
**ENCUESTA LINEA DE BASE
PRICCAS 2006**

**DEPARTAMENTO PANDO
INFORME FINAL**

La Paz, Noviembre de 2006

INDICE

	<u>PÁGINA</u>
PRESENTACIÓN	6
CAPITULO I. ASPECTOS GENERALES Y METODOLOGICOS	8
1.1 Plan Nacional de Desarrollo	8
1.1.1 La dimensión poblacional en el plan nacional de desarrollo	8
1.1.2 Programas y prioridades en salud materno infantil	9
1.2 Línea de base PRICCAS 2006	9
1.2.1Objetivos	10
1.2.1.1 OBJETIVO GENERAL	10
1.2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
1.2.2 Metodología	11
1.2.3 Diseño de la muestra y de la unidad de investigación	13
1.2.3.1 MARCO MUESTRAL	13
1.2.3.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA	13
1.2.3.3 PONDERACIONES	15
1.2.3.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	16
1.2.4 Instrumentos de investigación	18
1.2.5 Estructura organizativa	18
1.2.6 Descripción de actividades	18
1.2.6.1 REUNIONES DE COORDINACIÓN TEMÁTICA	18
1.2.6.2 DISEÑO Y CONTENIDO DE LOS CUESTIONARIOS	19
Y APLICACIÓN DE LA ENCUESTA	
1.2.6.3 PRUEBA PILOTO	20
1.2.6.4 CAPACITACIÓN	21
1.2.6.5 OPERATIVO DE CAMPO	23
1.2.6.6 PROCESAMIENTO DE DATOS	24
CAPÍTULO I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN	25
Y DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL	
1.1. Características generales del departamento de Oruro	25
1.1.1 LA POBLACIÓN DE ORURO	25
1.1.2 LA ECONOMÍA DE BOLIVIA Y LA ECONOMÍA	26
DE ORURO	

1.2. Características de la población del departamento de Oruro	27
1.2.1. HOGARES Y PERSONAS ENTREVISTADAS	27
1.2.2. JEFATURA Y TAMAÑO DEL HOGAR	28
1.3. Características de las viviendas del departamento de Oruro	28
1.3.1. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS BÁSICOS	28
1.3.1.1. Fuente de agua para beber	29
1.3.1.2. Servicio higiénico	30
1.3.1.3. Personas por dormitorio	31
1.3.3 Combustible para cocinar	32
 CAPÍTULO II. SITUACIÓN DE SALUD DE LA MUJER	 33
2.1. Atención prenatal y asistencia en el parto	33
2.1.1. TIPO DE LA ATENCIÓN PRENATAL	33
2.1.2. FRECUENCIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL	34
2.1.3. CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL	36
2.1.4. TÉTANO NEONATAL	38
2.2. Lugares de ocurrencia del parto y tipo de asistencia	39
2.2.1. LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO	40
2.3. Cuidado postnatal de las madres	41
2.4. Nutrición de las madres	43
2.4.1. ESTATURA DE LAS MUJERES E ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	43
2.5. Conocimiento y utilización de prestaciones del SUMI	45
 CAPITULO III. SITUACION DE SALUD DEL NIÑO	 47
3.1. Enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños menores de cinco años	47
3.1.1. ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA)	47
3.1.1.1. Alimentación durante la diarrea	48
3.1.1.2. Tratamiento durante la diarrea	49
3.1.2 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS (IRA)	51
3.1.2.1. Tratamiento de IRA	54
3.1.2.2. Alimentación del niño menor de 5 años	54

3.2. Coberturas de vacunación en niños menores de dos años	55
3.3. Número de muertes neonatal, en menores de un año y menores de cinco años	57
3.4. Suplementación con micronutrientes	57
3.4.1 COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN MUJERES PUÉRPERAS	58
3.4.2. COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO Y ÁCIDO FÓLICO EN MUJERES EMBARAZADAS	59
3.4.3 COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS	60
3.4.4 COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS	61
3.5. Estado nutricional de niños menores de cinco años según indicadores de peso/edad, talla/edad y peso/talla (-2DE)	62
3.5.1. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS	62
3.5.2 ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS SEGÚN LOS INDICADORES DE PESO/EDAD, TALLA/EDAD Y PESO/TALLA (-2DE)	66
CAPITULO IV. LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	69
4.1. Inicio de la lactancia materna	69
4.2. Inicio de la Alimentación complementaria y frecuencia de alimentación	71
CAPITULO V. ANEMIA	73
5.1. Puntos de corte utilizados para la determinación de la anemia	73
5.2. Anemia en mujeres embarazadas y edad fértil	74
5.3. Anemia en niños menores de cinco años	75
CAPITULO VI. FORTIFICACIÓN DE LA SAL	77
6.1. Utilización y determinación de yodo en sal	77

