los equipos también fueron monitoreados por personal del Ministerio de Salud y Deportes.

ENTRADA DE DATOS, CRÍTICA Y TABULACIONES

La primera etapa del procesamiento de la información se implementó en el terreno, donde las(os) supervisoras(es) y editoras(es) verificaban la consistencia de los cuestionarios. Una vez recibidos los cuestionarios en la oficina central fueron codificados, digitados y verificados para proceder con la crítica mediante microcomputadoras, con el programa interactivo **CSPro**, versión para Windows del original programa **ISSA** (Sistema Integrado para Análisis de Encuestas). **CSPro** es un programa avanzado para micro-computadoras diseñado por Macro Internacional, la Oficina de

Censos de Estados Unidos y la compañía SERPRO de Chile, específicamente para encuestas complejas como la **ENDSA 2008**, que permite agilizar el ingreso de información, crítica, corrección y elaboración de tabulaciones, lo que hace posible la presentación de resultados al poco tiempo de término del trabajo de campo. El programa también se utiliza para preparar periódicamente tabulaciones especiales, con el objeto de realizar evaluaciones de la calidad de la información a partir de los primeros días de trabajo de campo, con retroalimentación a las(os) supervisoras(es) y editoras(es). Las tabulaciones permiten igualmente hacer seguimiento al rendimiento de las(os) entrevistadoras(es) y mejorar las tasas de respuesta si fuese necesario.

El ingreso de datos se realizó mediante una red bajo el sistema operativo Windows XP para el almacenamiento interactivo de datos y se efectuó doble digitación en el 100 por ciento de los cuestionarios. La digitación y verificación computarizada fue realizada por 31 digitadores agrupados en dos turnos de ocho horas bajo la supervisión de 1 persona por turno, con el apoyo de 26 codificadores también agrupados en dos turnos y un supervisor por turno. El trabajo de digitación se inició el 10 de marzo y concluyó el 15 de julio de 2008. La etapa de generación de la base de datos se completó el 31 de julio.

COBERTURA DE LA MUESTRA

En el Cuadro 1.1 se presentan los resultados del trabajo de campo en términos del número de entrevistas y las tasas de cobertura. Como se puede apreciar, durante el trabajo de campo se visitaron un total de 20,003 viviendas en los conglomerados seleccionados para la **ENDSA 2008**. En estas viviendas se encontraron 19,795 hogares ocupados y se logró realizar la entrevista en 19,564, de donde resulta una tasa de respuesta del 99 por ciento al excluir del cálculo los hogares ausentes y las viviendas desocupadas o no encontradas. De un total de 17,655 mujeres elegibles se pudo entrevistar a 16,939, obteniéndose una tasa de respuesta del 96 por ciento. En la submuestra de hogares para las entrevistas a hombres se encontraron 6,684 hombres elegibles de los cuales se logró entrevistar a 6,054 para una tasa de respuesta del 91 por ciento. Estas tasas, ligeramente superiores a las obtenidas en la ENDSA 2003, son satisfactorias para este tipo de encuestas, sobre todo tomando en cuenta las difíciles condiciones que presentan algunas áreas y poblaciones de Bolivia para el trabajo de campo.

Cuadro 1.1 Resultados de la muestra para la encuesta de hogares, mujeres y hombres, según lugar de residencia

Resultados de las entrevistas de hogares e individuales en las encuestas de mujeres y hombres, según lugar de residencia, Bolivia 2008

	Hogares				Mujeres			Hombres		
Lugar de residencia	Encontrados	Ocupados	Entrevistados	Tasa de respuesta	Elegibles	Entrevistadas	Tasa de respuesta	Elegibles	Entrevistados	Tasa de respuesta
Área de residencia										
Urbana	11,865	11,698	11,485	98.2	11,391	10,905	95.7	4,134	3,692	89.3
Rural	8,138	8,097	8,079	99.8	6,264	6,034	96.3	2,550	2,362	92.6
Departamento										
Chuquisaca	1,901	1,892	1,876	99.2	1,588	1,536	96.7	595	565	95.0
La Paz	3,997	3,943	3,893	98.7	3,491	3,325	95.2	1,316	1,179	89.6
Cochabamba	2,798	2,753	2,700	98.1	2,428	2,276	93.7	920	793	86.2
Oruro	1,960	1,947	1,934	99.3	1,622	1,565	96.5	625	578	92.5
Potosí	2,120	2,115	2,109	99.7	1,817	1,779	97.9	690	643	93.2
Tarija	1,901	1,892	1,875	99.1	1,779	1,717	96.5	660	604	91.5
Santa Cruz	3,400	3,344	3,274	97.9	3,083	2,933	95.1	1,224	1,082	88.4
Beni	1,105	1,095	1,091	99.6	1,079	1,059	98.1	389	350	90.0
Pando	821	814	812	99.8	768	749	97.5	265	260	98.1
Total 2008	**20,003**	**19,795**	**19,564**	**98.8**	**17,655**	**16,939**	**95.9**	**6,684**	**6,054**	**90.6**
Total 2003	19,942	19,411	19,207	98.9	18,487	17,654	95.5	6,949	6,230	89.7

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA 2

En todas las viviendas de la muestra seleccionada para la ENDSA 2008 se aplicó el cuestionario del hogar en el cual se registraron las características más importantes de cada uno de los miembros del hogar: relación de parentesco con el jefe del hogar, si la residencia del miembro es de hecho o de derecho (de facto o de jure), sexo, edad, educación, asistencia a centros regulares de enseñanza, supervivencia y residencia de los padres, problemas de salud de la población de 5 a 19 años, seguro de salud para la población adulta mayor, características de la vivienda y el hogar y peso y talla de niños y mujeres. La prueba de anemia a niños y mujeres se realizó en una submuestra de hogares. Los datos que aquí se presentan se refieren fundamentalmente a la población de hecho.

En el Cuadro 2.1 se presenta la distribución de la población entrevistada (mujeres de 15-49 años y hombres de 15-64 años), según diversas características consideradas de vital importancia para interpretar los resultados que se presentan en este informe. Para cada característica se muestran el número de casos ponderados y sin ponderar como punto de referencia para el análisis en el resto del informe. Las cifras sin ponderar son el número de entrevistas efectivamente realizadas en cada grupo (departamento, por ejemplo) mientras que las ponderadas reflejan el ajuste que se requiere para compensar por el hecho de que el número de hogares por departamento en la muestra seleccionada no fue asignado en forma proporcional al tamaño de la población sino de tal manera que fuese posible tener estimaciones a nivel departamental.

En lo que se refiere a las mujeres y comparando con los datos de la ENDSA 2003, el Cuadro 2.1 muestra que se manifiesta un leve envejecimiento en el tramo reproductivo, aspecto que podría tener relación con el efecto acumulativo del lento descenso de la fecundidad en Bolivia. Las mujeres de 15 a 24 años representan el 37 por ciento del total en edad fértil, levemente inferior al registrado en 2003, 40 por ciento; mientras las de 35 y más años representan el 33 por ciento, ligeramente superior al observado en 2003, 31 por ciento. Tal diferencia, sin embargo, podría también atribuirse a la emigración internacional femenina ocurrida durante el periodo 2004-2007, la misma que estuvo concentrada en mujeres más que en hombres y en edades jóvenes más que adultas. En otras palabras, hubo un leve cambio en la estructura por edad de las mujeres en edad de procreación, cuya causa deberá ser investigada. En relación a la distribución por estado conyugal, no se presentan cambios significativos entre 2003 y 2008.

Dos terceras partes de las mujeres entrevistadas en la ENDSA 2008 (66 por ciento) residen en áreas urbanas, frente a 69 por ciento en 2003 y a 72 por ciento en 1998. Por otro lado, más de la mitad (54 por ciento) tienen algún grado de estudios secundarios o superiores (en comparación con el 47 por ciento en 2003). Un poco más de la mitad de las mujeres entrevistadas residen en La Paz y Santa Cruz y casi una quinta parte en Cochabamba (18 por ciento). Individualmente, ninguno de los otros departamentos alberga más del 10 por ciento de las mujeres entrevistadas. En el caso concreto de Pando, si bien se entrevistaron 749 mujeres, éstas apenas representan 99 del total.

En el caso de los hombres, las cifras correspondientes permiten apreciar situaciones similares a las observadas para las mujeres: muy pequeñas diferencias en el estado conyugal al comparar 2008 y 2003, e igualmente menor proporción en 2008 que residen en áreas urbanas y mayor fracción en los de niveles de estudios secundarios o superiores con relación a 2003.

Los temas referentes a residencia urbana-rural y nivel educativo merecen mayor análisis, pues es posible, como ya se advirtió, que los fenómenos emigratorios ocurridos en el país entre el 2003 y 2007 hayan influido en la configuración de la estructura de la población.

Por último, al comparar las distribuciones para hombres y mujeres de la encuesta procede indicar —con las reservas de lugar, en especial en cuanto a educación, por los diferentes límites de edad considerados en los dos géneros— que entre los hombres la proporción de nunca casados es ligeramente mayor que entre las mujeres, pero la proporción de divorciados/separados es ligeramente menor. Igualmente, los hombres presentan un mayor nivel educativo que las mujeres (62 por ciento con nivel de educación secundaria o más frente a 54 por ciento en las mujeres). Se observa además que las mujeres presentan un porcentaje ligeramente mayor de residentes en áreas urbanas que los hombres.

Cuadro 2.1 Características de la población entrevistada

Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años entrevistadas y hombres de 15-64 años entrevistados según características seleccionadas, Bolivia 2008

	Mujeres			Hombres		
Característica	Porcentaje ponderado de mujeres	Número ponde-rado	Número sin ponderar	Porcentaje ponderado de hombres	Número ponde-derado	Número sin ponderar
Edad						
15-19	20.8	3,518	3,505	18.3	1,110	1,078
20-24	16.2	2,737	2,830	13.1	795	780
25-29	16.2	2,742	2,732	12.7	771	772
30-34	13.9	2,350	2,343	11.2	676	687
35-39	12.7	2,158	2,126	10.9	661	639
40-44	10.6	1,795	1,803	9.5	573	582
45-49	9.7	1,638	1,600	8.4	510	499
50-54	na	na	na	6.5	397	412
55-59	na	na	na	5.7	344	363
60-64	na	na	na	3.6	217	242
Estado conyugal						
Nunca casada(o)	31.7	5,372	5,391	34.4	2,082	2,068
Casada(o)/unida(o)	60.0	10,162	10,188	61.4	3,718	3,725
Divorciada(o)/separada(o)	7.3	1,233	1,198	2.8	168	172
Viuda(o)	1.0	172	162	1.4	86	89
Educación						
Sin educación	4.6	776	749	1.3	77	97
Primaria	41.1	6,968	6,846	36.2	2,194	2,302
Secundaria	36.7	6,211	6,087	42.4	2,570	2,347
Superior	17.6	2,982	3,255	20.0	1,213	1,308
Sin información	0.0	2	2	0.0	0	0
Grupo étnico						
Quechua	30.4	5,148	4,995	29.9	1,812	1,799
Aymara	25.3	4,278	3,177	27.0	1,637	1,235
Guaraní	2.1	358	378	1.9	118	124
Otro	1.7	296	430	1.7	104	135
Ninguno	40.4	6,840	7,938	39.2	2,373	2,748
No sabe/sin información	0.1	18	19	0.2	10	13
Área de residencia						
Urbana	66.0	11,183	10,905	63.8	3,861	3,692
Rural	34.0	5,756	6,034	36.2	2,193	2,362
Región						
Altiplano	45.5	7,701	6,669	46.0	2,784	2,400
Valle	28.8	4,877	5,529	28.4	1,721	1,962
Llano	25.7	4,361	4,741	25.6	1,550	1,692
Departamento						
Chuquisaca	5.7	964	1,536	5.7	342	565
La Paz	30.3	5,129	3,325	30.8	1,863	1,179
Cochabamba	18.2	3,081	2,276	18.0	1,088	793
Oruro	5.5	937	1,565	5.7	345	578
Potosí	9.6	1,634	1,779	9.5	575	643
Tarija	4.9	831	1,717	4.8	291	604
Santa Cruz	21.9	3,717	2,933	22.2	1,346	1,082
Beni	3.2	545	1,059	2.9	173	350
Pando	0.6	99	749	0.5	31	260
Total 2008	100.0	16,939	16,939	100.0	6,054	6,054

Nota: La educación se refiere al nivel más alto alcanzado, sin importar si el nivel fue completado.
na = No aplicable

FECUNDIDAD 3

La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia de crecimiento de la población. Esta variable ha descendido en forma importante en el país en las últimas décadas, pero su nivel es todavía elevado en ciertos subgrupos poblacionales. La reducción de la fecundidad es considerada importante porque constituye una de las estrategias para la disminución de la mortalidad infantil y materna.

En la ENDSA 2008 se recolectó información detallada sobre el comportamiento reproductivo de la mujer. Para cada entrevistada se cuenta con datos sobre la historia de nacimientos: el número de hijos nacidos vivos, la fecha de nacimiento y el sexo de cada uno de ellos, su condición de supervivencia al momento de la entrevista y la edad al morir de los fallecidos. Esta información permite obtener estimaciones de los niveles actuales y las tendencias de la fecundidad y la mortalidad.

En este capítulo del informe se describe la fecundidad actual por edad y área de residencia. Se incluye también información sobre las preferencias de fecundidad.

NIVELES DE LA FECUNDIDAD

La estimación que se presenta del nivel de fecundidad más reciente está referido a los **tres** años precedentes a la encuesta. Como el trabajo de campo de la encuesta se desarrolló entre el 13 de febrero y el 25 de junio, los resultados así obtenidos están centrados a mediados del año 2006.

En el Cuadro 3.1 se presentan, según área de residencia, las tasas de fecundidad por edad, expresadas en nacimientos por cada mil mujeres. Un indicador sintético de los niveles de fecundidad que facilita las comparaciones es la tasa global de fecundidad (TGF). La TGF combina las tasas de fecundidad en todos los grupos quinquenales de edad de las mujeres en edad fértil (MEF) durante un período determinado y puede ser interpretada como el promedio de hijos nacidos vivos que tendrían las mujeres durante toda su vida reproductiva, si las tasas de fecundidad por edad obtenidas del estudio se mantuviesen invariables en el tiempo y las mujeres sobrevivieran todo su período reproductivo. La TGF se calcula como la suma de las tasas específicas de fecundidad para los grupos quinquenales, multiplicada por cinco.

Otro indicador calculado en el Cuadro 3.1 es la tasa de fecundidad general (TFG), que muestra el número de nacimientos que anualmente ocurren, en promedio, por cada mil mujeres de 15 a 44 años; y la tasa bruta de natalidad (TBN), la cual indica el número de nacimientos que ocurren anualmente, en promedio, por cada mil personas en los hogares entrevistados.

Cuadro 3.1 Fecundidad en los tres últimos años

Tasas de fecundidad por edad, tasa global de fecundidad (TGF), tasa de fecundidad general (TFG), y tasa bruta de natalidad (TBN), según área de residencia, Bolivia 2008

	Residencia		
Edad/Tasa	Área urbana	Área rural	Total
Edad			
15-19	67	132	88
20-24	143	244	174
25-29	150	222	173
30-34	104	175	128
35-39	72	134	95
40-44	28	67	43
45-49	3	14	8
Tasa global de fecundidad (TGF)			
2008	**2.8**	**4.9**	**3.5**
2003	3.1	5.5	3.8
TFG 2008	**99**	**165**	**121**
TBN 2008	**23.5**	**28.4**	**25.5**

Nota: Las tasas para el grupo 45-49 pueden estar ligeramente sesgadas debido a truncamiento.
TGF: La tasa global de fecundidad (para las edades 15-49), está expresada por mujer.
TFG: Tasa de fecundidad general (número de nacimientos dividido por número de mujeres de 15-44), expresada por mil mujeres.
TBN: Tasa bruta de natalidad, expresada en nacimientos por 1,000 habitantes.

Los valores de la tasa global de fecundidad indican que los niveles de procreación en el país descendieron de 3.8 a 3.5 hijos por mujer entre los períodos considerados en las ENDSAS de 2003 y 2008. Sin embargo, mientras el valor de dicha tasa se redujo ligeramente en las áreas urbanas al pasar de 3.1 a 2.8 hijos entre ambas encuestas, en el área rural se produjo una reducción de más de medio hijo en los últimos cinco años, de 5.5 a 4.9 hijos.

PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

En la **ENDSA 2008** se preguntó a aquellas mujeres que deseaban más hijos, cuánto tiempo les gustaría esperar para tener otro (o para tener el primero para aquéllas sin hijos). Específicamente, a las nulíparas se les preguntó si deseaban tener hijos; al resto, si deseaban más hijos. A las mujeres que deseaban más hijos se les preguntaba sobre cuánto tiempo deseaban esperar para tener el próximo y si la mujer estaba embarazada se le preguntaba por el deseo de más hijos después del nacimiento del que esperaba.

Esta información permite clasificar a las mujeres en dos grupos: las que desean espaciar y las que desean limitar los nacimientos. Cuando esta información se combina con el uso de anticoncepción, permite realizar estimaciones sobre la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar y la demanda total de servicios para distintos subgrupos poblacionales, lo cual se hace en la sección de planificación familiar. La distribución de las mujeres en unión de acuerdo con las preferencias de fecundidad (el deseo o no de más hijos) se presenta en el Cuadro 3.2 según el número de hijos sobrevivientes. Los resultados en la **ENDSA 2008** son similares a los del 2003.

Según la **ENDSA 2008**, el 70 por ciento del total de mujeres casadas o unidas, o bien han limitado definitivamente la procreación, es decir, se han esterilizado ellas o sus maridos (7 por ciento), o no desean tener más hijos (63 por ciento). Este indicador es muy bajo entre las mujeres sin hijos o con un hijo vivo (5 y 28 por ciento, respectivamente), pero asciende rápidamente al 82 por ciento en las mujeres con tres hijos vivos (incluido el embarazo actual) y supera el 90 por ciento entre las de cuatro hijos o más.

En cuanto a las mujeres que desean tener más hijos (27 por ciento de las casadas o unidas), casi dos tercios de éstas (16 por ciento del total) prefiere esperar dos o más años para tener el próximo hijo. Por otro lado, un tres por ciento de las mujeres se declaró infértil.

Cuadro 3.2 Preferencias de fecundidad según número de hijos sobrevivientes

Distribución porcentual de las mujeres en unión según preferencias de fecundidad y número de hijos sobrevivientes, Bolivia 2008

	Número de hijos sobrevivientes[1]								
Preferencia	0	1	2	3	4	5	6+	**Total 2008**	Total 2003
Desea más hijos	**82.6**	**69.6**	**30.1**	**15.2**	**6.2**	**4.1**	**2.2**	**26.7**	**25.7**
Lo quiere pronto[2]	54.7	19.0	9.0	4.8	2.8	1.1	0.8	**8.9**	7.8
Lo quiere después[3]	25.6	48.5	19.3	9.0	2.3	1.9	0.7	**16.3**	16.9
No sabe cuándo	1.3	0.6	0.6	0.3	0.2	0.1	0.2	**0.4**	0.5
Indecisa	1.0	1.5	1.2	1.1	0.9	1.0	0.5	**1.1**	0.5
No desea/esterilizada	**17.5**	**30.4**	**69.9**	**84.8**	**93.7**	**95.8**	**97.8**	**73.2**	**74.5**
No quiere más hijos	5.1	27.3	64.9	72.4	78.9	80.8	81.7	**63.2**	64.7
Esterilizada[4]	0.0	0.4	2.6	9.5	11.4	10.8	11.9	**6.6**	6.6
Infértil	12.4	2.7	2.4	2.9	3.4	4.2	4.2	**3.4**	3.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	**100.0**	100.0
Número de mujeres	357	1,760	2,497	1,915	1,338	912	1,382	**10,162**	10,569

[1] Incluye el embarazo actual
[2] Desea otro hijo antes de dos años
[3] Desea esperar dos o más años
[4] Incluve esterilización femenina v masculina

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y NECESIDAD INSATISFECHA 4

Los administradores de los programas —tanto públicos como privados— de planificación familiar y los responsables de la formulación de políticas de población y salud del país, encontrarán en este capítulo información relevante sobre los niveles actuales de uso de la anticoncepción, que podrán ser examinados en forma comparativa con la encuesta realizada en 2003. El adecuado conocimiento del nivel de uso y la mezcla de métodos empleados por las parejas para planificar la familia permitirá también evaluar la efectividad de los programas desarrollados en el pasado reciente e identificar los grupos menos favorecidos por las acciones de los proveedores de los servicios de orientación, comercialización o distribución. En este capítulo también se realizan estimaciones sobre la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar y la demanda total de servicios para distintos subgrupos poblacionales

Tal como se acostumbra en las encuestas que participan en el Programa DHS, el cuestionario de ENDSA 2008 incluyó una sección completa sobre el conocimiento, el uso pasado y el uso actual de métodos de planificación familiar. La medición del conocimiento se hizo preguntando a la entrevistada sobre qué métodos conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo. Para cada método no mencionado espontáneamente se le leía a la mujer el nombre del método, se hacía una breve descripción con el apoyo de un muestrario de métodos y se indagaba nuevamente si había oído hablar de él. En este sentido, "conocer un método" no significa necesariamente que la mujer o el hombre tenga un buen nivel de información sobre el mismo; basta con que por lo menos lo conozca de nombre o tenga una idea de cómo se emplea. Con el objeto de evaluar la práctica pasada de métodos anticonceptivos, en la ENDSA 2008 se les preguntó a todas las mujeres que declararon conocer algún método si lo habían usado alguna vez. A todas las mujeres que habían usado métodos y que no estaban embarazadas en el momento de la entrevista se les preguntó si ellas o el esposo o compañero estaban usando algún método para evitar un embarazo, con el objetivo de evaluar el uso actual de la anticoncepción.

USO ACTUAL DE MÉTODOS

La prevalencia del uso de anticonceptivos según edad, número de nacidos vivos y educación de las mujeres casadas o unidas al momento de la encuesta se presenta en el Cuadro 4.1. La información se presenta para todos los métodos y por métodos específicos. Seis de cada diez mujeres en unión conyugal (61 por ciento) usaban algún método anticonceptivo a la fecha de la encuesta, lo que representa un ligero incremento respecto del valor de 58 por ciento encontrado en la ENDSA 2003. Este leve aumento correspondió a los métodos tradicionales, cuya prevalencia pasó de 23 a 26 por ciento entre las dos encuestas, mientras que el uso de métodos modernos se mantuvo constante (35 por ciento).

En cuanto al uso de métodos modernos específicos, la inyección ha desplazado al DIU como el método moderno más utilizado y a la vez el único método que incrementó su uso, pasando de ocho por ciento en 2003 a once por ciento en 2008. Este método es de mayor uso entre las mujeres sin educación y con educación primaria y entre las mujeres menores de 35 años. Le sigue el DIU, aunque su uso se redujo de diez por ciento a ocho por ciento entre las dos ENDSAS. Se mantiene el uso de la esterilización femenina en siete por ciento y el uso del condón en cuatro por ciento.