CAPÍTULO VII. OTROS ASPECTOS DE LA SALUD:	79
CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES	
7.1. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	79
7.1.1. CONOCIMIENTO DE SIDA	80
7.1.2. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA EVITAR EL SIDA	81
7.1.3. CONOCIMIENTO DE LA TRANSMISIÓN DE LA MADRE AL HIJO O PERINATAL	82
7.1.3.1. Transmisión de la madre al hijo durante el embarazo	83
7.1.3.2. Transmisión de la madre al hijo durante el parto	83
7.1.3.3. Transmisión de la madre al hijo durante la lactancia	83
7.2. Malaria	83
7.2.1. CONOCIMIENTO DE LA MALARIA	84
7.2.2. FUENTES DE CONOCIMIENTO DE LA MALARIA	86
7.2.3. CONOCIMIENTO DE FORMAS DE TRANSMISIÓN DE LA MALARIA	86
7.2.4. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA COMBATIR LA MALARIA	87
7.3. Dengue	88
7.3.1. CONOCIMIENTO DEL DENGUE	89
7.3.2. FUENTES DE CONOCIMIENTO DEL DENGUE EN ORURO	90
7.3.3. CONOCIMIENTO DE FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL DENGUE	91
7.3.4. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA COMBATIR EL DENGUE	91
7.4. Leishmaniasis	92
7.4.1. CONOCIMIENTO DE LA LEISHMANIASIS	93
7.5. Tuberculosis	94
7.5.1. CONOCIMIENTO DE LA TUBERCULOSIS	95
7.5.2. CONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS Y SIGNOS DE LA TUBERCULOSIS	96
7.5.3. CONOCIMIENTO DE FORMAS DE TRANSMISIÓN DE LA TUBERCULOSIS	97
ANEXOS	100

PRESENTACIÓN

“Bolivia es un país multiétnico y multicultural sin embargo, el Sistema Nacional de Salud nunca ha asumido la cosmovisión sanitaria de los pueblos indígenas y originarios, al contrario, ha ejercido represión y desprecio a los saberes ancestrales y a los usos y costumbres tradicionales, siendo esta situación una de las causas de la exclusión y marginación en salud. Los intentos de recuperación sociocultural fueron insuficientes”.³

Algunos de los indicadores que reflejan la situación de salud y de exclusión son los siguientes: El 77 por ciento de la población se encuentra al margen de los servicios de salud, con fuerte incidencia en las regiones del altiplano y valles rurales. Las barreras de exclusión son la económica, la geográfica, la cultural y la social. El 7,5 por ciento de los niños muere antes de los cinco años, principalmente por enfermedades infecciosas prevenibles y/o curables; el 26,5 por ciento de los sobrevivientes tiene desnutrición crónica y la mayoría de ellos tiene secuelas irreversibles en su capacidad intelectual y desarrollo; el 67 por ciento de los niños menores de tres años tiene anemia y el 19 por ciento déficit de vitamina A.

Por otro lado, el 44 por ciento de los niños nacidos de madres sin educación son desnutridos, lo que prueba una relación directa entre educación y desnutrición. Un tercio de la población de niños de áreas rurales menores de tres años e indígenas de la misma edad tiene desnutrición crónica, que equivale al doble de la población de niños de la misma edad que viven en la ciudad. Por otro lado, el país presenta una mortalidad materna de 320 por 100 mil nacidos vivos (ENDSA 2003), una de las más altas de Sudamérica.

La tasa de Incidencia Parasitaria Anual (IPA) en la población en riesgo es de 4,3 por mil habitantes expuestos en el 2005. La dispersión de vectores domiciliarios cubre,

³ Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para Vivir Bien 2006

aproximadamente, el 60 por ciento del territorio, ocupando casi toda la superficie de los departamentos de Tarija, Chuquisaca, Cochabamba, Santa Cruz y, parcialmente, Potosí y La Paz, representando un 80 por ciento el riesgo de transmisión vectorial. La tuberculosis es un problema grave de salud pública: la notificación de casos procedentes de los servicios de salud públicos muestra una incidencia de casos pulmonares positivos 67,3 por 100.000 y en todas sus formas de 100,3 por cien mil.

En este contexto, el Ministerio de Salud y Deportes MSD, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF y Población, Desarrollo y Medio Ambiente, presentan los resultados finales de la Encuesta Línea de Base PRICCAS 2006.

El proyecto PRICCAS, contribuye al cumplimiento de los compromisos asumidos por UNICEF en el marco de la cooperación quinquenal Bolivia 2003-2007. El resultado esperado en los cinco años de ejecución 2005-2009 es haber contribuido -al finalizar el proyecto- a que la población de los departamentos de Beni, Pando y Oruro hayan mejorado su bienestar y cuenten con un sector salud fortalecido en su gestión, responsable, eficiente y equitativo; con servicios primarios de calidad y accesibles particularmente los materno-infantiles.