De todos los métodos, tanto modernos como tradicionales, el ritmo o abstinencia periódica continúa siendo el más utilizado, con un muy pequeño incremento entre 2003 y 2008 (del 19 al 21 por ciento, respectivamente).

Por último, es de destacar que los diferenciales de uso de métodos según nivel de educación se han reducido sensiblemente en años recientes, al aumentar la prevalencia entre las mujeres sin educación del 34 al 42 por ciento en los últimos 5 años, sin cambios en las otras categorías educacionales.

Cuadro 4.1 Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas, según edad, número de hijos vivos y educación

Distribución porcentual de las mujeres actualmente unidas por método usado actualmente, según edad, número de hijos vivos y educación, Bolivia 2008

		Métodos modernos								Métodos tradicionales						
Característica	**Cualquier método**	**Total métodos modernos**	Esterilización femenina	Píldora	DIU	Inyección	Condón	Espuma/jalea	MELA[1]	**Total métodos tradicionales**	Ritmo/abstinencia periódica	Collar	Retiro	Folclóricos	**No usa método**	Número de mujeres en unión
Edad																
15-19	40.9	26.6	0.0	3.1	3.4	14.4	4.2	0.0	1.4	14.3	12.3	0.0	2.1	0.0	59.1	472
20-24	57.1	35.4	0.5	3.6	8.0	17.4	4.1	0.2	1.7	21.7	16.8	0.2	4.6	0.1	42.9	1,263
25-29	61.1	35.4	2.5	4.4	8.6	13.6	5.1	0.0	1.1	25.7	20.4	0.3	5.0	0.0	38.9	1,993
30-34	69.5	40.8	5.2	3.4	11.2	14.3	5.4	0.1	1.0	28.7	23.0	0.0	5.6	0.2	30.5	1,915
35-39	68.8	39.3	10.8	4.1	10.4	9.2	3.8	0.2	0.7	29.5	24.7	0.2	4.5	0.1	31.2	1,797
40-44	65.3	32.3	11.2	2.2	7.5	7.6	3.5	0.0	0.1	33.0	25.6	0.0	7.0	0.4	34.7	1,460
45-49	40.2	21.7	11.6	1.5	4.7	2.9	0.9	0.0	0.1	18.5	14.7	0.1	3.5	0.2	59.8	1,262
Hijos vivos																
0	30.0	11.4	0.0	3.2	0.4	3.8	4.0	0.0	0.0	18.6	16.3	0.3	2.0	0.0	70.0	550
1-2	64.1	36.3	1.6	3.6	11.6	12.1	6.1	0.2	1.0	27.7	22.0	0.2	5.5	0.0	35.9	4,207
3-4	65.5	39.4	10.4	3.5	8.4	12.2	3.6	0.1	1.0	26.2	21.1	0.1	4.8	0.2	34.5	3,179
5+	54.7	30.1	11.9	2.7	4.5	10.1	0.6	0.0	0.4	24.6	19.5	0.1	4.8	0.3	45.3	2,225
Educación																
Sin educación	42.0	21.6	6.5	1.6	2.1	11.4	0.0	0.0	0.0	20.4	16.5	0.0	3.9	0.1	58.0	653
Primaria	56.1	29.6	6.2	3.0	5.4	12.7	1.7	0.0	0.4	26.5	20.5	0.1	5.7	0.2	43.9	5,218
Secundaria	67.7	41.7	6.8	4.2	11.3	11.6	5.9	0.2	1.6	26.1	21.0	0.1	4.8	0.1	32.3	2,870
Superior	71.4	44.4	7.1	3.5	16.7	5.3	10.4	0.1	1.0	26.9	23.8	0.4	2.8	0.0	28.6	1,418
Total 2008	**60.6**	**34.6**	**6.5**	**3.3**	**8.4**	**11.3**	**4.0**	**0.1**	**0.8**	**26.1**	**20.8**	**0.1**	**4.9**	**0.2**	**39.4**	**10,162**
Total 2003	58.4	34.9	6.5	3.6	10.2	8.0	3.9	0.2	2.5	23.4	19.3	0.1	3.8	0.2	41.6	10,569
Total 1998	48.3	25.2	6.5	3.8	11.1	1.1	2.6	0.0	nd	23.1	20.0	nd	2.3	0.8	51.7	6,649

Nota: Los porcentajes no necesariamente suman los subtotales o el 100 por ciento debido a redondeo. Si la mujer está usando más de un método, sólo se considera el más efectivo. No se muestran los diferenciales para la esterilización masculina (0.1 por ciento).
[1] Método de lactancia y amenorrea
nd = No disponible

DIFERENCIALES EN EL USO ACTUAL SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA

La información recolectada en la ENDSA 2008 permite analizar en qué medida la prevalencia de la práctica contraceptiva varía de un sector a otro de la población femenina boliviana. El Cuadro 4.2 detalla los diferenciales actuales en los niveles de uso de métodos específicos para distintos subgrupos poblacionales dependiendo del tipo de lugar de residencia. Los cambios entre 2003 y 2008 en el uso de métodos se ilustran en el Gráfico 4.1.

Los mayores niveles de uso de métodos se observan en Santa Cruz y Tarija (70 por ciento, en ambos casos), como resultado en gran parte de niveles relativamente altos de uso de la esterilización femenina, del DIU y de la inyección. Los menores niveles de uso se encuentran en Potosí, Oruro, Cochabamba y Chuquisaca (variando entre 48 y 56 por ciento). Si bien por debajo de Santa Cruz y Tarija, Beni y Pando presentan niveles relativamente altos de uso de métodos modernos (44 y 47 por ciento, respectivamente) como resultado de niveles altos de uso de la píldora, inyección y la esterilización femenina. Como se aprecia en el Gráfico 4.1, el aumento en el uso de métodos entre 2003 y 2008 en el área rural (del 48 al 53 por ciento), ha sido mayor que el aumento en el área urbana (del 64 al 66 por ciento). A nivel departamental, los aumentos más importantes ocurrieron en La Paz (6 puntos porcentuales) y Chuquisaca (5 puntos).

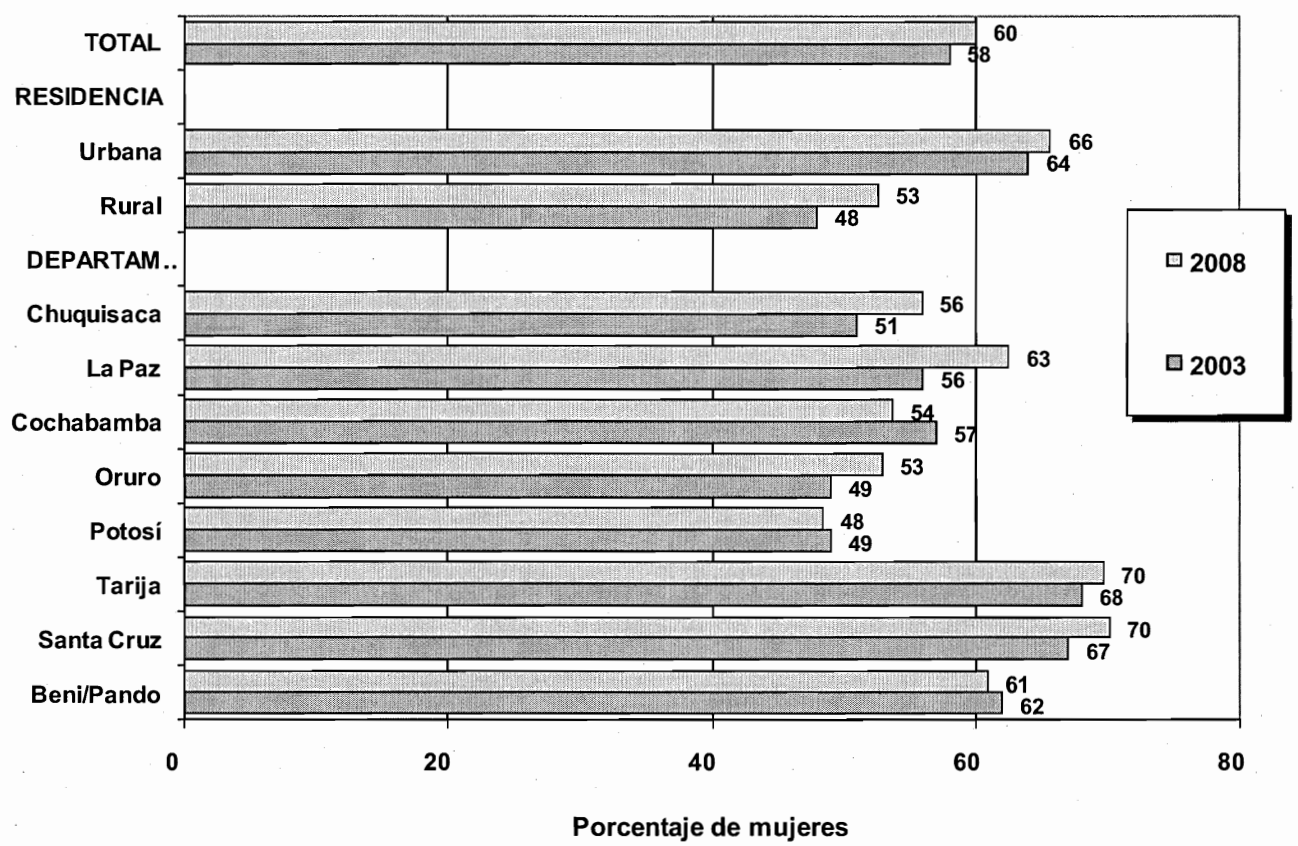
Cuadro 4.2 Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas, según lugar de residencia

Distribución porcentual de las mujeres actualmente unidas por método usado actualmente, según área de residencia, región y departamento, Bolivia 2008

		Métodos modernos								Tradicionales						
Residencia	**Cualquier método**	**Total métodos modernos**	Esterilización femenina	Píldora	DIU	Inyección	Condón	Espuma/jalea	MELA[1]	**Total métodos tradicionales**	Ritmo/abstinencia periódica	Collar	Retiro	Folclóricos	**No usa método**	Número de mujeres en unión
Área de residencia																
Urbana	65.7	40.2	7.9	3.8	11.6	9.8	5.8	0.1	1.0	25.5	20.0	0.2	5.2	0.1	34.3	6,226
Rural	52.6	25.7	4.2	2.6	3.5	13.5	1.2	0.0	0.5	26.9	22.1	0.1	4.5	0.2	47.4	3,935
Región																
Altiplano	58.2	23.6	1.8	1.2	6.9	9.1	3.5	0.0	0.9	34.5	27.1	0.1	7.0	0.3	41.8	4,527
Valle	56.8	36.6	7.9	2.0	10.2	11.7	3.9	0.0	0.8	20.2	16.8	0.1	3.3	0.0	43.2	2,881
Llano	68.7	50.4	12.7	8.2	9.1	14.4	5.0	0.2	0.7	18.3	14.8	0.2	3.2	0.1	31.3	2,754
Departamento																
Chuquisaca	55.9	38.1	8.2	1.3	8.2	17.4	2.4	0.0	0.5	17.8	16.1	0.0	1.7	0.0	44.1	574
La Paz	62.5	23.2	1.5	1.5	8.3	7.1	3.8	0.1	0.9	39.3	29.9	0.1	8.9	0.4	37.5	2,964
Cochabamba	53.7	31.7	7.1	2.0	8.9	9.0	3.8	0.0	0.9	21.9	17.6	0.1	4.1	0.0	46.3	1,829
Oruro	52.9	23.1	1.6	0.3	6.3	10.4	3.6	0.0	0.8	29.8	26.5	0.2	3.1	0.0	47.1	530
Potosí	48.4	25.2	2.9	1.0	3.5	14.3	2.5	0.0	1.0	23.2	19.5	0.1	3.5	0.0	51.6	1,033
Tarija	69.7	53.1	10.4	3.2	17.5	14.8	6.3	0.0	0.9	16.6	14.5	0.0	2.1	0.0	30.3	478
Santa Cruz	70.1	51.5	12.6	7.6	9.9	14.7	5.5	0.3	0.7	18.6	14.9	0.2	3.5	0.0	29.9	2,323
Beni	60.9	44.1	12.6	11.4	4.9	12.7	1.8	0.0	0.6	16.9	14.6	0.6	0.9	0.8	39.1	362
Pando	61.2	46.9	15.7	8.4	3.0	14.0	4.5	0.3	0.9	14.3	12.2	0.0	2.1	0.0	38.8	68
Total	**60.6**	**34.6**	**6.5**	**3.3**	**8.4**	**11.3**	**4.0**	**0.1**	**0.8**	**26.1**	**20.8**	**0.1**	**4.9**	**0.2**	**39.4**	**10,162**

Nota: Los porcentajes no necesariamente suman los subtotales o el 100 por ciento debido a redondeo. Si la mujer está usando más de un método, sólo se considera el más efectivo. No se muestran los diferenciales para la esterilización masculina (0.1 por ciento).
[1] Método de lactancia y amenorrea

Grafico 4.1 Uso de Anticoncepción entre las Mujeres en Unión, según Área de Residencia y Departamento



NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La proporción de mujeres que desean espaciar los nacimientos y/o limitar la familia (Cuadro 3.2 en el capítulo anterior), puede considerarse, en principio, como un indicador de la demanda potencial por servicios de planificación familiar. Sin embargo, una mejor aproximación al análisis de la necesidad de planificación familiar se presenta en esta sección. Primero se calcula la llamada ***necesidad insatisfecha*** de planificación familiar, tanto para *espaciar* como para *limitar*, a la cual se le agrega la estimación de mujeres que en la actualidad usan métodos, para obtener así la *demanda total* de planificación familiar en el país.

El Gráfico 4.2 ilustra la composición de la necesidad insatisfecha. Para los cálculos de la necesidad insatisfecha, primero se excluyen las mujeres que están usando métodos, las cuales se consideran mujeres con necesidad satisfecha. Entre quienes no están usando métodos se consideran con necesidad insatisfecha de planificación familiar las siguientes categorías de mujeres:

Necesidad insatisfecha para limitar:

- Mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas cuyo embarazo actual/último nacimiento no fue deseado y que no desean más nacimientos o no están seguras si desean otro nacimiento
- Mujeres fértiles que no están embarazadas o amenorreicas, que no usan anticoncepción y que no desean más nacimientos.

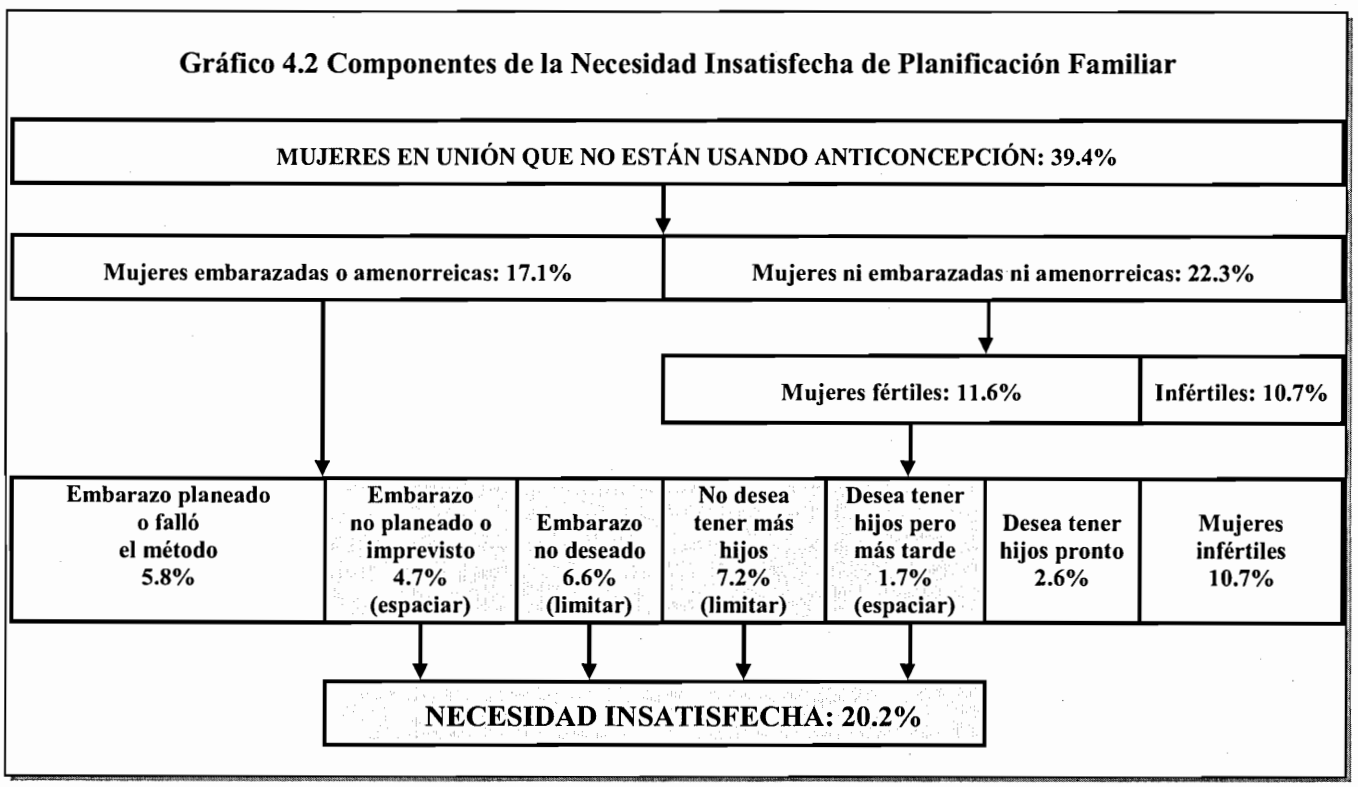
Necesidad insatisfecha para espaciar:

- Mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas cuyo embarazo actual/último nacimiento sí fue deseado, pero más tarde
- Mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas cuyo embarazo actual/último nacimiento no fue deseado pero que ahora dicen que desean más hijos e hijas
- Mujeres fértiles que no usan planificación familiar, que no están ni embarazadas ni amenorreicas y que desean más hijos e hijas pero prefieren esperar por lo menos dos años o que están inseguras de cuando tenerlo
- Mujeres fértiles que no usan planificación familiar y que están inseguras de si desean más hijos e hijas.

Como se puede apreciar en el Gráfico 4.2, del cálculo de la necesidad insatisfecha se excluyen las mujeres embarazadas o amenorreicas cuyo último embarazo fue planeado o a quienes les falló el método; y entre las mujeres que no están ni embarazadas ni amenorreicas, se excluyen aquéllas que se declararon infértiles y las que desean un hijo pronto.

Los resultados se presentan en el Cuadro 4.3. En Bolivia, según la **ENDSA 2008**, el 20 por ciento de las mujeres casadas o unidas estarían con necesidad insatisfecha de planificación familiar (en 2003 era el 23 por ciento y en 1998 un 26 por ciento). La necesidad insatisfecha para espaciar los nacimientos se estima en 6 por ciento, mientras que la necesidad para limitar los nacimientos alcanza el 14 por ciento de las mujeres en unión.

La necesidad insatisfecha sigue siendo mayor entre las mujeres más jóvenes: 38 por ciento de las adolescentes (15 a 19 años), en comparación con apenas el 9 por ciento entre las mujeres de 45-49 años. Se observan diferencias importantes por departamento: la necesidad insatisfecha de planificación familiar apenas asciende a un 14 ciento en Tarija y Santa Cruz en comparación con 29 por ciento en Potosí.



Los niveles de necesidad insatisfecha revelan sólo en parte el potencial de la demanda de planificación familiar en el país. La información recolectada en la ENDSA 2008 permite estimar la *demanda total* de tales servicios, tanto para espaciar como para limitar. La demanda total incluye tres componentes:

- Las mujeres con necesidad insatisfecha de planificación familiar;
- Las mujeres que actualmente *están usando* métodos anticonceptivos (necesidad o demanda satisfecha); y
- Las mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas que informaron *falla de método* pues quedaron embarazadas mientras usaban.

Las estimaciones se presentan también en el Cuadro 4.3, junto con el porcentaje de demanda satisfecha con respecto a la demanda total, el cual constituye un indicador grueso del éxito alcanzado por los programas de planificación familiar.

La demanda total de planificación familiar entre las mujeres en unión en Bolivia, definida como la suma de la necesidad insatisfecha más la necesidad o demanda satisfecha, se estima en 81 por ciento. Con la excepción de las mujeres de 45-49 años y aquéllas sin educación, para los demás grupos de edad, área de residencia, región, departamento y nivel educativo, la demanda total es más del 77 por ciento.

La demanda total para espaciar los nacimientos es de 24 por ciento, mientras que para limitar asciende a 57 por ciento. Alrededor del 75 por ciento de la demanda total de planificación familiar en Bolivia está satisfecha —ligeramente más alta que la encontrada en la ENDSA 2003, que era 72 por ciento— registrándose los valores más bajos entre las mujeres sin educación (60 por ciento); las más jóvenes (52 por ciento); las residentes en las áreas rurales (66 por ciento); y en los departamentos de Potosí (63 por ciento), Oruro (67 por ciento), Cochabamba (69 por ciento) y Chuquisaca (69 por ciento).