Se espera que las enfermedades transmisibles estén controladas e implementados los programas nacionales priorizados en los departamentos seleccionados, de igual forma, que los servicios primarios municipales de salud tengan facilidad de acceso y se haya mejorado la calidad, particularmente la atención materno-infantil en las redes seleccionadas.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES Y METODOLÓGICOS

1.1. Plan Nacional de Desarrollo⁴

En el marco de la nueva Política Nacional de Desarrollo, el sector salud ha establecido las siguientes problemáticas: Alta privación socio-biológica⁵ en mayorías poblacionales determinantes sociales y políticas desfavorables para la calidad de vida y sus consecuencias para la salud colectiva, que se expresan en perfiles patológicos y epidemiológicos diferenciados según grupos sociales, caracterizados por la alta incidencia de enfermedades de la pobreza, muertes evitables y baja productividad.

1.1.1. LA DIMENSIÓN POBLACIONAL EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

Sistema Nacional de Salud segmentado, fragmentado, con débil rectoría. Gestión ineficaz e ineficiente, sin capacidad de seguridad sanitaria ni de contribuir a la protección social de la población, expresado en la presencia de varios subsectores, con planes y presupuestos no coordinados con el Ministerio de Salud y Deportes, y de accionar independiente; con recursos de cooperación mayoritariamente condicionados por las agencias cooperantes; con un marco jurídico disperso y contradictorio, en gran parte obsoleto; con concentración y duplicidad de servicios en focos urbanos y con áreas rurales sin servicios básicos de salud; con poca o ninguna experiencia o interés en coordinar intersectorialmente para intervenir sobre las determinantes de la salud y minimizar la exclusión social en salud.

Insatisfacción de los usuarios del Sistema Nacional de Salud como expresión de la alienación sobre la valoración de la salud y escasa participación en la planificación y control social de la actividad sectorial, determinado por un entorno económico y social que ha minado el poder social y ha evitado el empoderamiento de la población, aún más el de las mujeres.

Problemas alimentario nutricionales, que repercuten en la desnutrición y malnutrición, que generan bajas defensas frente a la enfermedad y en el caso de la infancia causa disminución en sus capacidades de aprendizaje y desarrollo intelectual.

⁴ Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para Vivir Bien 2006

⁵ Dada por la inaccesibilidad a alimentación, vivienda, vestimenta, recreación, servicios básicos y seguridad.

1.1.2. PROGRAMAS Y PRIORIDADES EN SALUD MATERNA INFANTIL⁶

El objetivo del Plan Nacional en el sector salud es la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, que asume la medicina tradicional. Este sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez. Participará de la dimensión económica, productiva, sociocultural y política organizativa, generando capacidades individuales, familiares y comunitarias, actuará de manera intersectorial sobre los determinantes de salud con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, que cuida, cría y controle el ambiente, promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio comunitaria del Vivir Bien.

Para lograr este propósito, el Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para Vivir Bien, se ha estructurado en núcleos estratégicos que definen los lineamientos de política y las políticas instrumentales prioritarias del Estado Boliviano, organizados en torno a los pilares de Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, Rectoría, Movilización Social, Promoción de la salud y Solidaridad.

1.2. Línea de Base PRICCAS 2006

El proyecto PRICCAS contribuye al cumplimiento de los compromisos asumidos por UNICEF en el marco de la cooperación quinquenal Bolivia 2003-2007. Con los resultados de la línea de base como parte del proceso de diagnóstico llevado a cabo por el accionar institucional, permite contar con información para el seguimiento de los resultados planificados y la medición de los posibles impactos de la acción de UNICEF/PRICCAS⁷.

La población objetivo total es de 806,916 habitantes, distribuidos en 57 municipios y 12 redes de los departamentos Beni (362,521), Pando (52,525) y Oruro (391,870), enfatizando en: niñas, niños y adolescentes; mujeres y; población afectada por enfermedades transmisibles.

⁶ Ídem 4.

⁷ Términos de Referencia Proyecto Línea de Base PRICCAS 2006

1.2.1. OBJETIVOS

1.2.1.1. *Objetivo General*

Contar con la información cuantitativa y cualitativa necesaria para la medición del punto de partida de PRICCAS en 57 municipios y 12 Redes de Salud de los departamentos de Pando, Beni y Oruro.

1.2.1.2. *Objetivos Específicos*

- ❖ Construir una Línea de Base con variables seleccionadas referidas a:
 - ✓ **Atención materna:** atención prenatal, parto, post parto.
 - ✓ **Atención infantil:** lactancia, alimentación complementaria, vacunación, diarreas, neumonías. prevalencia de enfermedades en menores de 5 años, desnutrición y anemia.
 - ✓ **Enfermedades transmisibles:** SIDA, malaria, tuberculosis, inmunoprevenibles.

La encuesta consideró 5 temas, con ellos se obtiene información de las viviendas, los hogares, sus residentes habituales y principalmente las mujeres en edad fértil y sus hijos menores de 5 años. Si bien no podrán hacerse generalizaciones a todos los hogares, se analiza la situación de los hogares donde viven las mujeres con hijos menores de 5 años, que es la población objetivo de todo el proyecto.