Cuadro 4.3 Necesidad de servicios de planificación familiar para las mujeres en unión, según características seleccionadas

Porcentaje de mujeres en unión con necesidad insatisfecha y con necesidad satisfecha de planificación familiar; y demanda total de planificación familiar, según características seleccionadas, Bolivia 2008

	Necesidad insatisfecha de planificación familiar[1]			**Necesidad satisfecha** de planificación familiar (usuarias actuales)[2]			**Demanda total** de planificación familiar[3]			Porcentaje de demanda satis-fecha[4]	Número de mujeres
Característica	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total		
Edad											
15-19	27.8	9.9	37.7	27.2	13.7	40.9	55.1	23.5	78.6	52.0	472
20-24	14.7	12.3	27.1	31.8	25.3	57.1	46.5	37.7	84.2	67.8	1,263
25-29	9.0	15.0	24.0	27.3	33.9	61.1	36.3	48.8	85.1	71.8	1,993
30-34	5.4	14.8	20.2	21.2	48.3	69.5	26.6	63.1	89.7	77.5	1,915
35-39	2.4	15.3	17.7	10.6	58.2	68.8	13.0	73.5	86.5	79.5	1,797
40-44	0.1	15.9	16.0	4.6	60.7	65.3	4.7	76.6	81.3	80.3	1,460
45-49	0.3	9.1	9.4	1.7	38.6	40.2	2.0	47.6	49.6	81.1	1,262
Educación											
No educación	2.8	25.1	27.8	1.8	40.2	42.0	4.5	65.3	69.8	60.2	653
Primaria	6.1	17.8	24.0	9.9	46.2	56.1	16.0	64.1	80.1	70.1	5,218
Secundaria	8.1	8.5	16.6	26.8	40.9	67.7	34.9	49.5	84.4	80.3	2,870
Superior	5.5	4.7	10.2	32.3	39.0	71.4	37.9	43.7	81.6	87.4	1,418
Área de residencia											
Urbana	6.0	9.6	15.6	22.1	43.6	65.7	28.1	53.2	81.3	80.8	6,226
Rural	7.0	20.5	27.5	9.6	42.9	52.6	16.6	63.5	80.1	65.7	3,935
Región											
Altiplano	5.8	16.0	21.8	13.9	44.3	58.2	19.6	60.3	80.0	72.7	4,527
Valle	7.1	15.8	22.9	15.5	41.3	56.8	22.6	57.1	79.7	71.3	2,881
Llanos	6.6	8.2	14.8	24.8	43.9	68.7	31.5	52.1	83.5	82.2	2,754
Departamento											
Chuquisaca	7.3	18.2	25.5	12.7	43.2	55.9	19.9	61.4	81.4	68.7	574
La Paz	5.8	12.8	18.6	15.0	47.5	62.5	20.8	60.3	81.1	77.1	2,964
Cochabamba	7.5	17.0	24.5	13.8	39.9	53.7	21.3	56.8	78.1	68.7	1,829
Oruro	7.2	18.3	25.6	16.1	36.8	52.9	23.3	55.1	78.5	67.4	530
Potosí	4.8	24.2	29.0	9.6	38.9	48.4	14.4	63.1	77.4	62.5	1,033
Tarija	5.5	8.2	13.7	25.2	44.5	69.7	30.7	52.7	83.4	83.6	478
Santa Cruz	6.1	8.0	14.1	25.7	44.4	70.1	31.8	52.4	84.2	83.2	2,323
Beni	9.0	9.3	18.4	20.1	40.9	60.9	29.1	50.2	79.3	76.9	362
Pando	11.0	9.3	20.3	21.0	40.2	61.2	32.0	49.6	81.5	75.1	68
Total 2008	**6.4**	**13.8**	**20.2**	**17.3**	**43.3**	**60.6**	**23.7**	**57.2**	**80.8**	**75.0**	**10,162**
Total 2003	6.1	16.6	22.7	15.8	42.5	58.4	21.9	59.1	81.0	72.0	10,569
Total 1998	6.8	19.3	26.1	13.3	35.0	48.3	20.1	54.3	74.4	65.0	6,649

[1]La necesidad insatisfecha para *limitar* incluye mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas cuyo último embarazo *no fue deseado* y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorreicas que *no desean más hijos*. Necesidad insatisfecha para *espaciar:* mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas cuyo último embarazo *si fue deseado, pero más tarde* y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorreicas que si desean más hijos pero *prefieren esperar* por lo menos dos años. También se incluyen las mujeres fértiles que no usan planificación familiar y que están inseguras de si desean más hijos; o aquéllas que desean otro hijo pero que están inseguras de cuándo tenerlo.

[2]La *necesidad satisfecha para espaciar* se refiere a las mujeres que usan algún método de planificación familiar porque desean espaciar los nacimientos (respondieron que desean tener más hijos o están indecisas al respecto). La *necesidad satisfecha para limitar* se refiere a aquellas mujeres que están usando porque desean limitar los nacimientos (respondieron que no desean más hijos).

[3]La *demanda total* incluye mujeres embarazadas o amenorreicas que quedaron embarazadas mientras usaban un método (falla de método).

[4][(Necesidad satisfecha)+(falla de método)]/(demanda total)

SALUD MATERNO INFANTIL 5

La ENDSA 2008 contiene una cantidad apreciable de información sobre aspectos relacionados con la salud materno-infantil. Como factores importantes de la calidad de la atención de salud materno infantil y reductores de la morbi-mortalidad infantil y materna, en esta sección se evalúan las condiciones y elementos de los servicios prenatales y de atención al parto. También se presentan los resultados sobre la cobertura de las vacunas y la prevalencia y tratamiento de ciertas enfermedades, especialmente la diarrea e infecciones de las vías respiratorias. El objetivo básico es identificar los grupos más vulnerables y así contribuir en la planificación de los programas de salud materno-infantil. La situación nutricional de los niños se presenta al final de la sección. Se incluyen además los resultados sobre la prueba de anemia a niños y mujeres.

ATENCIÓN PRENATAL Y DEL PARTO

En el Cuadro 5.1 se presenta, para el último nacimiento de cada mujer en los cinco años anteriores a la encuesta, los porcentajes que recibieron atención prenatal de un médico y por lo menos una inyección contra el tétanos y hierro en pastillas o en jarabe. Igualmente se muestra, para todos los nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta, el porcentaje cuyo parto fue atendido por médico y el porcentaje de partos en un establecimiento de salud. Los resultados se presentan según edad de la madre y orden de nacimiento, al igual que por lugar de residencia, región, departamento y nivel de educación. Los niveles de atención prenatal y del parto según área de residencia y departamento se resumen en el Gráfico 5.1. Los resultados confirman una tendencia continuada en las ganancias en la salud materno-infantil en Bolivia en todos los grupos poblacionales.

Control del Embarazo

Como se aprecia en el Cuadro 5.1, de los embarazos registrados en la encuesta, el 77 por ciento fueron atendidos por médicos, siendo este tipo de atención considerablemente más alto en el área urbana que en la rural (91 y 58 por ciento respectivamente). Las diferencias más importantes se presentan según el nivel educativo de las mujeres, puesto que la atención prenatal por médico sólo cubre al 52 por ciento de las mujeres sin educación y llega al 97 por ciento entre las mujeres con educación superior. Si bien en Potosí ha habido un aumento en el porcentaje de mujeres que reciben atención prenatal por médico (de 45 por ciento en 2003 a 55 por ciento en 2008), el nivel es todavía bajo en comparación con el 84 por ciento en Tarija y el 90 por ciento en Santa Cruz.

Toxoide Tetánico

La aplicación de la vacuna antitetánica durante el embarazo es una de las principales medidas de preservación de la salud del infante, evitando que contraiga tétanos neonatal por contaminación durante el parto. De las mujeres que tuvieron hijos en los cinco años anteriores a la encuesta, el 69 por ciento recibió al menos una dosis de Toxoide Tetánico durante el embarazo del último nacimiento, muy por encima de lo observado en 2003 (54 por ciento). Sin embargo, para apenas el 61 por ciento de las mujeres, sus últimos nacimientos tuvieron una protección adecuada. Entre las mujeres sin educación la cobertura es de apenas el 41 52 por ciento, en tanto que es mucho mayor para quienes alcanzaron educación secundaria y superior (68 y 67 por ciento respectivamente). Apenas alrededor de la mitad de los niños tienen protección adecuada en

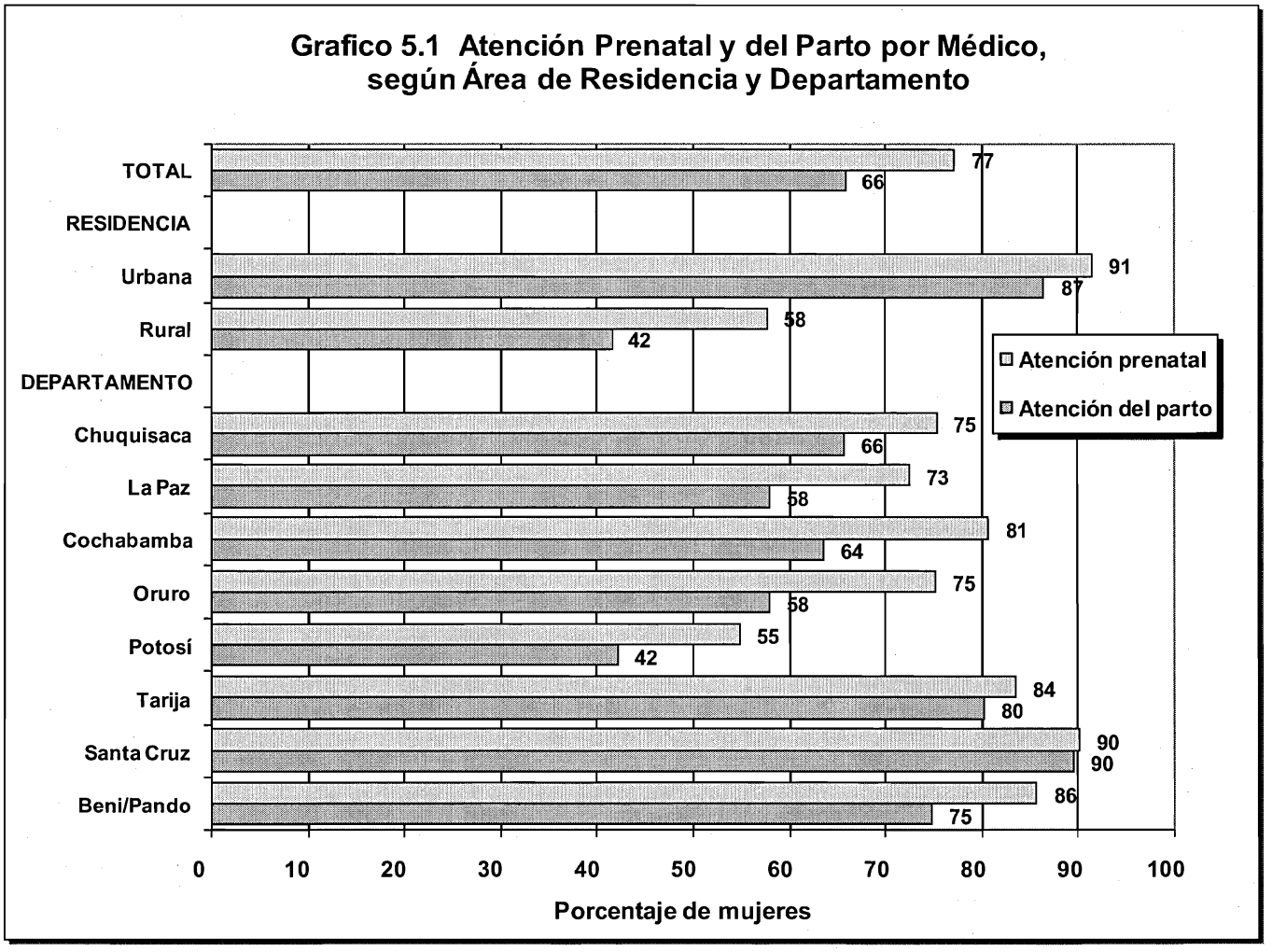
Cochabamba, Oruro y Potosí, en comparación con el 85 por ciento en Pando y alrededor del 80 por ciento en Santa Cruz y Beni.

Suplemento de Hierro

La deficiencia de hierro durante el embarazo puede acarrear problemas de salud a la madre y al feto, por lo cual es importante que los servicios de salud provean suplementos de este mineral a las mujeres embarazadas y a los niños lactantes. En la encuesta se indagó si la madre recibió suplemento de hierro y por cuánto tiempo durante el embarazo. Durante el embarazo del nacimiento más reciente, el 77 por ciento de las mujeres entrevistadas reportó que tomó pastillas o jarabe de hierro, cobertura que se reduce a 60 por ciento entre las mujeres sin educación. También existe una apreciable diferencia en la cobertura según área de residencia: 80 por ciento en el área urbana en comparación con el 73 por ciento en la rural. En el examen por departamento, los menores niveles se observan en La Paz (69 por ciento).

Atención del Parto por Médico

El 66 por ciento de los partos fue asistido por médico. Las menores coberturas se encuentran entre las mujeres de más edad (56 por ciento), las de alta paridez (41 por ciento) y las que no tienen instrucción (35 por ciento). El nivel de atención de los partos por médico en Santa Cruz y Tarija (90 y 80 por ciento, respectivamente) contrasta con el bajo nivel en Potosí (42 por ciento), en La Paz y en Oruro (58 por ciento, en ambos casos).



Tipo de Establecimiento del Parto

El 68 por ciento de los partos fueron institucionales (57 por ciento en 2003), con los menores niveles registrados en mujeres de mayor paridez (42 por ciento), en mujeres de áreas rurales (44 por ciento) y en mujeres sin educación (35 por ciento). El 57 por ciento de los partos ocurrieron en establecimientos del sector público, lo cual significa que del total de partos en establecimientos de salud el 84 por ciento corresponde al sector público. Al igual que para la atención del parto por médico, los menores niveles de partos institucionales se encuentran en Potosí (47 por ciento) y los mayores en Santa Cruz (92 por ciento).

Cuadro 5.1 Indicadores de atención materna según características seleccionadas

Entre las mujeres que tuvieron nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta, porcentaje que recibieron: atención prenatal de un médico, inyecciones antitetánicas y hierro en pastillas o en jarabe; y entre los nacimientos de los últimos cinco años, el porcentaje cuyo parto fue atendido por médico, el porcentaje que ocurrió en un establecimiento de salud y el porcentaje en el sector público, según características seleccionadas, Bolivia 2008

	Atención prenatal para mujeres para el nacimiento más reciente					Atención del parto para los nacimientos en los últimos cinco años			
Característica	Atención prenatal por médico	Por lo menos una inyección anti-tetánica	Protección adecuada contra el tétano[1]	Hierro en pastillas o jarabe	Número de mujeres	Atención del parto por médico	Parto en estable-miento de salud	Sector público	Número de nacimientos
Edad de la madre al nacimiento									
<20	77.2	73.4	62.7	75.9	972	69.8	72.1	64.2	1,451
20-34	79.7	69.0	60.9	78.1	4,365	67.3	69.1	57.3	5,910
35+	67.5	62.3	56.9	72.6	1,134	55.5	55.6	47.0	1,365
Orden de nacimiento									
1	85.2	69.2	63.4	79.2	1,724	79.8	81.2	65.3	2,419
2-3	83.0	69.9	61.5	79.6	2,551	71.1	72.5	60.9	3,381
4-5	70.5	69.4	58.9	72.3	1,146	55.3	57.9	50.2	1,511
6+	57.4	62.9	54.8	70.8	1,052	40.6	42.3	39.9	1,415
Educación									
Sin educación	51.9	51.8	41.4	60.3	368	34.7	34.9	33.4	539
Primaria	68.3	68.2	56.1	72.6	3,240	52.7	54.7	50.1	4,663
Secundaria	87.7	74.1	68.0	82.4	2,011	84.7	85.8	69.9	2,536
Superior	96.9	63.3	66.7	86.4	851	96.6	98.8	68.0	987
Área de residencia									
Urbana	91.4	73.4	67.6	79.6	3,737	86.5	87.7	70.6	4,714
Rural	57.7	61.8	50.7	72.9	2,735	41.6	43.7	40.7	4,012
Región									
Altiplano	68.2	60.1	52.8	72.3	2,923	53.6	54.7	48.2	4,016
Valle	80.0	66.3	54.9	75.6	1,817	66.2	68.3	58.5	2,442
Llano	89.5	85.0	79.3	85.6	1,732	87.1	89.3	70.3	2,268
Departamento									
Chuquisaca	75.3	68.5	56.5	80.8	385	65.7	72.5	71.0	538
La Paz	72.5	60.9	55.2	69.4	1,807	58.0	57.5	49.4	2,435
Cochabamba	80.7	63.1	52.6	72.5	1,175	63.6	64.0	51.5	1,593
Oruro	75.2	62.8	50.9	74.1	339	58.0	58.0	49.7	456
Potosí	54.9	57.1	47.8	78.2	777	42.3	47.2	45.0	1,125
Tarija	83.5	77.6	63.4	82.0	257	80.2	82.8	73.0	311
Santa Cruz	90.1	84.6	79.2	86.2	1,456	89.5	92.1	69.7	1,893
Beni	85.7	86.4	78.3	81.6	230	74.8	74.8	73.1	317
Pando[1]	86.4	88.5	84.5	86.5	45	75.3	79.5	74.8	59
Total 2008	**77.2**	**68.5**	**60.5**	**76.8**	**6,472**	**65.8**	**67.5**	**56.8**	**8,726**
Total 2003	70.2	54.2	nd	61.6	7,261	55.9	57.1	48.2	10,350
Total 1998	59.4	47.5	nd	nd	6,893	52.9	43.2	nd	6,893

Nota: Las estimaciones se refieren a los nacimientos en el período 0-59 meses antes de la encuesta, incluyéndose así los nacimientos en el mes de la entrevista. Para los indicadores de atención prenatal, sólo se incluye el último nacimiento que tuvo la mujer.

nd = No disponible

[1] Incluye madres que recibieron dos o más inyecciones durante el embarazo del nacimiento más reciente, o dos o más inyecciones (la última dosis en los tres años antes del nacimiento más reciente), o tres o más inyecciones (la última dosis en los cinco años antes del nacimiento más reciente), o cuatro o más inyecciones (la última dosis en los 10 años antes del nacimiento más reciente), o cinco o más inyecciones antes del nacimiento más reciente

[2] Para Pando, los indicadores de atención prenatal están basados en 321 casos sin ponderar y los del parto en 406

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

Junto con la diarrea y la desnutrición, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), especialmente la neumonía, constituyen una de las principales causas de mortalidad en la infancia y la niñez en los países del Tercer Mundo. Por este motivo se considera importante medir su prevalencia e indagar acerca de las medidas que las madres toman en presencia de esta enfermedad y por qué no acuden en ciertos casos a establecimientos de salud cuando el niño tiene IRA. Por ello, en la ENDSA 2008 se preguntó a las entrevistadas por síntomas de infección respiratoria aguda: si sus hijos habían tenido tos en las últimas dos semanas; y en este caso, se preguntó además si durante el episodio de tos el niño había mostrado dificultad al respirar. Los resultados se presentan en el Cuadro 5.2.

Si bien no se muestra en el Cuadro 5.2, el 20 por ciento de los niños menores de 5 años presentó síntomas de IRA en las dos semanas que precedieron la encuesta (22 por ciento en el 2003). Del total de niños reportados con padecimiento de IRA, para un 51 por ciento de ellos se buscó tratamiento, similar a lo encontrado en el 2003. En general, el porcentaje de niños para quienes se buscó tratamiento disminuye a medida que aumenta la edad del niño y ocurre lo contrario cuando aumenta la educación de la madre.

La Paz sigue siendo el departamento con menor nivel de tratamiento de IRA. Apenas para el 37 por ciento de los niños con síntomas de IRA en La Paz se buscó tratamiento, en comparación con el 68 por ciento en Tarija.

TRATAMIENTO DE LA DIARREA

En el Cuadro 5.2 también se incluyen los resultados sobre la búsqueda de tratamiento para la diarrea. Se presentan igualmente los resultados sobre tratamiento de la diarrea con terapia de rehidratación oral en general y con sobres de rehidratación en particular. Se ha podido constatar que la terapia de rehidratación oral —por solución casera con azúcar, agua y sal, o los sobres de rehidratación— constituye un medio efectivo y barato de impedir la muerte de los niños por deshidratación. Los resultados se presentan según edad, sexo del niño, lugar de residencia y nivel de educación de las madres. Debe recordarse que la información en la ENDSA 2008 se obtuvo en el período comprendido entre el 13 de febrero y el 15 de junio, mientras que en la ENDSA 2003 se recolectó entre el 9 de agosto del 2003 y el 23 de enero de 2004, período en el cual puede aumentar la prevalencia de diarrea, dado que a partir de noviembre corresponde la estación lluviosa en el país.

Si bien no se muestra en el Cuadro 5.2, el 26 por ciento de los niños menores de 5 años tuvo un episodio de diarrea en las dos semanas que precedieron la encuesta (22 por ciento en el 2003). Entre los niños que padecieron de diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta, un 49 por ciento fue llevado a un proveedor de servicios de salud y un 35 por ciento recibió sales de rehidratación (36 y 29 por ciento, respectivamente, en la ENDSA 2003). Si se considera la actual definición de terapia de rehidratación oral (sales de rehidratación oral o suero casero recomendado), el 44 por ciento de los menores de 5 años recibieron terapia de rehidratación oral (TRO). Más de dos terceras partes de los niños fueron tratados con TRO o aumento de líquidos.

Si bien no hay diferencias importantes en la búsqueda de tratamiento de la diarrea según sexo, si lo hay por área de residencia y a nivel de departamento: para más de la mitad de los niños con diarrea en áreas urbanas (55 por ciento) se buscó tratamiento frente a un 43 por ciento en áreas rurales; para apenas el 35 por ciento de los niños con diarrea en La Paz se buscó tratamiento en comparación con el 64 por ciento en Santa Cruz y el 60 por ciento en Tarija.

Apenas el 23 por ciento de los niños con diarrea recibieron sales de rehidratación en Oruro en comparación con el 45 por ciento en Santa Cruz. El tratamiento con TRO en estos dos departamentos ascendió a 38 y 56 por ciento, respectivamente. Cuando se considera el tratamiento de la diarrea con TRO o aumento de líquidos, las diferencias departamentales se reducen en forma importante.

Cuadro 5.2 Tratamiento de infecciones respiratorias agudas (IRA) y diarrea, según características seleccionadas

Porcentaje para quienes se buscó tratamiento entre los niños menores de cinco años con síntomas de IRA durante las dos semanas que precedieron la encuesta; y entre aquellos enfermos con diarrea, porcentaje para quienes se buscó tratamiento en establecimientos de salud y porcentaje que recibió rehidratación oral o aumento de liquidos, según características seleccionadas, Bolivia 2008

			Entre los niños con diarrea, porcentaje:				
Característica	Porcentaje de niños con IRA para quienes se buscó tratamiento	Número de niños con IRA	Para quienes se buscó tratamiento de proveedores de salud[1]	Que recibió sales de rehidra-tación oral	Que recibió terapia de rehidra-tación oral[2]	Que recibió TRO o aumento de líquidos[3]	Número de niños con diarrea
Edad en meses							
<6	53.5	121	37.6	8.6	12.3	36.1	152
6-11	59.4	218	57.6	39.9	49.3	64.6	286
12-23	51.6	396	52.4	39.7	48.8	69.3	704
24-35	52.8	338	48.4	38.5	45.0	70.0	466
36-47	43.4	267	51.4	32.9	41.1	69.7	311
48-59	47.3	318	31.3	27.3	42.3	64.6	236
Sexo							
Hombre	50.1	884	49.0	33.7	41.6	64.7	1,145
Mujer	51.7	773	48.4	36.3	45.9	67.6	1,009
Educación							
Sin educación	40.4	93	33.3	33.3	40.5	51.3	112
Primaria	45.9	929	43.7	33.7	43.3	63.8	1,261
Secundaria	55.1	480	56.4	39.1	47.1	68.9	591
Superior	73.7	156	67.4	31.0	26.3	80.6	190
Área de residencia							
Urbana	59.6	803	54.6	38.4	46.7	71.3	1,071
Rural	42.7	854	42.9	31.5	40.6	60.8	1,083
Región							
Altiplano	41.4	690	40.0	28.7	36.5	61.3	979
Valle	46.7	441	49.4	36.3	44.2	65.1	607
Llano	66.8	526	62.9	44.1	55.3	75.1	568
Departamento							
Chuquisaca	53.5	60	45.4	38.7	48.6	71.5	111
La Paz	37.0	439	34.5	27.0	34.4	61.0	576
Cochabamba	40.9	313	48.8	35.4	42.8	62.9	427
Oruro	46.5	73	43.3	23.0	38.2	63.2	115
Potosí	50.0	178	49.8	34.4	40.0	61.2	288
Tarija	67.9	67	59.7	38.2	46.0	68.3	69
Santa Cruz	66.9	446	64.0	44.5	55.8	75.8	488
Beni	66.7	64	58.4	42.3	52.3	69.8	63
Pando[3]	62.7	17	49.7	39.0	51.7	74.7	17
Total 2008	**50.9**	**1,657**	**48.7**	**34.9**	**43.6**	**66.0**	**2,155**
Total 2003	51.5	2,156	36.3	28.8	38.2	66.4	2,176
Total 1998	42.5	1,543	36.2	30.2	48.1	66.7	1,223

Nota: Las estimaciones se refieren a los niños nacidos en el período de 1-59 meses que precedieron la encuesta, excluyéndose así los nacidos en el mes de la entrevista. Para el año 2003, las cifras de tratamiento incluyen IRA o fiebre. En 1998 y 2008 no se incluyó fiebre.

[1] Incluye hospitales, centros y puestos de salud, promotores, farmacias y médicos privados. Se excluyen tienda y curandero.

[2] La terapia de rehidratación oral (TRO) incluye sales de rehidratación oral (SRO) o solución casera recomendada

[3] Para Pando, el tratamiento de IRA está basado en 101 casos sin ponderar y los indicadores de diarrea en 111

SITUACIÓN DE LACTANCIA

Los patrones de alimentación del niño influyen en su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. En este sentido, la práctica de la lactancia materna provee a los infantes de nutrientes adecuados y les brinda inmunidad para un gran número de enfermedades comunes en la infancia. Sin embargo, el inicio temprano de la complementación alimentaria sin las medidas adecuadas de higiene y esterilización, limita lo valioso de la lactancia materna al exponer al niño a sustancias contaminadas por el ambiente. Los hábitos de lactancia y alimentación complementaria están muy relacionados con el grado de nutrición y con los riesgos de enfermedad y muerte.

Por otro lado, la duración y la intensidad de la lactancia en el período del postparto, influyen en el intervalo entre nacimientos y los niveles de fecundidad resultantes, los que, a su vez, condicionan las posibilidades de sobrevivencia de los hijos futuros y de las madres. Asimismo, la alimentación inadecuada y la prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas son determinantes más importantes que los factores genéticos en el crecimiento de los infantes. Por ello, la desnutrición infantil es una de las variables más sensibles a las condiciones de vida.

En la **ENDSA 2008** se les preguntó a las madres sobre la práctica de la lactancia: su inicio, frecuencia y el uso de alimentación complementaria de cada hijo nacido vivo desde enero de 2003. A partir de información sobre la situación de la lactancia en las 24 horas antes de la encuesta, en el Cuadro 5.3 se presenta la distribución porcentual de los niños sobrevivientes según meses transcurridos desde el nacimiento: si están lactando o no; y si están lactando, si lo hacen exclusivamente o si reciben sólo agua o complementación alimenticia. También se detalla, por edad del niño, la prevalencia de la alimentación con biberón.

Aunque la práctica de lactancia es bastante extendida entre las madres bolivianas —menos del 1 por ciento de los niños menores de tres meses no reciben algún tipo de lactancia— los resultados evidencian que la complementación con otro tipo de alimentos se inicia muy tempranamente, lo cual se ha comprobado disminuye significativamente los beneficios inmunitarios y nutricionales de la leche materna para el niño amamantado.

También es notorio que una significativa proporción de madres abandona la práctica a medida que el niño va creciendo, antes de que alcance el período mínimo recomendado de seis meses. Por ejemplo, mientras entre los niños menores de dos meses de vida el 70 por ciento recibía lactancia exclusiva y sólo un uno por ciento no era lactado, entre los niños de 6-8 meses apenas el 11 por ciento recibe lactancia exclusiva. El principal complemento alimenticio temprano que reciben los niños que lactan es la leche no materna, práctica que asciende al 19 por ciento entre los menores de dos meses.

Cuadro 5.3 Situación de lactancia para niños menores de tres años

Distribución porcentual de los niños menores de tres años que viven con la madre por situación de lactancia y porcentaje de niños menores de tres años que usan biberón, según edad en meses, Bolivia 2008

		Niños que lactan								
			Lactan y reciben							
Edad en meses	Niños que no están lactando	Lactan exclusivamente	Sólo agua	Líquidos (agua/ jugos)	Leche no materna	Complementos	Total	Número de hijos que viven con la madre	Alimentación con biberón[1]	Número de niños menores de tres años
0-1	1.1	69.6	4.3	5.5	18.5	1.0	100.0	238	21.1	240
2-3	0.8	68.8	5.0	3.0	19.9	2.6	100.0	288	18.7	289
4-5	3.2	43.6	4.9	9.0	15.1	24.2	100.0	273	35.3	276
6-8	4.5	11.3	1.7	3.5	1.0	78.0	100.0	410	35.7	414
9-11	6.8	1.0	0.0	0.6	0.0	91.6	100.0	421	42.3	427
12-17	21.2	0.0	0.1	0.3	0.0	78.4	100.0	853	45.9	872
18-23	54.1	0.0	0.0	0.0	0.0	45.9	100.0	797	42.4	871
24-35	82.7	0.0	0.0	0.0	0.0	17.3	100.0	1,205	32.6	1,648
0-3	0.9	69.2	4.7	4.1	19.2	1.9	100.0	526	19.8	529
<6	1.7	60.4	4.7	5.8	17.8	9.5	100.0	799	25.1	805
6-9	5.2	8.9	1.3	2.8	0.8	81.0	100.0	542	37.1	548
12-15	15.4	0.0	0.1	0.5	0.0	84.0	100.0	582	47.1	592
12-23	37.1	0.0	0.0	0.2	0.0	62.7	100.0	1,650	44.2	1,743
20-23	60.2	0.0	0.0	0.0	0.0	39.8	100.0	529	40.5	583
2003										
<6	4.4	53.6	9.5	4.8	16.5	11.2	100.0	909	28.5	919
6-9	8.8	9.6	3.0	2.9	1.8	73.8	100.0	603	36.1	605

Nota: Se incluye el último nacido vivo de las mujeres entrevistadas, es decir, el niño más pequeño. La situación de lactancia se refiere al periodo de 24 horas antes de la entrevista (el día o la noche anterior). Los niños clasificados como 'lactan y reciben sólo agua' no reciben otros alimentos. La alimentación complementaria puede incluir alimentos sólidos o semisólidos. Aquellos niños que recibieron leche materna y otros líquidos pero no recibieron alimentos complementarios fueron clasificados en la categoría de 'lactan y reciben líquidos' aunque ellos hayan consumido agua también. Los niños que consumieron alimentos complementarios fueron clasificados en esa categoría solamente si también están siendo lactados.

[1]Incluye todos los niños menores de 3 años, no únicamente el más joven

NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS

Dado que el estado nutricional de los niños está estrechamente asociado a su morbilidad y mortalidad, en la ENDSA 2008 se incluyó un módulo de antropometría, en el cual se obtuvo el peso y la talla de todos los niños menores de cinco años presentes en el hogar siguiendo las normas internacionales de medición, para lo cual se utilizaron instrumentos de precisión (balanzas digitales SECA 890 de UNICEF y tallímetros marca Shorr). De la información sobre peso y talla se han calculado los siguientes índices:

- Desnutrición crónica, estimada a partir de la talla para la edad. Los niveles de desnutrición crónica, es decir, retardo en el crecimiento en estatura para la edad, se determina al comparar la estatura del niño con la esperada para su edad y sexo. Los niveles de desnutrición crónica en niños próximos a cumplir los cinco años, por ejemplo, son un indicador de los efectos acumulativos del retraso en el crecimiento.

- Desnutrición aguda (emaciación), estimada a partir del peso para la talla. El peso para la talla es un indicador de desnutrición reciente, conocido también como desnutrición aguda o emaciación, que mide el efecto de la escasez o deterioro en la alimentación y de la presencia de enfermedades en el pasado inmediato. Se diría que obedece a situaciones de coyuntura.

- Desnutrición global, estimada a partir del peso para la edad. El peso para la edad es considerado como un indicador general de la desnutrición, puesto que no diferencia la desnutrición crónica, que se debería a factores estructurales de la sociedad, de la aguda, que corresponde a pérdida de peso reciente.

La evaluación del estado nutricional se hace comparando la población en estudio con el patrón tipo establecido como población de referencia por el Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). El patrón internacional es útil porque facilita la comparación entre poblaciones y subgrupos en un momento dado o a través del tiempo. Una ventaja adicional consiste en la disponibilidad de un patrón "estandarizado" en el sentido de que la media y la mediana de las distribuciones coinciden. La proporción de niños que están por debajo de dos desviaciones estándar con respecto a esta población de referencia se utiliza como indicador del nivel de desnutrición en la población en estudio (la proporción por debajo de tres desviaciones o más se consideran con desnutrición severa). Por supuesto que en cualquier población existe una variación natural en peso y talla, variación que aproxima los porcentajes encontrados en la distribución normal, la cual incluye 2.3 por ciento de casos por debajo de 2 desviaciones estándar.

Los resultados se presentan en el Cuadro 5.4 según edad del niño, sexo, edad de la madre, lugar de residencia y educación. Los resultados según área de residencia y departamento se contrastan en el Gráfico 5.2.

El total de niños con desnutrición crónica asciende al 22 por ciento (27 por ciento en 2003), el cinco por ciento considerada como severa. Apenas el uno por ciento sufre de desnutrición aguda y el seis por ciento de desnutrición global. El porcentaje más elevado de niños con desnutrición crónica (26 por ciento) se concentra en las edades de 12 a 23 meses y de 48 a 59 meses.

Hay más niños con desnutrición crónica en el área rural (33 por ciento) que en la urbana (13 por ciento) y se destacan los departamentos de Potosí y Chuquisaca (39 y 30 por ciento, respectivamente), en contraste con Santa Cruz (9 por ciento). Entre las madres sin ningún nivel educativo se detectó un 44 por ciento de niños con desnutrición crónica y un 16 por ciento con desnutrición global.

VACUNACIÓN

Al igual que en las encuestas anteriores, en la **ENDSA 2008** se indagó también sobre la historia de vacunación de los niños nacidos en los cinco años anteriores a la encuesta. Se prestó atención a vacunas contra las enfermedades que configuran los principales cuadros de morbilidad infantil: tuberculosis, difteria, tosferina, tétanos, Hepatitis B, Hemophylus Influenza tipo B, polio y sarampión. A las entrevistadas que tuvieron hijos nacidos vivos desde enero del 2003 se les pidió mostrar el carné de salud infantil y/o comprobante de salud de cada uno de ellos a fin de registrar las vacunas que el niño había recibido y las fechas en que habían sido administradas. Cuando la madre no tenía el carné de salud infantil, o por algún motivo no lo mostraba, la encuestadora sondeaba cuidadosamente para saber si el niño había recibido las principales vacunas. Obviamente, los datos captados por este último medio son menos confiables por estar sujetos a posibles errores de memoria y declaración. Este hecho y el que la información provenga de encuestas en hogares representativos de la población en vez de registros de personas o de eventos, exige extrema cautela al hacer comparaciones con otras estimaciones de las coberturas de vacunación.

Cuadro 5.4 Indicadores de desnutrición para niños menores de cinco años según características seleccionadas

Entre los niños menores de cinco años, porcentaje clasificado como desnutrido por tres indicadores antropométricos: talla para la edad, peso para la talla y peso para la edad, según características seleccionadas, Bolivia 2008

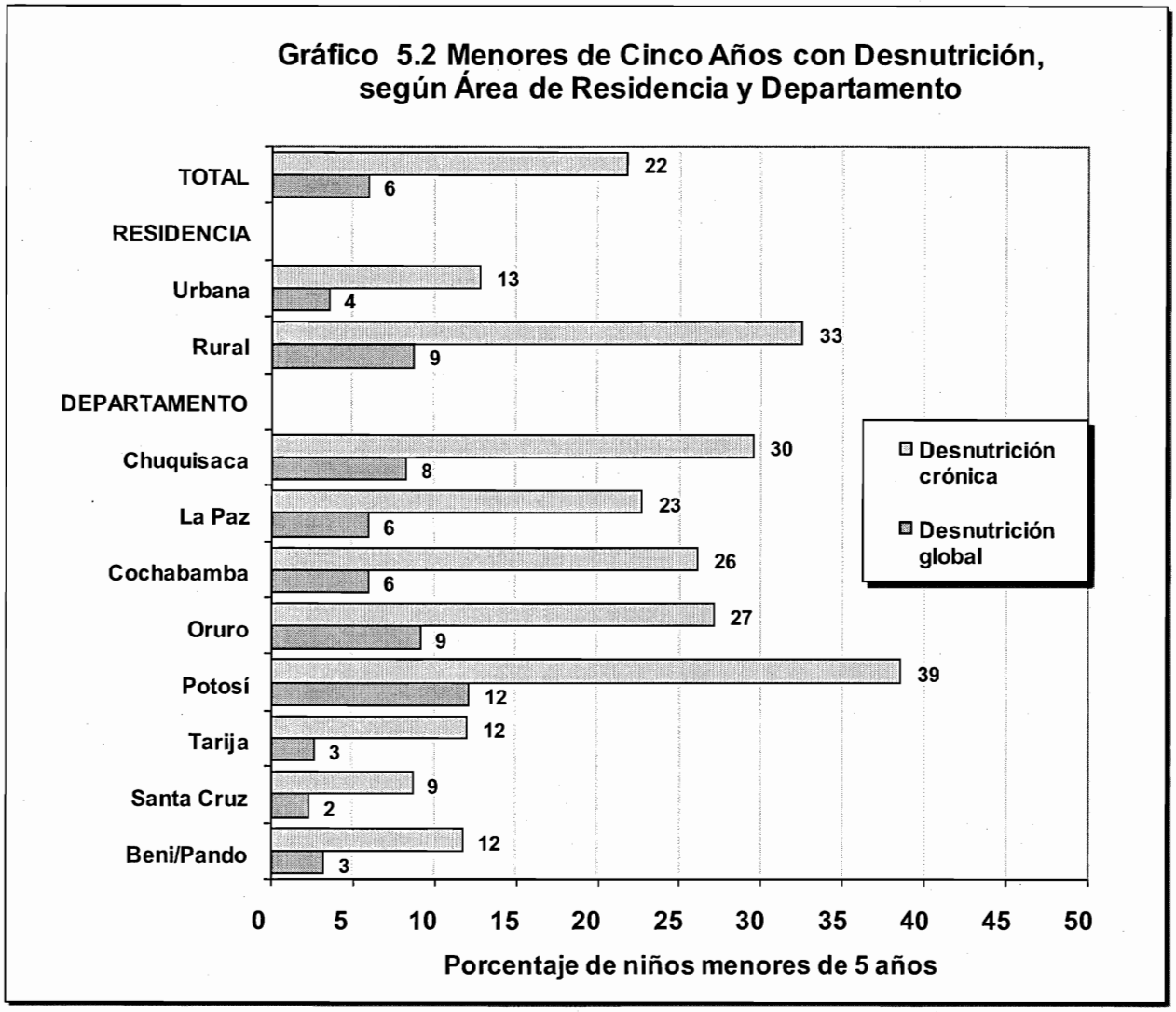
Característica	Desnutrición crónica (Talla para la edad)		Desnutrición aguda (Peso para la talla)		Desnutrición global (Peso para la edad)		Número de niños
	Severa[1]	Total[2]	Severa[1]	Total[2]	Severa[1]	Total[2]	
Edad en meses							
<6	0.3	3.9	0.4	1.7	0.2	1.4	739
6-9	1.1	9.4	0.8	2.1	0.6	2.7	544
10-11	2.3	16.0	0.2	0.9	0.2	5.6	296
12-23	7.7	25.7	0.3	2.3	2.0	10.3	1,736
24-35	5.7	23.7	0.4	1.1	1.2	7.0	1,677
36-47	5.1	24.2	0.0	0.4	0.2	4.7	1,679
48-59	6.6	26.4	0.1	0.3	0.1	4.6	1,740
Sexo							
Hombre	5.0	21.9	0.3	1.6	1.1	6.2	4,269
Mujer	5.6	21.8	0.2	0.7	0.5	5.6	4,141
Educación							
Sin educación	12.7	44.2	0.3	2.0	1.8	15.7	469
Primaria	7.0	28.1	0.2	1.3	1.0	7.0	4,322
Secundaria	2.2	11.6	0.3	0.8	0.3	3.2	2,318
Superior	1.4	6.2	0.2	0.8	0.6	2.0	903
Edad de la madre							
15-19	4.3	18.3	0.6	1.4	1.4	6.2	511
20-24	4.0	19.5	0.4	1.2	0.5	5.6	1,748
25-29	4.6	19.4	0.1	0.9	0.7	5.2	2,212
30-34	5.1	20.5	0.4	1.3	1.0	5.4	1,628
35-49	7.8	28.7	0.1	1.1	0.8	7.3	1,913
Situación de la mujer							
Madres entrevistadas	5.4	21.9	0.3	1.2	0.8	5.9	7,810
Madres no entrevistadas							
Pero en el hogar	3.6	18.1	0.1	0.1	0.1	5.6	203
Pero no en el hogar	5.1	22.7	0.3	1.2	0.6	6.3	396
Área de residencia							
Urbana	2.4	12.8	0.2	0.8	0.3	3.5	4,553
Rural	8.7	32.5	0.3	1.6	1.3	8.7	3,857
Región							
Altiplano	6.6	27.5	0.3	1.5	1.2	8.0	3,720
Valle	6.7	25.0	0.2	0.9	0.5	6.0	2,415
Llano	1.7	9.1	0.3	0.9	0.3	2.4	2,276
Departamento							
Chuquisaca	8.7	29.5	0.0	1.4	0.7	8.2	533
La Paz	4.8	22.7	0.4	1.0	1.0	5.9	2,274
Cochabamba	7.0	26.1	0.2	0.7	0.6	5.9	1,570
Oruro	6.0	27.1	0.0	1.1	1.3	9.1	434
Potosí	10.8	38.5	0.1	2.6	1.7	12.1	1,013
Tarija	1.7	12.0	0.3	0.9	0.0	2.6	312
Santa Cruz	1.6	8.6	0.3	0.8	0.3	2.3	1,893
Beni	1.9	11.7	0.4	1.1	0.0	2.9	325
Pando[3]	3.5	11.3	0.6	1.0	1.0	4.9	57
Total 2008	**5.3**	**21.8**	**0.3**	**1.1**	**0.8**	**5.9**	**8,410**
Total 2003	8.0	26.5	0.3	1.3	1.3	7.5	9,762
Total 1998	9.4	26.8	0.3	1.3	1.1	7.6	5,773

Nota: Las estimaciones se refieren a los niños nacidos en el período 3-59 meses anteriores a la encuesta (se excluyen los menores de 3 meses) y que durmieron en el hogar la noche anterior. Cada índice se expresa en términos del número de desviaciones estándar de la media del patrón internacional utilizado por NCHS/CDC/OMS. Los niños se clasifican como desnutridos si están **2 o más** desviaciones estándar por debajo de la media de la población de referencia.

[1] Niños que están **3 o más** desviaciones estándar por debajo de la media

[2] Niños que están **2 o más** desviaciones estándar por debajo de la media. Incluye los niños que están **3 o más** desviaciones estándar por debajo de la media

[3] Para Pando, los indicadores de desnutrición están basados en 373 casos sin ponderar



Para evaluar la situación reciente de la cobertura de las vacunaciones se presenta la información para los niños de 18-29. Se supone que a esa edad ya se deben haber recibido la mayoría de las vacunas recomendadas, incluyendo la antisarampiosa, la cual se aplica desde hace algún tiempo después de cumplir el primer año (antes se aplicaba a los 9 meses). El número de niños y niñas de 18-29 meses vacunados a cualquier edad (antes o después de cumplir 18 meses) por fuente de información (carné de salud infantil o información de la madre) permite calcular el porcentaje de niños que ha recibido cada vacuna por cada fuente de información y la cobertura total combinando las dos fuentes. El porcentaje con carné de salud asciende al 77 por ciento, igual al 2003.

En el Cuadro 5.5 se presentan las coberturas estimadas de vacunación de los niños de 18-29 meses para cada una de las vacunas recomendadas: BCG; cada una de las tres dosis de PENTA/DPT; tres dosis de Polio y la de Sarampión, según características seleccionadas. La tenencia de carné de salud infantil en el 2008 (75 por ciento) es levemente inferior a la registrada en 2003 (79 por ciento). Los cambios en la cobertura entre 2003 y 2008 se presentan en el Gráfico 5.3.

Casi la totalidad de los niños y niñas recibieron la vacuna BCG y las primeras dosis de PENTA/DPT y Polio (98 por ciento en cada uno de los tres casos). Estas últimas vacunas, de dosis múltiple, disminuyen a 85 y 86 por ciento, respectivamente, en terceras dosis; el 72 por ciento de los niños de 12-23 meses recibió la vacuna antisarampionosa.

Las coberturas en la **ENDSA 2008** para los niños 18-29 meses son superiores a las encontradas en la ENDSA 2003, particularmente para las terceras dosis de DPT y Polio; y para la antisarampionosa (72, 70 y 82 por ciento para 2003, respectivamente, en comparación con 86 por ciento para cada una de las tres vacunas en 2008). Asimismo, el 67 por ciento había recibido todas las vacunas en 2008, frente al 64 por ciento en 2003.