Los temas y las variables incluidas en cada uno de ellos son:

Características educativas. Con el objeto de conocer la situación educativa y su relación con la salud se investiga el nivel de analfabetismo de la población, su asistencia escolar y el nivel de escolaridad.

Mortalidad. Número de muertes maternas y de la niñez, como un indicador cualitativo, que no será utilizado para estimaciones de tasas ni índices, pero sí podrá ser útil para estudios de casos.

En mortalidad materna se investiga sobre muertes maternas en los últimos 5 años, la edad de la fallecida, si al momento de la muerte estaban embarazadas, en proceso de parto o post parto y atención por personal de salud.

Para el caso de muertes en la niñez se investiga sobre la edad al morir.

Salud Materno – Infantil. El interés se enfoca al conocimiento de la salud de las mujeres que han tenido hijos nacidos vivos en los últimos 5 años hasta el momento de la entrevista.

Se indaga sobre el control prenatal, tiempo de embarazo en el primer control, número de veces de control, el lugar y personal donde fue revisada la madre antes, durante y posterior al parto.

Para el niño se indaga sobre el peso al nacimiento, la condición de lactancia y alimentación complementaria, cobertura de vacunación, EDAs, IRAs, TRO.

También se incluye un módulo sobre el SUMI.

Sida/Malaria/Dengue/Leishmaniasis/Tuberculosis. El interés es el de actualizar la información disponible sobre el conocimiento y prevención.

1.2.2. METODOLOGÍA

La Encuesta Línea de base PRICCAS 2006, es una investigación por muestreo, efectuada en viviendas particulares y dirigida a las mujeres con hijos menores de cinco años que habitan en dichas viviendas.

La investigación respondió al objetivo de obtener información necesaria para la medición del punto de partida del PRICCAS en 12 redes de salud y 57 municipios de Oruro, Beni y Pando, referente a variables en salud de la madre y niño, necesarias para la formulación, evaluación, seguimiento de políticas y el diseño de programas de acción en el área social.

La encuesta se realizó mediante la aplicación de dos cuestionarios a través de una entrevista directa a los hogares seleccionados por muestreo y un Formulario Institucional que captó información de los establecimientos de salud. El cuestionario de la encuesta está organizado en diez secciones que permite la investigación de las características generales, educativas, empleo, salud, gastos, ingresos, vivienda y servicios básicos de los hogares. La encuesta tiene cobertura a nivel de redes rurales de salud en Oruro, redes seleccionadas en Beni y todo el departamento de Pando.

Una vez definidos los instrumentos de recolección que son las Boletas y Manuales, el Equipo Central del Proyecto se trasladó al Municipio de Caracollo para efectuar una prueba de campo y una vez validados y ajustados los instrumentos se procedió con la capacitación a los encuestadores de acuerdo a cronograma establecido.

Para el inicio del operativo de campo, el Equipo Central, Responsable de Crítica y Transcripción, Supervisores y Encuestadores, se trasladaron a Oruro, para: 1) prueba final de la boleta y ajustes a la misma; 2) ejecución del trabajo de campo en tres UPM's bajo estricta supervisión del equipo central; 3) ajustes y correcciones a la forma de efectuar las preguntas y revisión de coherencias internas y 4) procesamiento de la información y detección de problemas en esta etapa.

Una vez concluida esta primera fase de trabajo de campo se continuó con la recolección de la información de acuerdo al Plan de Recorrido; cinco equipos de trabajo de campo fueron desplazados al departamento de Oruro (uno a cada Red de Salud) en los Municipios de Curahuara de Carangas, San Pedro de Totora, Huayllamarca, Choquecota, Eucaliptus, Caracollo municipios que corresponden a la Red de Salud de Eucaliptus; Challapata, Huari, Pazña, Pampa Aullagas, Salinas de Garci Mendoza y Santuario de Quillacas que constituyen los municipios de la Red de Salud Azanake. Huachacalla, Sabaya, Chipaya, Escara, La Rivera, Todos Santos Carangas, Coipasa, Yunguyo de Litoral, Cruz de Machacamarca y Esmeralda, municipios de la Red de Salud de Occidente. La Red de Salud de Corque con los municipios de Corque, Toledo, Andamarca, Belen de Andamarca, El Choro y Turco; y finalmente, la Red de Salud Huanuni con el municipio del mismo nombre (Huanuni), Machacamarca, Antequera y Poopo.

Para el operativo en Beni, fueron desplazadas cuatro brigadas para el recorrido en las redes de Riberalta, Guayaramerin, Mamoré (municipios de San Joaquín, San Ramón y Puerto Siles) y Red Itenez (municipios de Magdalena, Baures y Huaracaje). Finalmente, una brigada trabajó en el Departamento de Pando en los municipios de Cobija, Porvenir, Bolpebra, Filadelfia, Puerto Rico, Sena, San Lorenzo, Ingavi, Santa Rosa, Gonzalo Moreno, Villa Nueva, Santos Mercado, Nueva esperanza y San Pedro de acuerdo a la distribución de la muestra.