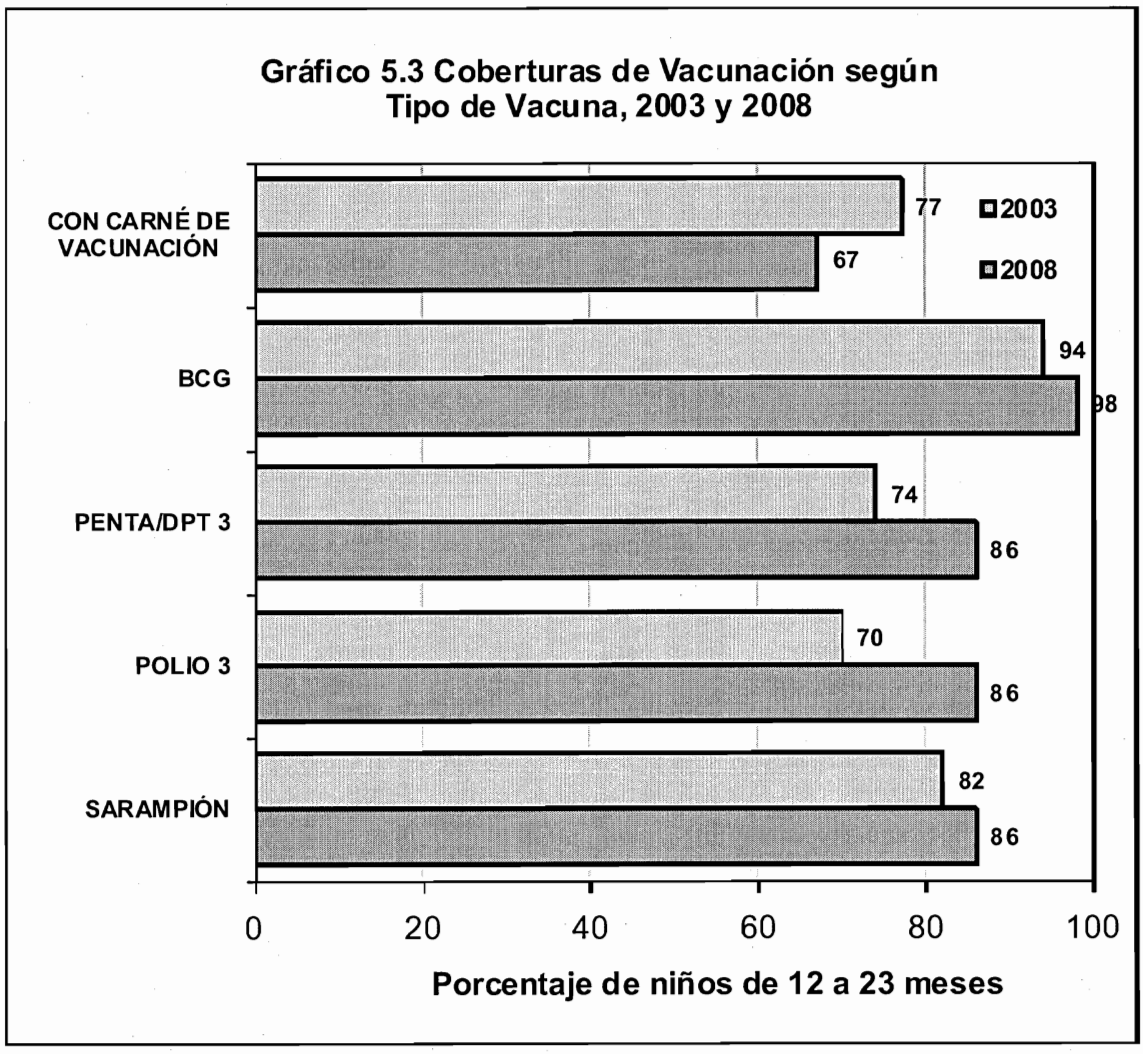
Los mayores diferenciales en la cobertura de vacunación se presentan por departamento. Las menores coberturas de vacunación se encuentran en los departamentos del Altiplano. En La Paz, por ejemplo, apenas el 64 por ciento de los niños de 18-29 meses han recibido todas las vacunas, en comparación con el 92 por ciento en Tarija y el 93 por ciento en Chuquisaca.

Cuadro 5.5 Vacunación en cualquier momento de los niños de un año, según características seleccionadas

Entre los niños de 18-29 meses, porcentaje con carné de salud infantil visto por la entrevistadora y porcentaje que recibió cada vacuna en cualquier momento, según el carné de salud infantil o el informe de la madre, según características seleccionadas, Bolivia 2008

		DPT[1]			Polio							
Característica	BCG	DPT 1	DPT 2	DPT 3	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Anti-saram-pionosa	**Todas las vacu-nas[2]**	Nin-guna	Con carné de salud	Número de niños
Sexo												
Hombre	98.6	97.3	92.7	86.8	97.2	92.4	86.9	84.6	78.4	0.6	77.9	920
Mujer	98.1	96.7	91.4	84.4	97.3	91.6	84.4	87.2	78.8	1.0	74.8	769
Orden de nacimiento												
1	98.2	98.0	94.2	89.2	97.2	92.8	88.4	86.7	82.0	0.9	74.4	464
2-3	98.7	97.8	92.2	85.8	98.0	92.5	86.4	85.8	79.2	0.5	80.0	685
4-5	98.7	95.8	91.1	83.0	96.8	91.8	83.5	86.7	75.4	0.7	75.7	269
6+	97.8	94.8	89.3	82.0	95.9	89.8	81.9	83.2	74.3	1.4	72.1	271
Educación												
Sin educación	98.5	95.6	92.5	85.3	96.6	93.5	85.3	89.3	80.4	1.5	72.6	112
Primaria	97.7	95.9	89.7	82.8	96.3	89.0	82.2	84.9	76.2	1.3	76.8	914
Secundaria	99.9	98.3	94.1	89.0	98.7	95.2	90.4	85.8	81.1	0.1	78.2	470
Superior	98.3	100.0	98.4	91.9	98.6	97.5	91.5	87.9	82.5	0.0	73.0	194
Área de residencia												
Urbana	98.7	97.2	92.3	84.6	97.0	92.3	85.2	84.9	78.0	0.5	78.6	893
Rural	98.1	96.8	91.9	86.9	97.6	91.7	86.4	86.7	79.2	1.2	74.1	796
Región												
Altiplano	98.1	95.8	90.0	81.5	96.8	90.6	81.8	81.3	71.8	0.8	72.1	769
Valle	98.5	97.8	93.7	90.0	97.4	92.6	89.3	90.2	84.8	1.5	81.3	468
Llano	98.9	98.3	94.0	88.4	97.9	93.9	88.7	88.8	83.7	0.1	79.0	453
Departamento												
Chuquisaca	100.0	99.4	98.9	97.8	99.4	97.9	96.7	96.4	93.1	0.0	81.6	107
La Paz	97.1	95.1	88.0	76.5	96.1	88.4	76.5	74.6	64.3	1.1	77.0	455
Cochabamba	97.7	96.7	90.9	86.2	96.2	89.6	85.5	87.1	80.5	2.3	79.1	302
Oruro	99.6	96.5	92.8	89.0	98.1	94.3	89.3	86.6	80.5	0.4	77.4	99
Potosí	99.5	97.2	93.1	88.7	97.8	93.3	89.8	92.9	83.8	0.4	59.4	214
Tarija	99.5	100.0	98.2	95.0	100.0	98.2	95.7	95.4	91.6	0.0	91.8	59
Santa Cruz	99.0	98.2	93.4	87.5	97.7	93.3	87.9	88.2	83.2	0.0	78.8	380
Beni	98.1	98.7	97.2	94.9	98.7	97.2	94.9	92.1	87.2	0.8	79.6	64
Pando	100.0	100.0	96.3	80.3	100.0	96.6	78.0	92.1	76.9	0.0	80.5	9
Total 2008	**98.4**	**97.0**	**92.1**	**85.7**	**97.3**	**92.0**	**85.8**	**85.8**	**78.6**	**0.8**	**76.5**	**1,689**
Total 2003	93.5	93.5	85.6	73.6	92.4	84.8	69.8	82.3	63.8	2.8	77.0	1,870

Nota: La cobertura total estimada es la suma de la cobertura proveniente del carné de salud infantil o vacunación y la información de la madre.
[1]La cobertura de DPT incluye la Pentavalente. La cobertura de DPT para niños sin carné de salud infantil se asume la misma que para la Polio, sobre la cual se preguntó específicamente a las madres.
[2] Niños con vacunación completa (es decir, aquellos que han recibido BCG, tres dosis de DPT o de Pentavalente, tres de polio y la vacuna antisarampionosa.
[3] Para Pando, los indicadores de vacunación están basados en 59 casos sin ponderar



USO DE SAL YODADA

La deficiencia de yodo en la dieta causa bocio —un crecimiento de la glándula tiroides— y puede causar daños irreversibles al cerebro cuando la deficiencia se presenta antes del nacimiento o durante la infancia o niñez. La yodación de la sal es un medio efectivo y de bajo costo para prevenir los desórdenes por deficiencia de yodo (DDY).

En la década de los años 90, el 29 por ciento de la población mundial (unos 1,600 millones en 110 países) estaba en riesgo de desarrollar DDY por carencia de este mineral esencial en su alimentación. Se estimaba que más de 655 millones de personas tenían bocio y que millones de niños sufrían de retardo mental como resultado.

En Bolivia, la yodación de la sal es la estrategia principal en el control de los DDY. En 1984, la producción de la sal yodada cubrió menos del 10 por ciento del requerimiento para consumo humano. En aquella época el país tenía una de las prevalencias de bocio más elevadas del mundo (65 por ciento). En Bolivia el control de yodo en sal se hace regularmente por el sistema de control de calidad del Ministerio de Salud y Deportes, tanto cualitativamente como cuantitativamente.

El consumo de sal con yodo ha sido vigilado mediante múltiples encuestas nacionales de manera cualitativa, aplicando prueba de campo con reactivo especial que cambia de color a la sal que contiene yodo. Mientras que en 1994 la ENDSA reportó que el 81 por ciento de hogares consumía sal con yodo, en 1996 la MICS (Encuesta de Indicadores Múltiples de UNICEF) reportó un incremento al 91 por ciento, porcentaje que se mantuvo en la ENDSA 1998. La Encuesta de Consumo e Impacto Nutricional de 2002 (ECIN2002) mostró que el porcentaje de hogares que consumían sal yodada era del 88 por ciento. Un hito importante en la lucha contra los DDY fue la certificación a Bolivia como país libre de DDY en 1996, pues la MICS 96 mostró indicadores favorables en las pruebas de yoduria (yodo excretado en orina) de la población boliviana.

En la **ENDSA 2008** en todos los hogares visitados se realizó la prueba cualitativa de campo que se aplicó a una muestra de la sal utilizada para cocinar el día anterior a la entrevista. Los resultados se muestran en el Cuadro 5.6. En el 4 por ciento de los hogares no utilizan sal o no cocinan y en el 84 por ciento de los hogares utilizan sal en bolsa con sello. El uso de este tipo de sal varía desde el 69 por ciento en Pando hasta el 96 por ciento en Chuquisaca. Si se consideran todos los hogares entrevistados, en el 88 por ciento de ellos se consume sal yodada, con el menor nivel observado en La Paz (81 por ciento). El uso de sal yodada asciende a 91 por ciento si se consideran únicamente los hogares en los cuales se consume sal en bolsa con sello. En estos hogares, La Paz presenta el nivel más bajo con el 88 por ciento.

Cuadro 5.6 Tipo de sal utilizada en los hogares y uso de sal yodada según características seleccionadas

Distribución porcentual de los hogares según tipo de sal utilizada para cocinar y porcentaje de hogares que usan sal yodada, según características seleccionadas, Bolivia 2008

	Tipo de sal								Sal yodada		
Característica	Ninguna sal/no cocina	Sal en bolsa con sello	Sal en bolsa sin sello	Sal en bloque	Sal granulada	Otra sal	No sabe/ sin infor-mación	Total	Sal en bolsa con sello	Todo tipo de sal	Número de hogares
Número de miembros en el hogar											
1-2	10.8	76.0	0.9	1.9	3.0	6.8	0.6	100.0	92.0	85.7	5,359
3-4	1.4	86.4	1.0	1.1	1.6	8.1	0.4	100.0	90.8	88.0	7,027
5-6	0.7	88.1	0.9	1.2	1.3	7.6	0.3	100.0	90.7	88.0	4,832
7 +	0.2	88.7	0.7	1.1	1.2	7.7	0.2	100.0	92.5	90.1	2,346
Área de residencia											
Urbana	5.2	82.8	1.0	0.1	0.9	9.4	0.5	100.0	89.3	87.9	11,674
Rural	1.4	86.3	0.8	3.2	3.3	4.9	0.2	100.0	94.1	87.4	7,890
Región											
Altiplano	2.4	84.5	1.0	2.6	2.8	6.2	0.5	100.0	88.7	83.1	9,268
Valle	3.2	92.6	0.5	0.4	0.5	2.4	0.3	100.0	93.8	92.2	5,731
Llano	6.8	73.2	1.3	0.1	1.5	16.8	0.3	100.0	93.4	91.4	4,565
Departamento											
Chuquisaca	2.0	95.5	0.3	0.2	0.2	1.7	0.1	100.0	91.4	90.8	1,224
La Paz	2.4	82.6	0.7	2.9	3.3	7.4	0.6	100.0	87.5	81.4	6,046
Cochabamba	3.0	92.3	0.6	0.5	0.8	2.4	0.5	100.0	93.8	91.7	3,606
Oruro	1.4	86.9	3.0	2.2	3.8	2.4	0.4	100.0	91.2	83.3	1,185
Potosí	3.0	88.6	0.7	1.8	0.8	5.0	0.1	100.0	90.5	87.8	2,038
Tarija	5.8	90.1	0.3	0.3	0.0	3.5	0.1	100.0	97.3	96.5	901
Santa Cruz	6.5	73.5	0.7	0.0	1.7	17.4	0.3	100.0	93.9	92.1	3,894
Beni	8.2	72.2	5.1	0.7	0.5	13.0	0.4	100.0	90.4	87.5	562
Pando[1]	9.2	69.2	3.6	0.0	1.1	15.8	1.1	100.0	91.6	88.3	109
Total 2008	**3.7**	**84.2**	**0.9**	**1.3**	**1.9**	**7.6**	**0.4**	**100.0**	**91.3**	**87.7**	**19,564**
Total 2003	3.8	86.4	1.0	1.6	2.6	3.9	0.7	100.0	95.2	90.1	19,207
Total 1998	0.5	94.4	0.6	2.0	1.2	nd	nd	100.0	95.7	90.8	11,187

nd = No disponible
[1] Para Pando, los indicadores están basados en 812 casos sin ponderar

ANEMIA EN NIÑOS Y EN MUJERES

La anemia es definida como una concentración de hemoglobina que es inferior al intervalo de confianza de 95 por ciento entre individuos saludables y bien nutridos de la misma edad, sexo y tiempo de embarazo. La hemoglobina puede medirse en forma fotométrica luego de una conversión a cianometahemoglobina. Este principio ha sido aceptado por el Comité Internacional para la Estandarización en Hematología como un método para la detección de hemoglobina. Recientemente ha sido desarrollada una técnica simple y confiable para la detección fotométrica de hemoglobina utilizando el sistema HemoCue. Esta técnica es usada ampliamente para detección de anemia en varios países. Por las anteriores razones, la técnica de HemoCue ha sido escogida como el método básico para la medición de hemoglobina en las ENDSAS.

La clasificación de la anemia severa, moderada o leve se hace con los siguientes puntos de corte para las mujeres:

Anemia severa: menos de 7.0 g/dl
Anemia moderada: 7.0-9.9 g/dl
Anemia leve: 10.0-11.9 g/dl (10.0-10.9 para las mujeres embarazadas).

La clasificación para los niños se hizo utilizando los siguientes límites superiores teniendo en cuenta la edad:

Edad en meses	Límite superior de la categoría		
	Leve	Moderada	Severa
0-3	8.9	6.9	4.9
3-6	10.4	8.4	5.4
7-23	10.9	8.9	5.9
24+	11.4	9.4	6.4

El nivel requerido de hemoglobina en la sangre depende de la presión parcial de oxígeno en la atmósfera. Como Bolivia es un país donde un gran número de personas viven a alturas donde la presión de oxígeno es reducida en comparación con la del nivel del mar, se requiere un ajuste a las mediciones de hemoglobina para poder evaluar el estado de anemia, es decir el nivel mínimo requerido de hemoglobina dada la disponibilidad de oxígeno en la atmósfera. Hay dos formas de ajuste para la evaluación del estado de anemia: cambiando los límites de los niveles mínimos de hemoglobina según la elevación sobre el nivel del mar o llevando a nivel del mar la medición observada. Esto se hace restando de la medición el incremento que se observa en la hemoglobina como resultado de vivir a mayores alturas. La segunda alternativa es la más utilizada y es la empleada para los cálculos en las ENDSAS.

El aumento en los niveles de hemoglobina con la altura fue estudiado en Perú en 1945 por Hurtado. También ha sido estudiado en los Estados Unidos por el Pediatric Nutrition Surveillance System (CDCPNSS) y en el Ecuador por Dirren y colaboradores. Los ajustes basados en estos estudios están expresados en un cuadro de valores preparado por Hurtado o en fórmulas cuadráticas del CDCPNSS y Dirren. Comparaciones realizadas para la preparación de otros informes en el programa DHS muestran una gran coherencia entre las tres variaciones de ajuste, dando confianza en el ajuste utilizado para las observaciones en las varias ENDSAS.

Para este informe se ha adoptado una fórmula recomendada por el CDC desde 1998. Las mediciones iniciales del nivel de hemoglobina han sido llevadas a nivel del mar con el siguiente procedimiento:

Nivel ajustado=Nivel observado - ajuste por altura. El ajuste por altura se calcula: Ajuste=-0.032*(alt)+0.022*(alt*alt), donde (alt) es: [(altura en metros)/1,000]*3.3.

Los resultados se presentan en el Cuadro 5.7 para niños y en el 5.8 para mujeres. Los resultados según área de residencia y departamento se resumen en el Gráfico 5.4.

Como se observa en el Cuadro 5.7, seis de cada diez niños (61 por ciento) presenta algún grado de anemia, por encima de lo observado en el 2003 (51 por ciento). La anemia moderada es más prevalente que la leve (33 y 25 por ciento, respectivamente).

Las mayores prevalencias de anemia se presentan en niños menores de 24 meses (oscilando entre el 74 y el 80 por ciento). Entre los hijos de madres muy jóvenes (de 15 a 19 años), el nivel de anemia alcanza el 73 por ciento.

En Tarija, Santa Cruz y Beni alrededor del 47 por ciento de los niños padecen de anemia, en comparación con el 72 por ciento en La Paz y el 78 por ciento en Potosí.

En el caso de las mujeres (Cuadro 5.8), se encontró que el 38 por ciento tenía anemia en algún grado. La anemia es mayor en el área rural y entre las mujeres sin educación. Se observan diferencias por condición de embarazo: en mujeres embarazadas la prevalencia de anemia es diez puntos porcentuales mayor que en las mujeres no embarazadas (48 y 38 por ciento, respectivamente), debido principalmente a los elevados niveles de anemia moderada.

Los menores porcentajes de anemia se encontraron en Chuquisaca, Cochabamba, Tarija, Santa Cruz y Beni (alrededor de 29 por ciento) y los mayores en La Paz (51 por ciento) y Potosí (47 por ciento).

Cuadro 5.7 Prevalencia de anemia en niños según características seleccionadas

Porcentaje de niños de 6-59 meses con anemia, según características seleccionadas, Bolivia 2008

Característica	Total con anemia	Tipo de anemia: Anemia leve	Anemia moderada	Anemia severa	Número de niños
Edad en meses					
6-9	79.6	23.9	43.4	12.3	157
10-11	74.4	17.8	53.4	3.3	118
12-23	77.8	23.3	48.0	6.5	553
24-35	63.0	29.2	31.3	2.6	542
36-47	51.3	25.4	25.0	0.9	609
48-59	46.7	23.4	22.7	0.7	571
Sexo					
Hombre	63.7	24.2	35.9	3.6	1,325
Mujer	58.8	25.6	30.4	2.9	1,224
Edad de la madre					
15-19	73.3	29.8	37.2	6.3	155
20-24	63.6	25.7	33.7	4.2	534
25-29	64.2	26.7	34.3	3.2	631
30-34	59.6	24.2	32.4	3.0	485
35-49	56.3	22.1	32.1	2.0	589
Situación de la madre					
Madres entrevistadas	62.1	25.0	33.7	3.4	2,337
Madres no entrevistadas					
Pero en el hogar	49.3	26.1	23.3	0.0	58
Pero no en el hogar	54.5	21.7	30.4	2.5	155
Área de residencia					
Urbana	55.7	22.8	29.8	3.2	1,354
Rural	67.7	27.2	37.2	3.3	1,195
Educación					
Sin educación	73.9	25.6	43.1	5.2	119
Primaria	62.3	25.7	33.8	2.9	1,324
Secundaria	64.9	25.9	34.4	4.7	683
Superior	45.4	19.6	25.0	0.8	268
Región					
Altiplano	73.5	25.9	42.5	5.2	1,169
Valle	53.3	24.1	27.2	1.9	719
Llano	48.5	23.9	23.5	1.2	661
Departamento					
Chuquisaca	61.2	20.1	39.7	1.5	186
La Paz	72.0	23.3	42.8	5.8	717
Cochabamba	51.4	25.9	23.2	2.3	449
Oruro	71.3	24.9	40.3	6.1	138
Potosí	78.1	32.0	42.7	3.4	314
Tarija	46.1	23.9	21.1	1.1	84
Santa Cruz	48.6	23.7	23.8	1.1	531
Beni	47.4	24.7	20.9	1.8	116
Pando[1]	53.9	21.8	32.1	0.0	15
Total 2008	**61.3**	**24.9**	**33.2**	**3.2**	**2,549**
Total 2003	51.0	25.1	24.3	1.7	2,921
Total 1998	55.6	19.8	32.4	3.4	1,721

Nota: El cuadro está basado en niños que durmieron en el hogar la noche anterior a la entrevista. La prevalencia de anemia está ajustada por la altura.