1.2.3. DISEÑO DE LA MUESTRA Y DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

1.2.3.1. *Marco muestral*

El Marco Muestral está constituido por los listados de los pueblos y comunidades rurales del Departamento de Oruro, todo el departamento de Pando y los listados de las redes de Riberalta, Guayaramerín, Mamoré e Itenez de Beni. La población total es de 806,916 habitantes (Beni 362,521, Pando 52,525 y Oruro 391,870), distribuidos en 57 municipios y 12 redes de salud en Pando son 3 redes de salud, pero por población se ha considerado solamente la representatividad de todo el departamento, aunque se muestran resultados para Cobija y Resto).

1.2.3.2. *Tamaño de la muestra*

Para que las estimaciones que se obtengan a partir de la encuesta tengan calidad aceptable es necesario, entre otros elementos, el tamaño de muestra definido para cada parámetro de interés de la encuesta o para el indicador de mayor relevancia.

Esta es una encuesta que busca generar múltiples indicadores, por lo que la tarea de calcular el tamaño de la muestra, adecuado a cada uno de ellos, resulta una actividad compleja dado el gran número de temas y variables que el proyecto incluye. En nuestro caso el peso y talla de niños menores de 5 años han sido las variables que han definido el tamaño.

Se han seleccionado 310 comunidades o Unidades Primarias de Muestreo (UPM) (Anexo 2: Lista de UPMs por departamento PRICCAS 2006) y se han elegido y visitado con la encuesta a 12 hogares con madres y niños menores de 5 años al interior de cada Unidad Primaria de Muestreo. La muestra es representativa para el total de mujeres con hijos menores de 5 años y los resultados son comparables en cada departamento.

El estudio abarca a 10 dominios de estudio correspondientes a las Redes de Salud, 1 en el Departamento de Pando, 4 en Beni y 5 en Oruro. En total se programó entrevistar a 3720 mujeres y niños y se lograron 3603 entrevistas completas. El peso y la talla se tomaron a 4958 niños de los hogares considerados.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, a nivel de dominio muestral (Red de Salud), se utilizó la siguiente expresión:

Tamaño de la muestra:

$$n = (z^2 * p * q * k) / e^2$$

Donde:

n mujeres con hijos <5 o niños <5 años	353	340
z nivel de confianza (90 por ciento y 95 por ciento)	1.96	1.65
p (proporción positiva)	0.50	0.50
q = 1-p	0.50	0.50
k (efecto de diseño)	1.80	1.80
e (error de muestreo) entre 6 y 7 por ciento	0.07	0.06
Nro de UPMs	30	30
Nro de mujeres o niños	12	12
Tamaño final	360	360

En nuestra investigación, en la fórmula utilizada se añade un factor de corrección por Efecto de Diseño por conglomerados, éste factor es "k", que de manera muy previsoramente se le asigna un valor de 1.8.

Por tratarse de una encuesta por muestreo, los resultados de la Línea de Base PPRICCAS 2006, que se incluyen en el presente informe, son estimaciones que están afectadas por dos tipos de errores:

- a) Aquellos que se producen durante el desarrollo del operativo de campo y procesamiento de la información, que se denominan usualmente **errores no muestrales**, estos errores, como en toda encuesta sería, se tratan de reducirlos al mínimo a través de un cuidadoso diseño de los instrumentos, realización de numerosas pruebas de los cuestionarios, intensa capacitación a las encuestadoras, permanente supervisión del trabajo de campo. En fin, una serie de procedimientos de supervisión, revisión de cuestionarios durante la encuesta y control de calidad en la introducción de datos, hacen mínimos los errores no muestrales.

- b) Los llamados **errores de muestreo**, que resultan del hecho de haberse entrevistado sólo una muestra y no la población. (Anexo 1. Lista de errores de muestreo).

1.2.3.3. Ponderaciones

La muestra es autoponderada a nivel de dominio muestral (Red de Salud), sin embargo para mostrar resultados a nivel del departamento de Oruro y total de Redes de Beni, por haber realizado el mismo número de entrevistas por dominio, sin tomar en cuenta el tamaño poblacional de cada uno de ellos, se hace necesario introducir ponderadores que restituyan el peso real de la muestra para el área total. Esto permite dar resultados a nivel departamental y que las comparaciones entre departamentos sean posibles.

En el siguiente cuadro se muestran los factores de ponderación por dominio dentro de cada departamento.