[1] Para Pando, los cálculos están basados en 97 casos sin ponderar

Cuadro 5.8 Prevalencia de anemia en mujeres según características seleccionadas

Porcentaje de mujeres 15-49 años con anemia, según características seleccionadas, Bolivia 2008

Característica	Total con anemia	Tipo de anemia			Número de mujeres
		Anemia leve	Anemia moderada	Anemia severa	
Edad					
15-19	37.7	29.9	7.1	0.8	1,191
20-24	37.5	27.7	9.6	0.2	915
25-29	39.0	30.4	8.3	0.4	919
30-34	37.9	29.6	8.1	0.3	793
35-39	42.7	35.0	7.4	0.3	757
40-44	39.3	29.2	9.3	0.7	605
45-49	34.2	25.9	7.3	0.9	522
Condición de embarazo[1]					
Si	47.6	23.6	24.0	0.0	324
No	37.8	30.2	7.1	0.5	5,359
Educación					
Sin educación	48.0	37.1	10.8	0.2	237
Primaria	39.8	30.2	9.2	0.4	2,406
Secundaria	38.3	30.3	7.2	0.8	2,062
Superior	33.2	26.2	6.8	0.2	996
Estado conyugal					
Nunca casada	36.7	28.1	7.9	0.7	1,788
Casada/unida	39.4	30.6	8.3	0.4	3,463
Divorciada/separada	37.2	30.8	6.4	0.0	397
Viuda	46.1	28.4	15.7	2.0	53
Área de residencia					
Urbana	36.1	28.7	6.9	0.5	3,699
Rural	42.8	31.9	10.3	0.6	2,003
Región					
Altiplano	49.1	35.4	12.8	0.9	2,600
Valle	28.2	24.0	4.0	0.2	1,650
Llano	31.1	26.5	4.4	0.2	1,451
Departamento					
Chuquisaca	28.9	23.3	5.3	0.3	333
La Paz	51.4	37.5	13.0	0.9	1,739
Cochabamba	27.9	24.0	3.8	0.1	1,022
Oruro	39.1	28.1	9.6	1.4	313
Potosí	47.2	32.9	13.9	0.4	548
Tarija	28.4	24.7	3.6	0.1	294
Santa Cruz	30.4	26.2	4.0	0.3	1,239
Beni	30.6	25.5	5.1	0.0	180
Pando[2]	58.7	42.3	16.4	0.0	32
Total 2008	**38.4**	**29.8**	**8.1**	**0.5**	**5,701**
Total 2003	33.2	26.4	6.5	0.4	5,935
Total 1998	27.1	20.7	5.6	0.9	3,531

Nota: El cuadro está basado en mujeres que durmieron en el hogar la noche anterior a la entrevista. La prevalencia de anemia está ajustada por la altura

[1] No se muestran 19 casos sin información sobre la condición de embarazo

[2] Para Pando, los cálculos están basados en 239 casos sin ponderar

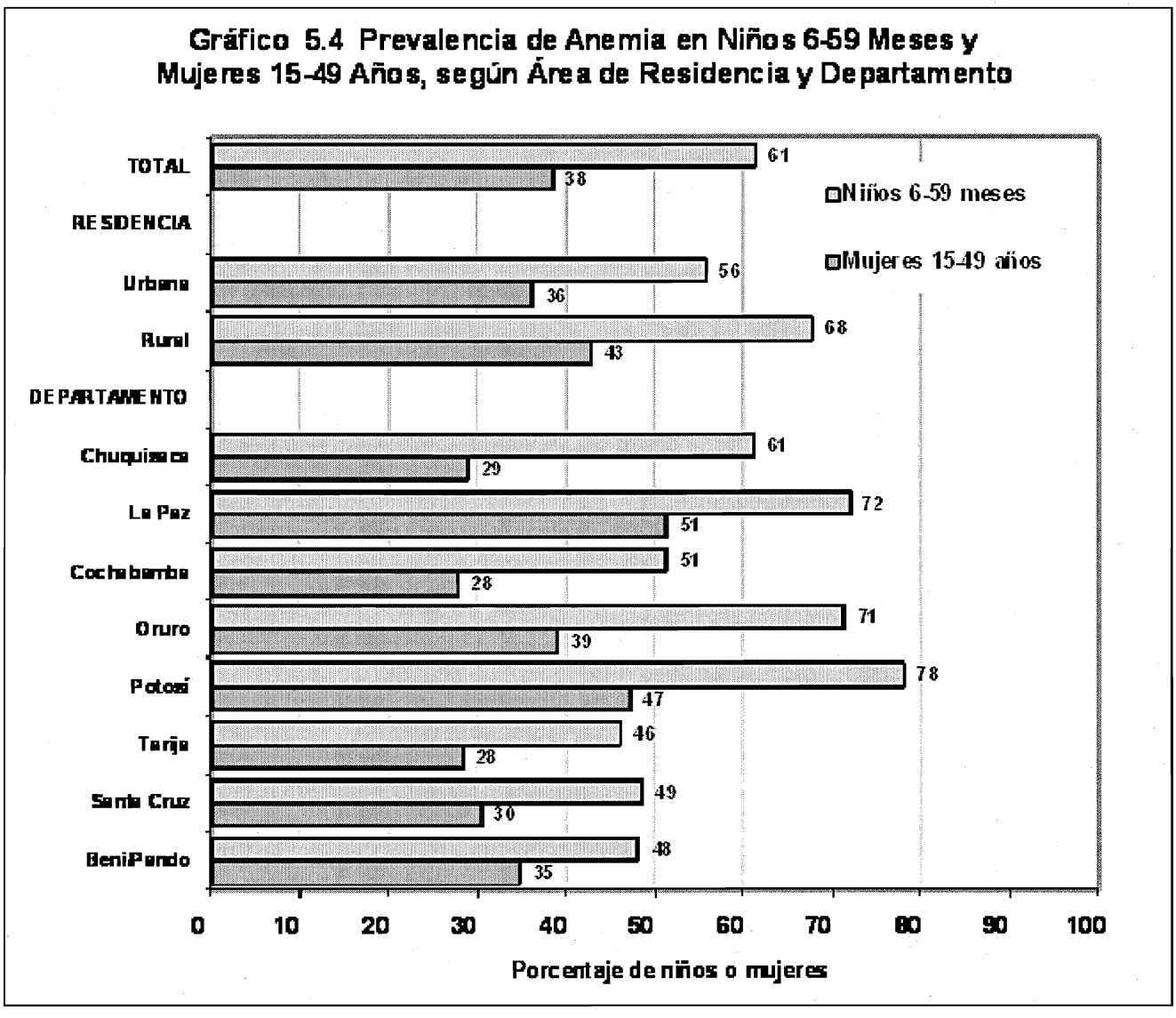


Gráfico 5.4 Prevalencia de Anemia en Niños 6-59 Meses y Mujeres 15-49 Años, según Área de Residencia y Departamento
TOTAL
RESIDENCIA
Urbana
Rural
DEPARTAMENTO
Chuquisaca
La Paz
Cochabamba
Oruro
Potosí
Tarija
Santa Cruz
Beni/Pando
61
38
56
36
68
43
61
29
72
51
51
28
71
39
78
47
46
28
49
30
48
35
Niños 6-59 meses
Mujeres 15-49 años
0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100
Porcentaje de niños o mujeres

MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ 6

Al igual que en ENDSAS anteriores, en la ENDSA 2008 se obtuvo la historia de los nacimientos para cada una de las mujeres entrevistadas, en la que se registró el sexo, fecha de nacimiento, edad actual y la condición de sobrevivencia de cada hijo nacido vivo. En el caso de los nacidos vivos que fallecieron se registraba la edad a la que había ocurrido el deceso, con tres variantes:

- En días para niños que murieron durante el primer mes de vida;
- En meses para los que perecieron entre uno y 23 meses; y
- En años para los que fallecieron después de cumplir los dos años.

Los datos recolectados en las historias de nacimientos permiten calcular, para períodos determinados, las siguientes probabilidades de morir:[1]

- Mortalidad neonatal: probabilidad de morir durante el primer mes de vida (MN);
- Mortalidad infantil: probabilidad de morir durante el primer año de vida ($_1q_0$);
- Mortalidad post-infantil: probabilidad condicional de morir entre el primero y el quinto aniversario ($_4q_1$);
- Mortalidad en la niñez: probabilidad de morir antes de cumplir 5 años ($_5q_0$).

Al igual que las otras variables demográficas, la mortalidad está sujeta a errores de declaración. La confiabilidad de las estimaciones de la mortalidad depende de los niveles de omisión de hijos que han fallecido al poco tiempo de nacer, especialmente cuando la defunción ha ocurrido bastante tiempo antes de la encuesta. Es importante, de igual manera, la calidad diferencial de la declaración de las fechas de nacimiento de hijos sobrevivientes e hijos muertos. Otro problema que puede ocurrir es la declaración errónea de la edad al morir o de la fecha de defunción del hijo. En encuestas en muchos países se ha observado una tendencia en las madres a redondear hacia "un año" (12 meses) como edad del hijo al morir, aún cuando el niño hubiera fallecido no exactamente a los 12 meses sino en meses próximos a esa edad. Este redondeo hace que en el mes 12 se produzca una gran concentración de defunciones. Cuando la magnitud del traslado de muertes ocurridas a los 10 u 11 meses de vida, hacia el año, es grande, se origina una subestimación de la mortalidad infantil y la sobreestimación de la mortalidad post-infantil. En el caso de la ENDSA 2008 y al igual que en la ENDSA 2003, no hay evidencias de desplazamientos significativos de edades al fallecer informadas para los menores de un año hacia los 12 meses o más en las declaraciones referidas a los cinco años anteriores a la encuesta.

En el Cuadro 6.1 se presentan estimaciones de la mortalidad infantil y en la niñez para varios quinquenios anteriores a la ENDSA 2008, calculadas a partir de la historia de nacimientos y defunciones obtenidas en las entrevistas a mujeres en edad reproductiva. La evolución de la mortalidad infantil según las encuestas de 1998, 2003 y 2008 se ilustra en el Gráfico 6.1. Los resultados según características seleccionadas se presentan en el Cuadro 6.2 para los cinco años anteriores a la encuesta.

[1] Las estimaciones de mortalidad no son *tasas* sino probabilidades calculadas siguiendo los procedimientos estándar de tablas de mortalidad. Para cada período calendario se tabulan las muertes y las personas expuestas para los intervalos de edad en meses: 0, 1-2, 3-5, 6-11, 12-23, 24-35, 36-47 y 48-59, para luego calcular probabilidades de sobrevivencia en cada intervalo de edad. Finalmente, se calculan las probabilidades de morir multiplicando las respectivas probabilidades de sobrevivir y restando de 1. Una descripción detallada del método para calcular las probabilidades de morir se encuentra en Rutstein, Shea. *Infant and child mortality: levels, trends and demographic differentials*. Edición Revisada. Estudio Comparativo No 43 EMF. Voorburg, Netherlands: ISI (1984).

PREVIOUS PAGE BLANK

Especial atención debe prestarse a la mortalidad durante el primer mes de vida (mortalidad neonatal), pues cuando desciende la mortalidad se espera que los riesgos tiendan a concentrarse en el primer mes de vida, por provenir fundamentalmente de razones congénitas o relacionadas al parto. En cambio, las causas de las defunciones entre los dos y los 11 meses son atribuibles a los condicionantes socio-económicos imperantes en los hogares y en su entorno.

Como se puede observar en el Cuadro 6.1, la mortalidad infantil (mortalidad durante el primer año de vida) para el quinquenio 2003-2008 se estima en 50 defunciones por mil nacidos vivos, la mortalidad neonatal (durante el primer mes de vida) en 27 muertes. La mortalidad durante los primeros cinco años de vida asciende a 63 muertes por cada mil nacidos. En el mismo cuadro se aprecia una tendencia a la disminución de este indicador, lo cual también se ha observado, a diferentes niveles, en las encuestas anteriores.

Cuadro 6.1 Mortalidad infantil y en la niñez según varios quinquenios

Mortalidad neonatal, postneonatal, infantil, postinfantil y en la niñez según varios quinquenios anteriores a la encuesta, Bolivia 2008

Período	Años calendario aproximados[1]	Mortalidad neonatal (MN)	Post-neonatal[2] (MPN)	**Mortalidad infantil ($_1q_0$)**	Post-infantil ($_4q_1$)	En la niñez ($_5q_0$)
0-4	2003-2008	27	23	50	14	63
5-9	1998-2003	34	31	65	24	88
10-14	1993-1998	35	40	76	34	107

[1]Como el trabajo de campo se realizó entre 13 de febrero y el 25 de junio del 2008, las tasas para los años 2003-2008 se refieren aproximadamente al período abril 2003-abril 2008 (en forma similar para los otros períodos).
[2]Calculada como la diferencia entre la tasa de mortalidad infantil y la de mortalidad neonatal

En el Cuadro 6.2 se presenta la mortalidad infantil en la niñez por características seleccionadas. Se puede apreciar que la mortalidad infantil es más elevada en el área rural que en la urbana (67 y 36 muertos por mil nacidos vivos, respectivamente). Las diferencias más importantes se presentan según el nivel de instrucción de las madres, pues de cada 1,000 nacidos a mujeres sin instrucción, 111 mueren antes de cumplir un año (la gran mayoría, 81, durante el período neonatal), frente a 21 en el caso de hijos de mujeres con instrucción superior. También se observa una alta mortalidad infantil cuando el intervalo intergenésico es menor a dos años (85 por mil) y cuando la mujer ha tenido 7 o más hijos (84 por mil).

Las tasas de mortalidad para departamentos en el Cuadro 6.2 se refieren a los 10 años antes de la **ENDSA 2008**. A nivel departamental, Potosí presenta la tasa más alta de mortalidad infantil (101 por mil), en comparación con apenas 31 por mil en Santa Cruz. Tarija, Beni y Chuquisaca también presentan niveles de mortalidad infantil relativamente bajos (37, 39, y 42 por mil, respectivamente).

Cuadro 6.2 Mortalidad infantil y en la niñez según características seleccionadas

Mortalidad neonatal, postneonatal, infantil, postinfantil y en la niñez para los cinco años que precedieron la encuesta, según características seleccionadas, Bolivia 2008

Característica	Mortalidad neonatal (MN)	Post-neonatal[1] (MPN)	**Mortalidad infantil ($_1q_0$)**	Post-infantil ($_4q_1$)	En la niñez ($_5q_0$)
Sexo del niño					
Hombre	30	26	55	13	67
Mujer	25	19	44	15	59
Edad de la madre al nacimiento					
<20	30	31	60	13	73
20-29	21	20	41	13	54
30-39	36	22	57	15	71
40-49	33	35	68	16	84
Orden de nacimiento					
1	22	21	42	10	51
2-3	26	18	44	11	55
4-6	26	26	52	18	70
7+	48	36	84	23	105
Intervalo de nacimiento previo					
<2 años	44	41	85	26	109
2 años	25	22	47	15	61
3 años	17	23	40	12	51
4+ años	28	13	41	9	49
Educación					
No educación	81	30	111	23	132
Primaria	26	30	55	18	72
Secundaria	22	15	37	6	43
Superior	18	3	21	6	27
Área de residencia					
Urbana	20	16	36	7	43
Rural	36	31	67	22	87
Región					
Altiplano	37	30	67	14	80
Valle	25	21	46	16	61
Llano	12	11	23	11	34
Departamento					
Chuquisaca	27	16	42	14	56
La Paz	34	29	63	19	81
Cochabamba	35	29	63	23	85
Oruro	23	33	56	14	69
Potosí	52	49	101	28	126
Tarija	20	17	37	12	48
Santa Cruz	17	15	31	15	46
Beni	22	17	39	18	56
Pando	20	27	47	15	62

Nota: Las tasas por departamento se refieren a los 10 años antes de la encuesta. Como el trabajo de campo se realizó entre 13 de febrero y el 25 de junio del 2008, las tasas se refieren aproximadamente al período abril del 2003 a abril del 2008 (abril 1998-abril 2008 para los departamentos).

[1]Calculada como la diferencia entre la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad neonatal

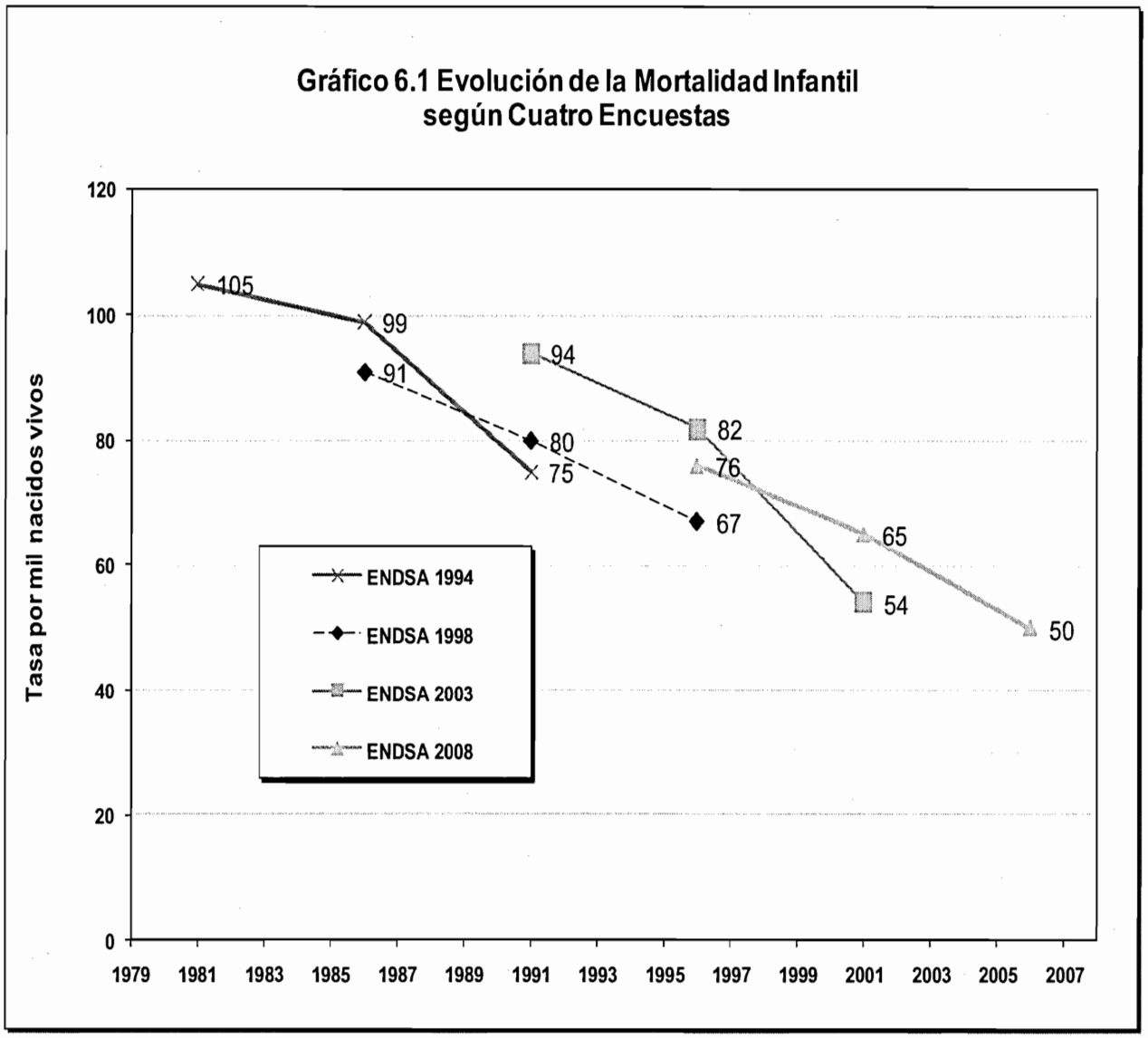


Gráfico 6.1 Evolución de la Mortalidad Infantil
según Cuatro Encuestas
Tasa por mil nacidos vivos
120
100
80
60
40
20
0
1979
1981
1983
1985
1987
1989
1991
1993
1995
1997
1999
2001
2003
2005
2007
105
99
91
75
94
80
67
82
76
54
65
50
ENDSA 1994
ENDSA 1998
ENDSA 2003
ENDSA 2008

CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA 7

Aunque en el mundo se han logrado progresos significativos en la prolongación de la vida de las personas con SIDA, se depende de la prevención para disminuir y evitar la propagación del VIH/SIDA y en este aspecto el conocimiento, aunado a la percepción de los riesgos y las formas de transmisión de la enfermedad, probablemente sean los aspectos de mayor incidencia en el cambio de conducta de las personas que les lleve a adoptar acciones para disminuir los riesgos de contraer la enfermedad. Cobra por lo tanto singular importancia la información proveniente de las personas entrevistadas en la ENDSA 2008 respecto al conocimiento que tienen sobre el SIDA, percepción de riesgos, formas de prevención y conducta de riesgo.

CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA

En relación con el conocimiento y la prevención del VIH/SIDA, a las personas entrevistadas se les preguntó si habían escuchado hablar del SIDA y si saben que las personas pueden evitar contagiarse con el virus del SIDA teniendo una sola pareja sexual fiel y usando condón cada vez que tienen relaciones sexuales. Los resultados para hombres y mujeres sobre conocimiento se presentan en el Cuadro 7.1.1 y sobre formas de evitar el SIDA en el Cuadro 7.1.2. Los resultados se presentan según características seleccionadas: edad, estado conyugal, educación y lugar de residencia.

Como se observa en el Cuadro 7.1.1, el 79 por ciento de mujeres y el 88 por ciento de hombres había oído hablar de la infección por VIH, porcentajes relativamente similares a los estimados en 2003 (76 y 84 por ciento para mujeres y hombres, respectivamente). Al considerar el conocimiento por los diferentes grupos etáreos, la proporción de mujeres que se manifestó enterada es siempre menor que la de hombres. La proporción de jóvenes, tanto en hombres como en mujeres, que conocen de la enfermedad es mayor que en la población adulta.

El estado conyugal no permite establecer diferencias significativas en el conocimiento de VIH/SIDA. El porcentaje de mujeres entrevistadas que conocen sobre el VIH/SIDA aumenta con la escolaridad al pasar del 32 por ciento entre las mujeres sin educación formal al 100 por ciento entre aquéllas con educación superior. Similares tendencias se observan en hombres.

Con relación al conocimiento de que las personas pueden evitar contagiarse con el virus del SIDA teniendo una sola pareja sexual fiel y usando condón cada vez que tienen relaciones sexuales, la mitad de las mujeres entrevistadas (50 por ciento) tiene conocimiento de estas dos formas de evitar el contagio (véase el Cuadro 7.1.2). Las mayores diferencias se observan por nivel de instrucción: 11 por ciento entre las mujeres sin instrucción frente a 75 por ciento en el grupo con educación superior. En el Gráfico 7.1 se resumen los niveles de conocimiento en hombres y mujeres de estas dos formas de evitar el VIH/SIDA, por área de residencia y departamento.

Niveles bajos de conocimiento también se registran en el área rural y en el departamento de Potosí (25 por ciento, en ambos casos). En todas las categorías analizadas, los niveles de conocimiento de ambas formas de protección del virus del SIDA en mujeres son inferiores a los observados en hombres.

Entre los hombres, menos de las dos terceras partes tiene conocimiento de estas dos formas de protección (63 por ciento). Similar a las mujeres, los porcentajes más bajos se encuentran entre

los hombres sin instrucción (18 por ciento), en áreas rurales (42 por ciento) y en el departamento de Potosí (47 por ciento).

Cuadro 7.1.1 Conocimiento del VIH/SIDA según características seleccionadas

Porcentaje de mujeres y hombres que han oído hablar de la infección VIH/SIDA, según características seleccionadas, Bolivia 2008

	Mujeres		Hombres	
Característica	Ha oído hablar del VIH/SIDA	Número de mujeres	Ha oído hablar del VIH/SIDA	Número de hombres
Edad				
15-19	85.2	3,518	90.1	1,110
20-24	85.8	2,737	94.8	795
25-29	83.0	2,742	94.4	771
30-39	76.6	4,508	89.6	1,337
40-49	69.2	3,434	84.8	1,083
50-59	na	na	77.3	741
60-64	na	na	75.0	217
Estado conyugal				
Nunca casada(o)	88.1	5,372	93.0	2,082
Casada(o)/ unida(o)	74.3	10,162	85.6	3,718
Divorciada(o)/separada(o)/ viuda(o)	82.9	1,405	84.3	254
Educación				
Sin educación	31.6	776	50.3	77
Primaria	63.2	6,968	74.6	2,194
Secundaria	93.7	6,211	95.3	2,570
Superior	99.9	2,982	99.6	1,213
Área de residencia				
Urbana	92.0	11,183	96.0	3,861
Rural	55.0	5,756	74.1	2,193
Región				
Altiplano	73.2	7,701	84.6	2,784
Valle	76.5	4,877	85.1	1,721
Llano	93.5	4,361	97.6	1,550
Departamento				
Chuquisaca	66.2	964	84.8	342
La Paz	75.7	5,129	88.2	1,863
Cochabamba	76.5	3,081	83.0	1,088
Oruro	77.4	937	84.1	345
Potosí	63.2	1,634	73.1	575
Tarija	88.4	831	93.5	291
Santa Cruz	94.0	3,717	97.7	1,346
Beni	90.4	545	97.8	173
Pando[1]	92.7	99	96.1	31
Total 2008	**79.4**	**16,939**	**88.1**	**6,054**
Total 2003	76.2	17,654	84.1	6,230

na = No aplicable

[1] Para Pando, los indicadores están basados en 749 casos sin ponderar para mujeres y 260 para hombres

Cuadro 7.1.2 Conocimiento de formas de evitar el VIH/SIDA según características seleccionadas

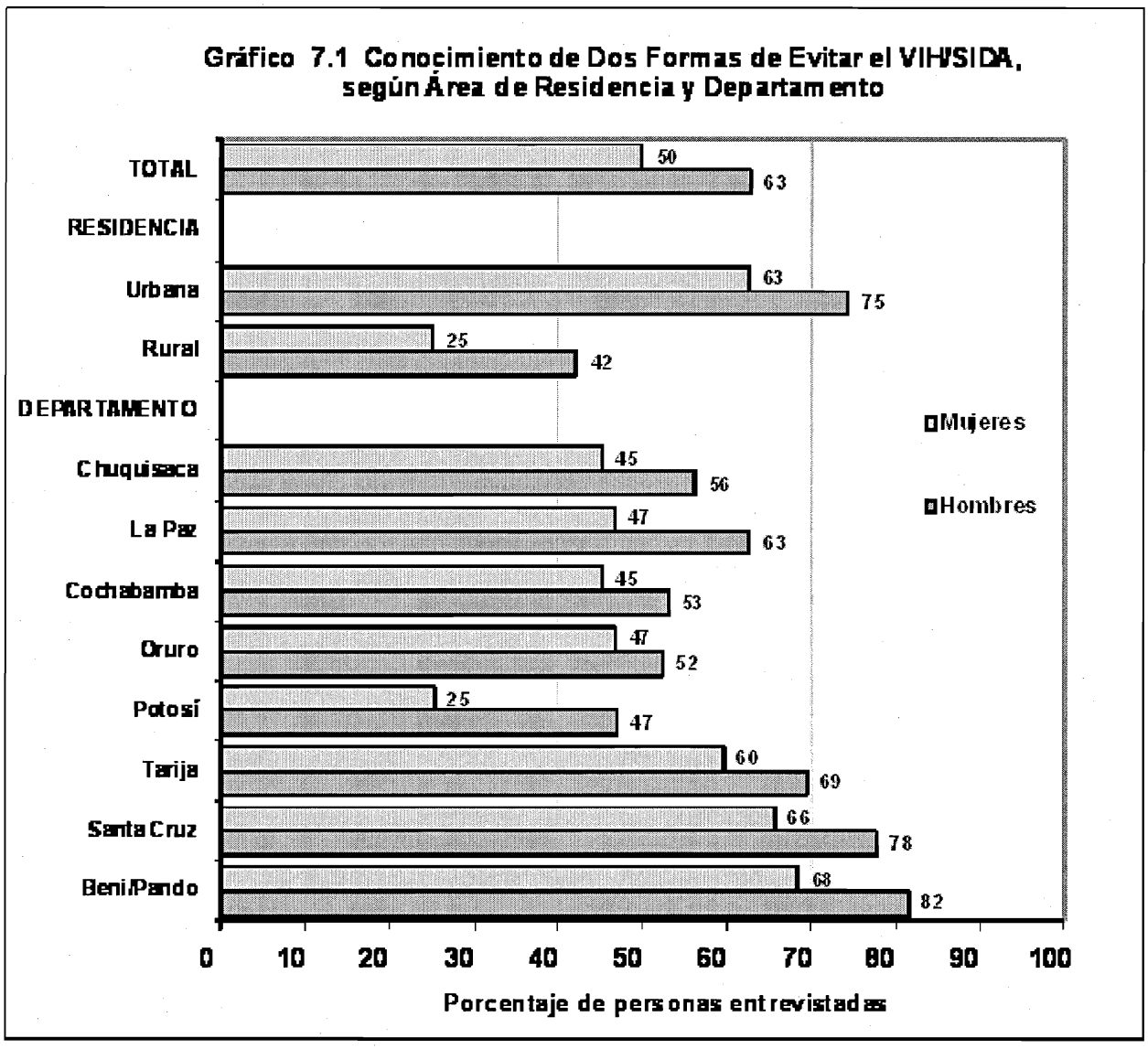
Porcentaje de mujeres y hombres de 15-49 años que creen que los riesgos de contraer el SIDA se pueden reducir usando condones, teniendo relaciones sexuales con una sola pareja no infectada y, absteniéndose totalmente de tener relaciones sexuales por características seleccionadas, Bolivia 2008

	Mujeres					Hombres				
	Porcentaje que cree que el riesgo de contraer SIDA se puede reducir:					Porcentaje que cree que el riesgo de contraer SIDA se puede reducir:				
Característica	Usando condones[1]	Teniendo relaciones sexuales con una sola pareja fiel[2]	Usando condones y teniendo una sola pareja fiel[1,2]	No teniendo relaciones sexuales	Número de mujeres	Usando condones[1]	Teniendo relaciones sexuales con una sola pareja fiel[2]	Usando condones y teniendo una sola pareja fiel[1,2]	No teniendo relaciones sexuales	Número de hombres
Edad										
15-24	64.2	66.6	53.4	63.6	6,256	76.8	70.8	65.9	69.7	1,904
15-19	*61.9*	*65.6*	*51.3*	*61.3*	*3,518*	*73.0*	*65.8*	*61.2*	*65.5*	*1,110*
20-24	*67.1*	*67.8*	*56.0*	*66.6*	*2,737*	*81.9*	*77.8*	*72.5*	*75.5*	*795*
25-29	65.4	65.0	54.2	61.1	2,742	81.6	77.5	71.9	75.5	771
30-39	57.6	60.2	48.5	56.1	4,508	74.3	71.5	66.7	68.4	1,337
40-49	50.6	52.1	41.8	48.6	3,434	65.4	63.1	57.5	61.7	1,083
Estado conyugal										
Nunca en unión	66.1	69.4	55.0	66.3	5,372	78.3	72.6	67.5	72.0	1,936
Ha tenido relaciones sexuales	*69.0*	*68.8*	*57.2*	*65.1*	*1,955*	*85.9*	*79.9*	*75.3*	*79.2*	*1,133*
Nunca ha tenido relacioens	*64.4*	*69.7*	*53.7*	*66.9*	*3,417*	*67.4*	*62.5*	*56.5*	*61.7*	*804*
Casada(o) o unida(o)	55.8	57.5	46.6	53.3	10,162	71.0	68.5	63.1	65.8	2,897
Divorciada(o)/separada(o)/ Viuda(o)	65.4	63.0	53.4	62.5	1,405	80.5	67.1	64.3	67.1	143
Educación										
Sin educación	15.8	17.6	10.9	15.3	776	41.7	34.7	30.5	42.9	30
Primaria	41.0	43.6	32.1	40.8	6,968	51.1	51.1	44.6	49.9	1,665
Secundaria	74.2	75.8	62.4	71.2	6,212	84.3	76.3	72.4	74.9	2,368
Superior	83.6	81.9	70.9	79.2	661	90.9	87.5	84.5	83.0	192
Área de residencia										
Urbana	74.0	74.9	62.6	70.9	11,183	85.5	80.4	75.5	77.7	3,334
Rural	32.3	36.0	25.1	33.3	5,756	53.6	51.4	45.8	51.2	1,763
Región										
Altiplano	53.3	53.2	42.1	53.7	7,701	71.4	66.5	61.4	65.2	2,309
Valle	56.2	59.7	47.6	55.2	4,877	66.1	65.7	59.4	63.1	1,438
Llano	75.5	78.9	66.1	69.4	4,361	88.5	82.1	78.0	80.0	1,349
Departamento										
Chuquisaca	50.5	56.0	45.2	51.4	964	65.1	66.2	59.6	66.4	289
La Paz	57.9	57.2	46.6	58.0	5,129	77.7	71.3	65.9	69.9	1,549
Cochabamba	53.9	58.0	45.2	52.8	3,081	62.5	62.6	55.9	59.9	911
Oruro	56.7	59.4	46.7	56.9	937	66.4	60.9	56.5	61.6	270
Potosí	37.0	37.0	25.3	38.3	1,634	54.3	54.3	50.1	52.1	490
Tarija	71.3	70.5	59.6	68.2	831	80.7	76.7	72.4	71.7	238
Santa Cruz	75.2	79.0	65.7	69.5	3,717	88.8	81.0	77.3	79.1	1,174
Beni	76.6	78.4	68.6	68.2	545	86.6	89.6	82.5	86.5	149
Pando	78.8	76.5	67.5	71.8	99	87.0	86.4	84.0	82.9	26
Total 15-49	**59.9**	**61.7**	**49.9**	**58.2**	**16,939**	**74.4**	**70.4**	**65.2**	**68.5**	**5,096**
Hombres 50-59	na	na	na	na	na	58.0	57.5	51.3	59.0	741
Hombres 15-59	na	na	na	na	na	71.8	68.1	62.8	66.8	6,054

na = No aplicable
[1] Cada vez que tienen relaciones sexuales
[2] Que además no tienen otras parejas

TRANSMISIÓN DE MADRE A HIJO

Para investigar el conocimiento de la transmisión de madre a hijo o perinatal, en la ENDSA 2008 se planteó la pregunta general si era posible que la madre transmitiera el VIH a su hijo; y las preguntas específicas sobre el momento de la transmisión: si durante el embarazo, el parto o la lactancia. Los resultados se presentan en el Cuadro 7.2 según características seleccionadas.



Un poco más de 9 de cada 10 mujeres entrevistadas mencionan que el VIH/SIDA puede ser transmitido de la madre al hijo y casi 9 de cada 10 indican que la transmisión puede ser durante el embarazo, casi 8 de cada 10 durante el parto y un poco más de 6 de cada 10 durante la lactancia. En todos los casos las proporciones son mayores en el área urbana y entre mujeres con mayor nivel de escolaridad. Los porcentajes más bajos de población que opinan que esta enfermedad puede transmitirse durante el embarazo, durante el parto y durante la lactancia se encuentran entre las mujeres sin educación (75, 64 y 60 por ciento, respectivamente). Porcentajes bajos de población que opina que el VIH/SIDA puede transmitirse durante la lactancia también se registran en los departamentos de Chuquisaca (53 por ciento), Potosí (57 por ciento) y Tarija (60 por ciento).

A nivel departamental no existen mayores diferencias en el conocimiento de la transmisión del VIH/SIDA de madre a hijo, si bien pareciera que las mujeres de Chuquisaca y Potosí conocen menos de formas específicas de transmisión: menos de la mitad de las entrevistadas en esos departamentos (45 y 48 por ciento, respectivamente) reconocieron las tres formas de transmisión (embarazo, parto, lactancia) en comparación con el 61 por ciento en Pando.

Cuadro 7.2 Conocimiento de la transmisión del VIH/SIDA de madre a hijo según características seleccionadas

Entre las mujeres que conocen VIH/SIDA, porcentaje con conocimiento de formas de transmisión de la madre al hijo, según características seleccionadas, Bolivia 2008

Característica	Porcentaje que dice que VIH/SIDA puede ser transmitido de madre al hijo	Porcentaje que dice que la transmisión puede ser: Durante el embarazo	Durante el parto	Durante la lactancia	Porcentaje que menciona las tres formas	Número de mujeres
Edad						
15-19	92.1	86.6	72.3	66.7	54.1	2,996
20-24	93.9	88.7	78.3	66.3	57.0	2,348
25-29	93.1	85.9	78.7	64.6	55.4	2,276
30-39	93.1	87.7	79.7	64.0	55.9	3,452
40-49	91.8	88.0	77.2	65.0	57.4	2,377
Estado conyugal						
Nunca casada(o)	93.3	87.2	73.7	64.2	52.2	4,735
Casada(o)/unida(o)	92.2	87.1	79.0	65.8	57.8	7,549
Divorciada(o)/ separada(o)/viuda(o)	94.3	90.2	79.6	66.7	58.2	1,165
Educación						
Sin educación	76.4	75.0	63.6	60.4	55.3	245
Primaria	88.1	83.9	73.5	65.6	57.5	4,401
Secundaria	94.6	89.6	78.3	67.1	57.0	5,821
Superior	97.6	89.2	81.6	61.6	51.1	2,979
Área de residencia						
Urbana	94.9	89.4	78.7	66.0	56.3	10,286
Rural	85.9	80.8	72.1	62.9	54.6	3,163
Región						
Altiplano	93.3	88.2	77.0	65.6	55.6	5,639
Valle	91.9	86.2	76.6	63.7	54.3	3,731
Llano	92.9	87.4	77.9	66.4	57.7	4,079
Departamento						
Chuquisaca	89.4	82.8	74.5	53.0	45.3	638
La Paz	95.0	89.6	78.8	68.2	57.7	3,881
Cochabamba	91.9	86.3	77.3	67.8	57.7	2,358
Oruro	91.1	86.8	76.3	63.9	55.7	725
Potosí	88.6	83.9	70.6	57.2	47.5	1,033
Tarija	93.8	88.9	76.5	59.5	51.0	735
Santa Cruz	93.5	87.7	78.4	66.9	58.1	3,494
Beni	88.6	84.4	74.3	62.2	53.9	492
Pando[1]	92.2	88.7	78.7	70.1	61.3	92
Total 2008	**92.8**	**87.4**	**77.2**	**65.3**	**55.9**	**13,449**
Total 2003	86.4	80.7	68.5	64.4	54.1	13,456

[1] Para Pando, los indicadores están basados en 712 casos sin ponderar para mujeres y 260 para hombres

ACTITUD DE LA POBLACIÓN HACIA LAS PERSONAS CON SIDA

Se espera que la información recolectada por la ENDSA 2008 permita conocer mejor algunas de las actitudes de las mujeres en edad fértil y de los hombres hacia la enfermedad, en lo que concierne a la comunicación con su pareja, así como la aceptación de las personas que han contraído el virus o sufren la enfermedad. En el Cuadro 7.3.1 se incluyen las respuestas a ciertas preguntas específicas de actitud: si las mujeres creen que debe mantenerse en secreto la condición de SIDA de una persona; y si la mujer estaría dispuesta a cuidar en el hogar a un familiar con SIDA. Los resultados para la encuesta de hombres se presentan en el Cuadro 7.3.2. En el caso de los hombres, se presenta información sobre dos temas adicionales: si el entrevistado considera que se debe permitir trabajar a un empleado con SIDA; y si el entrevistado conoce un lugar donde pueda hacerse la prueba del SIDA.

El 70 por ciento de las mujeres que han escuchado hablar de VIH/SIDA entienden que la apariencia saludable de la persona no impide que ésta pueda padecer de la enfermedad. Esta concepción está presente en una proporción mayor de mujeres del área urbana (75 por ciento). Con relación a las actitudes hacia las personas con SIDA, a nivel nacional el 47 por ciento cree que debe mantenerse en secreto la condición de SIDA de una persona, pero esta actitud fluctúa entre el 33 por ciento en Beni y el 62 por ciento en Chuquisaca. Por otro lado, el 73 por ciento de las mujeres indican que estarían dispuestas a cuidar a familiar con SIDA, con pocas diferencias por departamento. El 62 por ciento opina que a una profesora que posee el virus que causa el SIDA, pero no está enferma, se le debiera permitir seguir trabajando; actitud que oscila entre el 19 por ciento en mujeres sin instrucción y el 87 por ciento en mujeres con educación superior. Sólo el 42 por ciento de las entrevistadas tiene conocimiento de un lugar donde hacerse la prueba del SIDA, nivel que se reduce drásticamente en mujeres sin instrucción (14 por ciento).

Cuadro 7.3.1 Mujeres: aspectos sociales sobre el VIH/SIDA según características seleccionadas

Entre las mujeres que han escuchado sobre el SIDA, porcentaje que dio respuestas específicas a preguntas sobre aspectos sociales del VIH/SIDA, según características seleccionadas, Bolivia 2008

	Actitud hacia persona con SIDA					
Característica	Persona que parece saludable puede tener el virus del SIDA	Cree debe mantenerse en secreto condición de SIDA de persona	Está dispuesta a cuidar en el hogar a familiar con SIDA	Se debe permitir enseñar a profesora con SIDA	Conoce lugar donde hacerse la prueba del SIDA	Número de mujeres
Edad						
15-19	68.6	52.3	75.7	63.7	39.3	2,996
20-24	73.5	52.7	77.2	70.8	46.9	2,348
25-29	71.7	46.5	72.2	64.4	45.1	2,276
30-39	70.3	45.2	70.8	61.1	42.1	3,452
40-49	67.9	39.2	69.0	52.2	39.4	2,377
Estado conyugal						
Nunca casada	72.4	51.2	80.1	71.3	47.2	4,735
Casada/unida	68.1	45.1	68.6	57.2	38.7	7,549
Divorciada/separada/viuda	75.7	45.0	72.1	59.6	46.3	1,165
Educación						
Sin educación	43.0	42.2	51.5	19.1	14.2	245
Primaria	56.4	42.3	62.6	41.1	27.4	4,401
Secundaria	73.1	50.5	76.1	67.9	43.7	5,821
Superior	87.6	48.6	83.6	86.5	64.1	2,979
Área de residencia						
Urbana	75.3	48.6	76.9	70.0	47.7	10,286
Rural	53.9	42.9	59.9	37.6	24.9	3,163
Región						
Altiplano	67.2	48.4	70.8	60.1	42.1	5,639
Valle	67.4	47.9	75.0	63.6	47.3	3,731
Llano	77.2	45.0	74.0	64.4	38.1	4,079
Departamento						
Chuquisaca	69.2	62.2	73.5	63.3	40.3	638
La Paz	70.5	47.7	73.2	64.0	41.9	3,881
Cochabamba	64.7	44.5	75.3	63.7	45.2	2,358
Oruro	63.7	51.7	68.1	53.2	39.8	725
Potosí	57.2	48.8	64.0	50.3	44.4	1,033
Tarija	74.4	46.5	75.3	63.5	60.3	735
Santa Cruz	76.5	46.7	74.1	65.4	36.3	3,494
Beni	83.0	32.6	72.3	57.3	45.9	492
Pando[1]	70.4	44.5	76.8	61.8	66.6	92
Total 2008	**70.3**	**47.2**	**72.9**	**62.4**	**42.3**	**13,449**
Total 2003	72.2	47.3	63.4	nd	nd	13,456

nd = No disponible
[1] Para Pando, los indicadores están basados en 712 casos sin ponderar

Los resultados de las entrevistas a hombres del Cuadro 7.3.2 reflejan actitudes parecidas, si bien existen algunas diferencias. Porcentajes ligeramente mayores de hombres creen que debe mantenerse en secreto la condición de SIDA de una persona y estarían dispuestos a cuidar a familiar con SIDA (52 y 74 por ciento, respectivamente). Con relación a esta última actitud, los menores porcentajes se encuentran en Potosí y entre los hombres sin instrucción, similar a lo que se observó para las mujeres. Respecto a la pregunta sobre si se debe permitir seguir enseñando a un(a) profesor(a) que tiene el virus del SIDA, a nivel del país el 53 por ciento considera que esto debe hacerse y el indicador es similar para todos los departamentos excepto Chuquisaca, Potosí y Beni (45, 40 y 39 por ciento, respectivamente). La actitud positiva en este caso disminuye con la edad y aumenta rápidamente con el nivel de educación.

El 45 por ciento de los hombres entrevistados conoce un lugar donde puede hacerse la prueba del SIDA. La brecha de conocimiento es amplia entre el área urbana y la rural (53 y 28 por ciento, respectivamente). A nivel departamental, apenas la tercera parte de los entrevistados en Potosí conoce un lugar para la prueba del SIDA.

Cuadro 7.3.2 Hombres: aspectos sociales sobre el VIH/SIDA según características seleccionadas

Entre los hombres que han escuchado sobre el SIDA, porcentaje que dio respuestas específicas a preguntas sobre aspectos sociales del VIH/SIDA, según características seleccionadas, Bolivia 2008

		Actitud hacia persona con SIDA				
Característica	Persona que parece saludable puede tener el virus del SIDA	Cree debe mantenerse en secreto condición de SIDA de persona	Está dispuesto a cuidar en el hogar a familiar con SIDA	Se debe permitir enseñar a profesor(a) con SIDA	Conoce lugar donde hacerse la prueba del SIDA	Número de hombres
Edad						
15-19	76.5	39.4	70.2	54.5	38.4	1,000
20-24	85.0	43.4	80.3	66.8	49.5	753
25-29	86.6	47.0	73.9	61.7	54.2	728
30-39	82.7	57.2	72.9	51.2	50.6	1,198
40-49	79.8	62.3	72.4	43.4	41.5	919
50-59	76.9	62.5	72.2	40.9	35.1	572
60-64	82.9	57.9	74.1	37.2	33.3	163
Estado conyugal						
Nunca casado	81.9	41.7	75.8	63.4	47.3	1,936
Casado/unido	80.8	58.3	72.2	46.3	42.9	3,182
Divorciado/separado/viudo	82.0	50.1	71.2	47.5	52.3	214
Educación						
Sin educación[1]	53.4	38.5	46.7	13.9	19.8	39
Primaria	68.8	58.5	62.8	25.7	23.8	1,637
Secundaria	84.4	50.9	76.3	57.4	46.5	2,449
Superior	92.8	45.9	83.0	80.6	71.0	1,208
Área de residencia						
Urbana	87.2	48.8	76.8	63.6	52.5	3,708
Rural	67.7	59.3	65.9	27.5	27.6	1,625
Región						
Altiplano	79.5	49.6	74.4	54.4	43.4	2,355
Valle	74.8	49.9	66.9	49.3	44.5	1,465
Llano	90.2	57.7	78.4	52.9	47.5	1,513
Departamento						
Chuquisaca	75.8	43.0	68.4	44.5	48.4	290
La Paz	83.4	49.9	79.2	58.4	46.7	1,644
Cochabamba	73.2	49.5	64.4	50.2	41.7	903
Oruro	73.4	48.7	71.3	52.1	41.5	290
Potosí	68.5	49.1	57.7	40.1	32.2	420
Tarija	79.3	58.9	73.7	51.6	49.6	272
Santa Cruz	90.4	54.4	77.6	54.8	47.3	1,314
Beni	89.8	83.8	84.4	38.8	47.7	169
Pando[1]	86.5	56.3	76.5	49.9	55.9	30
Total 2008	**81.3**	**52.0**	**73.5**	**52.6**	**44.9**	**5,333**
Total 2003	74.1	53.1	65.4	43.7	42.7	5,243

[1] Para Pando, los indicadores están basados en 255 casos sin ponderar; y para 'sin educación' en 53

USO DE CONDÓN SEGÚN TIPO DE PAREJA

La conducta sexual individual y el uso de condones son determinantes claves del nivel de riesgo de contraer una Infección de Transmisión Sexual (ITS). Cuando esta información se agrega a nivel de la población, es posible entonces describir el contexto en el cual se deben diseñar e implementar los programas preventivos de VIH/SIDA e ITS, al igual que los programas curativos de ITS y de alivio de VIH/SIDA. Si bien en la ENDSA 2003 se hicieron preguntas sobre uso de condón tanto a hombres como a mujeres que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses, en la ENDSA 2008 solamente se preguntó a los hombres. Se trató de conocer la relación de parentesco con la persona con quien los entrevistados tuvieron la relación para distinguir la pareja sexual regular de la no regular, cohabitante o no. Los resultados se detallan en el Cuadro 7.4 y se resumen en el Gráfico 7.2.