Cu

adro 1. Factores de Ponderación, PRICCAS 2006

DEPARTAMENTO	POBLACION	MUESTRA		PONDERADOR
		SIN PONDERAR	PONDERADA	
ORURO (*)				
EUCALIPTUS	8650	359	417	1.162278
AZANAKE	11013	356	531	1.492204
OCCIDENTE	2560	268	123	0.460744
CORQUE	6395	357	308	0.864093
HUANUNI	6625	360	320	0.887658
TOTAL	35242	1700	1700	
(*) Excluye ciudad Oruro				
	0.0482379			
BENI				
RIBERALTA	15195	333	699	2.097823
GUAYARAMERIN	8089	344	372	1.081002

ITENEZ	3776	333	174	0.521246
MAMORE	2479	348	114	0.327543
TOTAL	29539	1358	1358	
PANDO (**)	52525	433	433	
(**) No requiere ponderación				
TOTAL MUESTRA		3491	3491	

1.2.3.4. Selección de la muestra

La selección de la muestra de cada departamento se realizó en dos etapas: La **primera etapa** consistió en una selección sistemática de Unidades Primarias de Muestreo con probabilidad proporcional a su tamaño, es decir al número de hogares. En una **segunda etapa**, fueron seleccionados los 12 hogares con mujeres con hijos a ser encuestados dentro de cada UPM.

La selección de las UPMs fue hecha con probabilidad proporcional al tamaño de las UPMs:

$$P_{0i} = (a * m_i) / (\sum m_i)$$

Donde:

- a** : es el número de UPMs seleccionados en cada estrato en el departamento,
- m_i** : es el número de hogares en la i-ésima UPM de acuerdo al listado de vulnerabilidad (marco), del censo de 2001,
- Σm_i** : es el total de hogares en el estrato en el departamento según censo 2001.

La selección de los 310 conglomerados para la muestra total comprendió las siguientes tareas previas:

- Elaboración del listado de unidades de muestreo para la primera etapa (construcción de conglomerados) con la medida del tamaño poblacional (hogares).
- Cálculo de la población acumulada del Marco (número hogares (N).

- Cálculo del Intervalo de Muestreo ($IM=N/30$).
- Selección aleatoria de la Primera Unidad de primera etapa (primera comunidad) o Arranque Aleatorio (Unidad 1 = $AA \leq IM$).
- Determinación de las siguientes 29 unidades (comunidades) en base al Arranque Aleatorio y al Intervalo de Muestreo (Unidad 2 = $AA+IM*1$, Unidad 3= $AA+IM*2$, Unidad 30= $AA+IM*29$).

En una **segunda etapa**, para una mayor eficiencia se definió un número fijo de 12 hogares (con mujeres con hijos) a ser seleccionados dentro de cada UPM. La probabilidad final de selección del hogar (en cada estrato) en la *i*-ésima UPM para PRICCAS 2006 está dada como:

$$Prob_{fi} = \{a * m_{ij} / \{\sum m_i\} \{b/ m_i\}$$

$$Prob_{fi} = (a * b) / \sum m_i$$

b : es el número de hogares en la *i*-ésima UPM (12 hogares)

Este trabajo en campo, consistió en la selección aleatoria del primer hogar encuestado, previa identificación de un punto de partida o referencia (plaza, iglesia, servicio de salud, etc) y de la dirección en que se haría el recorrido al interior del conglomerado.⁸

Cada UPM tiene una completa identificación que corresponde a códigos de departamento, provincia, sección municipal y comunidad, que es la codificación del INE. Línea de base PRICCAS 2006 utiliza una codificación paralela y secuencial para facilitar el control y seguimiento de las UPM en la encuesta. En esta codificación se utilizan tres dígitos, los dos últimos de manera correlativa desde el 01 al 30, y el primer dígito código 4 corresponde a Oruro, Beni 8 y Pando 9.

⁸ Se elige el punto de partida de manera aleatoria sobre un mapa o croquis de la comunidad (punto de referencia). Los métodos de selección más conocidos son el giro de botella o lápiz para determinar la dirección. En segundo lugar, para seleccionar al azar la primera vivienda a ser visitada, se numera las viviendas en la dirección seleccionada y se sortea una de ellas. Para este sorteo se usa el primer o último dígito de la numeración de un billete. Después, la segunda vivienda será la más cercana a la primera, y así sucesivamente hasta completar la cuota (12 hogares) de la muestra.

1.2.4. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Los instrumentos de la investigación utilizados fueron:

- Cuestionario de Hogar.
- Cuestionario de Mujer.
- Manual de la entrevistadora.
- Balanzas SECA.
- Tallímetros para la medición antropométrica.
- Hemocues para la toma de anemia.
- Formulario Institucional a ser aplicado en los diferentes establecimientos de salud que se encuentren en las UPMs.

1.2.5. Estructura organizativa

Cada brigada de campo en Oruro y Pando, estaba estructurada por un supervisor, dos encuestadoras y un responsable de flebotomía; en Beni se contó con un Responsable para Guayaramerín y Riberalta, otro para Itenez y Mamoré y cada equipo estuvo conformado por un Supervisor y 4 entrevistadores.

Se integraron cinco equipos de trabajo de campo para Oruro, cuatro en el Beni y uno en el Departamento de Pando, con el objeto de ejecutar las actividades de recolección de información en las viviendas seleccionadas.

1.2.6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Los preparativos de la Línea de Base PRICCAS 2006, comprende varias etapas:

1.2.6.1. Reuniones de coordinación temática

Se organizó un Comité Técnico, con la participación del Ministerio de Salud y Deportes MSD, principal usuario de la investigación, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, con el objetivo de realizar la inclusión de secciones o batería de preguntas nuevas, una revisión de contenidos y ajuste a los instrumentos de levantamiento de la información como resultado de varias sesiones como consta en actas, donde:

- ❖ Se revisaron los indicadores

- ❖ Se revisaron preguntas y secciones de los dos cuestionarios y del Formulario Institucional y se complementaron el manual del entrevistador y el instructivo del Formulario Institucional.

Como resultado de las diferentes sesiones con el comité técnico, se elaboraron los cuestionarios modelo a ser validados en la prueba piloto. Asimismo, en forma paralela se elaboraron los manuales.

1.2.6.2. Diseño y contenido de los cuestionarios y aplicación de la encuesta

El cuestionario responde a los objetivos definidos de la investigación. Ello exigió un amplio proceso de elaboración y consenso con las instituciones con las que se coordinó el estudio.

Considerando que la línea de base sea parte del proceso de diagnóstico que se llevará a cabo dentro del accionar institucional propuesto por el proyecto PRICCAS 2005/2009 y permitir en el futuro contar con información para el seguimiento de los resultados planificados y la medición de los posibles impactos de la acción de UNICEF⁹.

Para la recolección de la información se utilizaron 2 cuestionarios, basados en los cuestionarios modelos diseñados por el programa DHS (ENDSA) y un formulario institucional para indicadores de proceso o de prestación de servicios, implementando en los servicios de salud.

CUESTIONARIO DE HOGAR

- ✓ Identificación geográfica del hogar.
- ✓ Residentes habituales.
- ✓ Sexo y edad de cada miembro del hogar.
- ✓ Educación de los miembros del hogar de 15 a más años de edad.
- ✓ Datos de la vivienda y del hogar.
- ✓ Muertes maternas.
- ✓ Sal yodada.
- ✓ Peso y Talla para mujeres y niños menores de cinco años.
- ✓ Anemia para mujeres y niños menores de cinco años.

⁹ Términos de Referencia Proyecto Encuesta Línea de Base PRICCAS 2006.

CUESTIONARIO DE MUJER

- ✓ Embarazo, parto y posparto.
- ✓ Lactancia.
- ✓ Vacunación y salud para los niños menores de 5 años.
- ✓ SUMI.
- ✓ SIDA, conocimiento y prevención.
- ✓ Malaria/ Dengue/ Leshmaniasis, conocimiento y prevención.
- ✓ Tuberculosis, conocimiento y prevención.

FORMULARIO INSTITUCIONAL (GESTIÓN 2005)

- ✓ Establecimientos en riesgo para inmunoprevenibles.
- ✓ Consulta habitante de menores de 5 años.
- ✓ Baciloscopías por sintomático respiratorio.
- ✓ Captación de casos TBP Bk (+).
- ✓ Curación de TBP (+).
- ✓ IPA malárico.
- ✓ Tratamientos nuevos en relación a casos nuevos.
- ✓ Incidencia del dengue.
- ✓ Incidencia Leishmaniasis.
- ✓ Fiebre hemorrágica.
- ✓ Vacunación antirrábica canina.

1.2.6.3. Prueba piloto

Esta fase, se ha definido a fin de evaluar los instrumentos de levantamiento de información diseñados, los procedimientos operativos, el proceso de capacitación directa, los materiales didácticos a emplear durante la instrucción del personal, la validación manual para el control de calidad en la información captada y las funciones operativas de supervisores, entrevistadoras y entrevistadores.

Los resultados permitieron ajustar los instrumentos de captación, adecuar los procedimientos operativos, evaluar el parámetro de productividad y con ello estimar la plantilla de personal requerido para el desarrollo de la Encuesta, optimizando los recursos disponibles para su ejecución.

OBJETIVOS PRUEBA PILOTO

Los objetivos de la Prueba Piloto fueron:

- Validar los instrumentos de recolección de la información, así como los instrumentos de procesamiento de la información.
- Validar los instrumentos y estrategias de capacitación en cuanto a contenido temático y operativo.
- Validar el operativo de campo, respecto a la respuesta y la aplicación de los diferentes instrumentos y procesos.
- Validar la organización técnica y administrativa a fin de identificar debilidades en estos procesos que se llevan a cabo en forma paralela al operativo de campo.
- Validar la logística a ser requerida para la ejecución del operativo.

LUGAR Y FECHA DE EJECUCIÓN

La Prueba piloto se realizó en una zona del municipio de Caracollo del Departamento de Oruro el 25 de abril del año en curso. Esta actividad fue llevada a cabo por personal técnico del equipo central del proyecto.