Cuadro 7.4 Uso de condón entre los hombres por tipo de pareja y según características seleccionadas

Entre los hombres que tuvieron relaciones sexuales el año anterior a la encuesta, porcentaje que usaron condón en la última relación con la esposa o compañera y con persona con quien no vive, por tipo de pareja y según características seleccionadas, Bolivia 2008

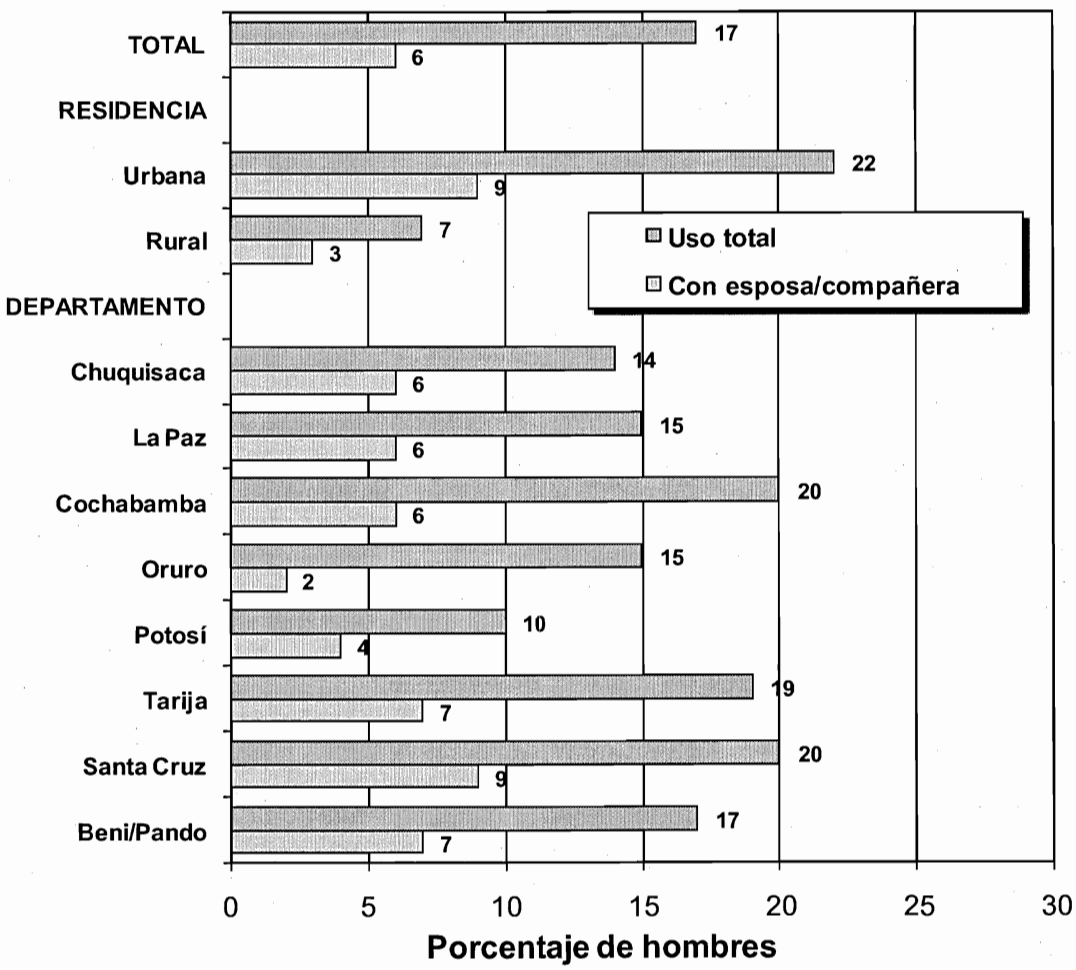
	Usó condón con esposa o compañera		Usó con persona con quien no vive		Uso total	
Característica	Porcentaje	Número de hombres	Porcentaje	Número de hombres	Porcentaje	Número de hombres
Edad						
15-19	2.2	41	46.1	305	40.9	346
20-24	10.1	271	47.9	377	32.1	647
25-29	11.2	461	47.2	245	23.7	706
30-39	7.1	1,122	46.4	161	12.0	1,283
40-49	5.3	905	30.1	96	7.7	1,000
50-59	1.9	523	19.6	52	3.5	575
60-64	0.6	99	*	15	3.3	115
Estado conyugal						
Nunca casado	*	6	46.7	1,050	46.8	1,056
Casado/unido	6.3	3,405	35.6	48	6.7	3,452
Divorciado/separado/viudo	*	11	30.3	154	28.3	164
Educación						
Sin educación	1.4	41	*	6	3.8	47
Primaria	3.4	1,478	20.7	224	5.6	1,702
Secundaria	8.0	1,267	43.7	575	19.2	1,842
Superior	10.5	636	57.1	446	29.7	1,082
Área de residencia						
Urbana	8.5	2,059	49.6	980	21.7	3,039
Rural	3.2	1,363	24.7	270	6.8	1,633
Región						
Altiplano	5.0	1,551	41.6	477	13.6	2,028
Valle	6.3	956	49.3	367	18.2	1,324
Llano	8.7	914	42.8	407	19.2	1,322
Departamento						
Chuquisaca	6.2	204	38.1	60	13.5	264
La Paz	6.0	1,020	42.0	329	14.8	1,350
Cochabamba	6.1	586	53.1	235	19.6	821
Oruro	2.1	186	50.2	65	14.5	251
Potosí	3.8	344	33.2	83	9.6	427
Tarija	7.3	166	46.3	71	19.0	238
Santa Cruz	9.0	787	43.2	356	19.6	1,143
Beni	7.2	109	38.2	42	15.8	151
Pando[1]	6.1	18	48.8	10	21.0	28
Total 2008	**6.4**	**3,422**	**44.2**	**1,251**	**16.5**	**4,673**
Total 2003	5.7	3,459	34.5	1,308	13.6	4,768

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
[1] Para Pando, los indicadores están basados en 148, 83, y 281 casos sin ponderar, respectivamente

El seis por ciento de los hombres usaron condón en su última relación sexual con su esposa o compañera. Los mayores niveles de uso se registran en hombres de 20-24 y de 25-29 años (10 y 11 por ciento, respectivamente), disminuyendo sistemáticamente a partir de este último grupo de edad hasta llegar a 1 por ciento en el grupo 60-64 años. Entre los adolescentes de 15 a 19 años sólo el dos por ciento usaron condón. Variaciones importantes también se observan por nivel de instrucción: 1 por ciento en hombres sin educación formal frente a 11 por ciento en hombres con educación superior.

El uso de condón con alguien con quien el hombre entrevistado no vive se estima en 44 por ciento, superior al registrado en la ENDSA 2003 (35 por ciento). Este uso aumenta con el nivel de educación y disminuye con la edad. A nivel departamental no existen grandes diferencias en el uso de condón con persona con quien el entrevistado no vive, si bien el uso alcanza el 53 por ciento en Cochabamba en comparación con el 33 por ciento en Potosí.

Gráfico 7.2 Uso de Condón por Hombres en su Última Relación, según Tipo de Persona con Quien Tuvo la Relación



VIOLENCIA INTRAFAMILIAR 8

Generalmente es aceptado que la violencia genera más violencia y que las personas que la han padecido en sus hogares de origen tienden a reproducirla en sus propios hogares, en la escuela, en el lugar de trabajo y en especiales circunstancias al entrar en contacto con otras personas.

Los individuos que ejercen algún tipo de violencia sobre los miembros más débiles del hogar —el esposo sobre su esposa o compañera y los hijos o la madre sobre los hijos— por lo general se han formado dentro del seno familiar que no ha logrado inculcar con su ejemplo y enseñanzas la tolerancia, el respeto y el buen trato hacia los demás. Lógicamente, la familia no es la única responsable de dicha violencia puesto que la estructura social y ciertos ambientes que se viven fuera de la familia tienen mucha influencia sobre el ejercicio de todo tipo de violencia.

La violencia afecta la salud y, en el caso de la mujer afectada, en especial su salud reproductiva.

VIOLENCIA FÍSICA DE LA PAREJA CONTRA LA MUJER

Al igual que en el 2003, en la ENDSA 2008 se les preguntó en forma directa a las mujeres que habían estado alguna vez casadas o unidas, acerca de si su última pareja (esposo o compañero) había ejercido violencia física contra ellas. En la ENDSA 2008 las preguntas se limitaron a los últimos 12 meses por lo cual los resultados no son comparables con los obtenidos en la ENDSA 2003.

Específicamente se preguntó si habían sido empujadas o jaloneadas, golpeadas con la mano o con objeto duro, si habían tratado de estrangularla o quemarla, o si habían sido forzadas a tener relaciones sexuales que la mujer no quería. A la mujer se le preguntó si esas situaciones se presentaron a menudo (como indicador de violencia regular) o sólo algunas veces (como indicador de violencia ocasional).

Igualmente se preguntó por los precursores de la violencia (consumo de alcohol o droga) y por los resultados de dichos episodios en términos de lesiones: si la mujer resultó con miedos o temores, moretones, heridas, huesos quebrados, pérdida de función o miembro. A aquellas mujeres que fueron agredidas y que sufrieron una lesión se les preguntó si habían visitado un médico o un establecimiento de salud y si recibieron información sobre las formas de buscar protección o hacer la denuncia de la agresión.

Como se observa en el Cuadro 8.1, la forma más común de violencia regular en los últimos 12 mese son los empujones, informada por el tres por ciento de las mujeres alguna vez unidas; y los golpes con la mano o el pie (tres por ciento), situaciones que se observan especialmente entre las mujeres sin educación.

Con relación a episodios de violencia en general, es decir, alguna vez durante los últimos 12 meses (violencia regular más violencia ocasional), se puede apreciar que el 17 por ciento de las mujeres informaron haber sufrido en algún momento empujones o jaloneos por parte de la pareja; y el 15 por ciento han sido alguna vez golpeadas con las manos o los pies, con niveles relativamente menores en el Llano para los dos tipos de violencia. El 5 por ciento informaron haber sido forzadas a tener relaciones sexuales en algún momento, con pocas diferencias para los grupos estudiados.

PREVIOUS PAGE BLANK

Cuadro 8.1 Violencia intrafamiliar: violencia física por parte del cónyuge o de otra persona según características seleccionadas

Entre las mujeres algunas vez unidas, porcentaje que en los últimos 12 meses experimentó violencia física por parte del cónyuge a menudo o alguna vez; y porcentaje que experimentó violencia física por parte de otra persona, por tipo de violencia y según características seleccionadas, Bolivia 2008

	La ha empujado/ jaloneado		La ha golpeado con las manos/pateado		La golpeó con objeto duro		Ha tratado de estrangularla/ quemarla		La ha forzado a tener rela-ciones sexuales		**Alguna violencia de las anteriores**		Alguna violencia física por persona diferente a esposo	Número de mujeres
Característica	A menudo	Alguna vez	A menudo	Alguna vez	A menudo	Alguna vez	A menudo	Alguna vez	A menudo	Alguna vez	A menudo	Alguna vez		
Edad														
15-19	2.9	20.3	1.8	17.7	0.8	2.2	0.4	2.7	0.8	4.4	3.5	27.5	8.3	517
20-24	2.5	23.1	2.0	20.0	0.4	3.9	0.6	3.0	0.9	5.8	3.7	29.8	5.9	1,434
25-29	3.2	19.6	2.4	15.5	0.7	4.1	0.7	2.8	1.4	4.8	4.0	24.9	5.4	2,180
30-34	3.3	18.0	2.5	15.9	0.9	3.4	0.2	2.6	1.5	6.4	4.9	24.6	4.8	2,134
35-39	2.5	15.4	2.4	13.1	0.9	3.3	0.3	2.2	1.5	4.5	4.1	18.9	4.5	2,021
40-44	3.6	13.2	3.0	10.6	1.1	3.0	0.7	2.4	1.5	4.5	4.5	17.7	4.3	1,713
45-49	2.9	12.8	2.8	11.0	1.3	3.9	0.7	2.4	1.1	4.8	3.8	17.6	5.5	1,569
Educación														
Sin educación	5.9	16.4	5.8	15.9	2.6	4.1	1.4	4.0	1.6	4.4	7.7	22.1	3.9	724
Primaria	3.5	16.6	3.0	15.3	1.1	4.4	0.5	2.8	1.9	5.4	5.0	22.4	5.4	5,834
Secundaria	2.3	20.3	1.8	15.7	0.4	3.1	0.2	2.5	0.7	5.5	3.3	25.7	5.5	3,321
Superior	1.3	13.4	0.6	8.5	0.4	1.2	0.4	1.3	0.5	3.6	1.5	16.8	4.1	1,685
Grupo étnico														
Quechua	3.3	18.1	3.1	15.0	1.3	3.2	0.5	2.4	1.5	5.1	4.8	23.1	4.1	3,710
Aymara	3.4	18.0	2.9	15.8	0.9	5.1	0.7	3.4	1.5	4.9	4.5	23.4	8.2	3,018
Guaraní	1.7	14.7	0.7	15.6	0.0	4.9	0.1	2.3	0.0	8.0	1.9	23.4	1.8	280
Otro	1.3	18.3	1.1	17.6	0.0	4.9	0.0	2.1	0.6	4.8	1.8	24.5	1.9	230
Ninguno	2.7	15.8	1.9	12.9	0.6	2.6	0.3	2.2	1.2	5.0	3.7	21.1	4.3	4,321
Área de residencia														
Urbana	2.8	17.8	2.2	14.3	0.7	3.3	0.5	2.5	1.3	5.4	3.9	22.9	5.1	7,288
Rural	3.4	16.2	2.9	14.8	1.1	3.9	0.5	2.6	1.3	4.5	4.6	21.7	5.2	4,278
Región														
Altiplano	3.2	18.5	2.7	15.7	0.9	4.5	0.6	3.1	1.5	4.6	4.3	23.7	6.8	5,150
Valle	3.4	18.3	3.0	15.0	1.4	2.7	0.6	2.5	1.7	5.5	4.9	23.0	4.3	3,235
Llano	2.3	13.8	1.5	12.0	0.4	2.8	0.2	1.9	0.8	5.5	3.3	20.0	3.4	3,183
Departamento														
Chuquisaca	3.3	19.3	3.6	14.3	1.6	3.0	0.2	3.0	1.4	5.5	5.1	23.1	3.1	630
La Paz	2.9	17.6	2.6	15.6	0.7	4.9	0.8	3.2	1.4	4.1	4.0	22.4	8.0	3,412
Cochabamba	3.6	17.7	3.0	15.4	1.4	2.7	0.7	2.5	1.8	5.7	5.0	22.8	4.9	2,061
Oruro	3.3	21.1	3.0	16.6	1.4	3.9	0.5	3.1	1.5	5.4	4.9	25.0	5.7	601
Potosí	3.9	20.0	3.0	15.9	1.1	3.6	0.4	2.6	1.6	5.8	4.9	26.7	3.7	1,136
Tarija	2.9	19.6	2.4	14.2	1.0	2.6	0.4	1.7	1.6	4.6	4.3	23.4	3.3	544
Santa Cruz	1.9	13.6	1.3	11.3	0.3	2.3	0.1	1.7	0.7	5.2	2.7	19.4	3.8	2,695
Beni	4.4	15.3	2.7	16.4	1.0	5.6	0.6	3.2	0.8	7.5	6.2	23.8	1.3	408
Pando[1]	3.8	12.8	3.8	12.4	1.1	4.0	0.5	4.9	3.6	4.2	6.4	19.4	3.1	80
Total	**3.0**	**17.2**	**2.5**	**14.5**	**0.9**	**3.5**	**0.5**	**2.6**	**1.3**	**5.1**	**4.2**	**22.5**	**5.1**	**11,567**

Nota: 'Violencia alguna vez' incluye las respuestas 'a menudo' y 'algunas veces'.
[1] Para Pando, los indicadores están basados en 591 casos sin ponderar

El 4 por ciento de mujeres reportaron golpes con objeto duro por parte de su pareja en los últimos 12 meses. Las mayores variaciones se observan al examinar por nivel de instrucción: 4 por ciento entre las mujeres sin educación frente a 1 por ciento entre las mujeres con educación superior. En las demás categorías analizadas no se registran grandes variaciones.

VIOLENCIA FÍSICA DE OTRAS PERSONAS CONTRA LA MUJER

En la ENDSA 2008 también se preguntó a la entrevistada si en los últimos 12 meses alguna persona diferente a la pareja la había golpeado, abofeteado, pateado o hecho algo que la haya herido físicamente. El 5 por ciento de las mujeres alguna vez unidas han sufrido algún tipo de violencia por parte de una persona diferente al esposo/compañero. Los mayores niveles — 8 por ciento— se observan entre las mujeres adolescentes; y las residentes en el Altiplano y en La Paz. Los menores niveles de violencia por persona diferente al conyugue se observan en Beni.

Informes Preliminares en el Programa MEASURE DHS 1998-2008

Turquía 1998	Diciembre	1998	Inglés
Gana 1998	Mayo	1999	Inglés
Guatemala 1997	Junio	1999	Español
Guinea 1999	Octubre	1999	Francés
Kazajstán 1999	Diciembre	1999	Inglés/Ruso
Tanzania 1999	Febrero	2000	Inglés
Zimbabue 1999	Marzo	2000	Inglés
Bangladesh 1999-2000	Junio	2000	Inglés
Egipto 2000	Junio	2000	Inglés
Etiopía 2000	Julio	2000	Inglés
Haití 2000	Septiembre	2000	Francés
Camboya 2000	Noviembre	2000	Inglés
Turkmenistán 2000	Enero	2001	Inglés
Malawi 2000	Febrero	2001	Inglés
Ruanda 2000	Febrero	2001	Francés
Armenia 2000	Marzo	2001	Inglés
Gabón 2000	Marzo	2001	Francés
Uganda 2001	Mayo	2001	Inglés
Nepal 2001	Agosto	2001	Inglés
Malí 2001	Diciembre	2001	Francés
Benín 2001	Febrero	2002	Francés
Nicaragua 2001	Diciembre	2001	Español
Eritrea 2002	Septiembre	2002	Inglés
Zambia 2002	Octubre	2002	Inglés
Jordán 2002	Noviembre	2002	Inglés
República Dominicana 2002	Enero	2003	Español
Uzbekistán 2002	Mayo	2003	Inglés
Indonesia 2003	Agosto	2003	Inglés
Nigeria 2003	Octubre	2003	Inglés
Kenia 2003	Diciembre	2003	Inglés
Mozambique 2003	Marzo	2004	Portugués/Inglés
Bolivia 2003	Marzo	2004	Español
Burkina Faso 2002-2003	Mayo	2004	Francés
Ghana 2003	Junio	2004	Inglés
Marruecos 2003-2004	Junio	2004	Francés
Bangladesh 2004	Septiembre	2004	Inglés
Camerún 2004	Octubre	2004	Francés
Madagascar 2003-04	Octubre	2004	Francés
Chad 2004	Febrero	2006	Francés
Tanzania 2004-05	Mayo	2006	Inglés
Uganda (AIS) 2004-05	Junio	2006	Inglés
Malawi 2004	Agosto	2006	Inglés
Senegal 2006	Agosto	2006	Francés
Guinea 2006	Agosto	2006	Francés
Lesoto 2004	Septiembre	2006	Inglés
Egipto 2006	Septiembre	2006	Inglés
Ruanda 2006	Noviembre	2006	Francés
Etiopía 2006	Noviembre	2006	Inglés
Moldava 2006	Noviembre	2006	Inglés/Rumano
Vietnam (AIS) 2006	Febrero	2006	Inglés/Vietnamita
Armenia 2005	Marzo	2006	Inglés
Congo (Brazzaville) 2005	Marzo	2006	Francés
Costa de Marfil (AIS) 2005	Junio	2006	Francés
Camboya 2005	Julio	2006	Inglés
Haití 2005-06	Julio	2006	Francés
Zimbabue 2005-06	Agosto	2006	Inglés
Níger 2006	Agosto	2006	Francés
Nepal 2006	Octubre	2006	Inglés
Uganda 2006	Noviembre	2006	Inglés
Benín 2006	Marzo	2007	Francés
Azerbaiyán 2006	Abril	2007	Inglés
Pakistán 2006-07	Junio	2007	Inglés
Suazilandia 2006-07	Junio	2007	Inglés
Liberia 2007	Julio	2007	Inglés
República Dominicana 2007	Noviembre	2007	Español
Bangladesh 2007	Diciembre	2007	Inglés
Jordania 2007	Enero	2008	Inglés/Árabe
Ucrania 2007	Junio	2008	Inglés
Indonesia 2007	Julio	2008	Inglés
Zambia 2007	Julio	2008	Inglés
Tanzania (AIS) 2007	Julio	2008	Inglés
Ruanda 2007-2008	Julio	2008	Inglés/Francés
Bolivia 2008	Agosto	2008	Español

Los informes preliminares del programa MEASURE DHS se distribuyen a un número limitado de usuarios que requieren acceso temprano a los resultados de las encuestas. AIS: Encuestas de Indicadores de VIH/SIDA.