1.2.6.4. Capacitación

La destreza adquirida por el personal durante el desarrollo de la Encuesta, fue resultado de un proceso integral de capacitación que retoma el modelo de instrucción directa, donde los instructores capacitaron al personal postulante (60 personas entre entrevistadores, supervisores y responsables) de los tres departamentos.

La capacitación se realizó en la oficina central de La Paz para el personal de Oruro y se contó con la participación activa del Ministerio de Salud y Deportes. Los Equipos de Guayaramerín y Riberalta fueron trasladados a Trinidad para realizar una capacitación conjunta con los equipos de Itenez y Mamoré. El equipo de Pando recibió capacitación en Cobija.

El Equipo Central de la Encuesta tuvo a su cargo la capacitación en estas tres ciudades, de tal manera que esta actividad fue ejecutada de manera estandarizada. Este proceso permitió impartir una capacitación personalizada con el fin de satisfacer inquietudes y solucionar las dudas presentadas durante el proceso.

La capacitación fue realizada del 9 al 13 de mayo para el personal de Oruro, del 24 al 27 de mayo en Cobija y del 26 al 30 de mayo en Trinidad.

El tiempo de capacitación incluyó las prácticas de campo, ya que se consideró primordial ejercitar el manejo de los instrumentos de captación de información, directamente en el terreno y con ello complementar los conocimientos teóricos adquiridos.

Para la capacitación se elaboró un programa en el cual se definió la estructura del curso de capacitación en función al contenido de las boletas, los responsables de impartir la capacitación y los instrumentos a ser utilizados. Este programa de capacitación consideró fundamentalmente dos aspectos:

- ❑ Capacitación teórica especializada, a través de la cual se daba un contexto teórico y temático especializado, lo que garantiza el manejo de los conceptos, para lo cual se contó con la participación de:
 - ❖ PAI – MSD, reforzaron el tema de inmunizaciones.
 - ❖ Unidad de Nutrición (La Paz), SEDES Cobija y SEDES Trinidad – MSD, realizaron el reforzamiento en el llenado adecuado del Carnet de Salud Infantil y el tema de nutrientes y la estandarización de peso y talla a los postulantes.
 - ❖ Laboratorio SEDES- Cobija y Trinidad, realizaron la estandarización de la toma de hemoglobina (anemia).
- ❑ Capacitación técnica operativa, que implicaba garantizar la destreza del personal en la forma de llenado de los cuestionarios.
- ❑ Práctica en grupos de trabajo.

Resultado de la convocatoria que se realizó, en general, un total de 60 personas fueron preseleccionadas para los cursos de capacitación, a través de un proceso de evaluación curricular (experiencia, formación), después de concluido el proceso de capacitación y aplicada la prueba de evaluación, se seleccionaron y contrataron a los mejores

postulantes, 20 personas entre entrevistadoras, responsables de peso, anemia, supervisores para Oruro, 22 postulantes en Beni y 5 en el departamento de Pando.

Posteriormente se realizó un curso de un día de duración, únicamente con los supervisores/as de Campo, en el que se transmitieron conocimientos acerca de las funciones que debe cumplir cada uno de ellos y las responsabilidades que implica el cargo.

Una vez capacitado y seleccionado el personal de campo, se efectuó una prueba piloto en comunidades que no están en la muestra. Los(as) entrevistadores(as) llevaron a cabo todas las labores inherentes a su trabajo para la aplicación de cada formulario. Se evaluaron los resultados y se hicieron los ajustes y adecuaciones que correspondían a boletas e instructivos.

1.2.6.5. Operativo de campo

El operativo de levantamiento de la información se inició en Oruro el 17 de mayo del año en curso y concluyó el 25 de junio con el resultado de ¹⁰1700 hogares visitados en ¹¹143 UPMs.

El operativo de levantamiento de la información en el Beni se inició el 01 de junio del año en curso y el 25 de julio concluyó con el resultado de ¹²1358 hogares visitados en 120 UPMs.

El operativo de levantamiento de la información se inicio en Pando el 30 de mayo del año en curso y concluyó el 18 de julio con el resultado de ¹³433 hogares visitados en ¹⁴37 UPMs.

¹⁰ En un hogar puede haber más de dos mujeres con hijos menores de cinco años entrevistadas.

¹¹ Si bien fueron visitados los 150 conglomerados asignados al departamento de Oruro, en la correspondiente a la Red de Salud de Occidente, no encontró a mujeres con hijos menores de cinco años en las UPMs 4305, 4307, 4308, 4311, 4314, 4316 y 4324; pese a que se barrieron las UPMs no se pudo completar el cupo asignado.

¹² Ídem 9

¹³ Ídem 9

¹⁴ Si bien fueron visitados los 40 conglomerados asignados al departamento de Pando, no se encontró a mujeres con hijos menores de cinco años en las UPMs 9226, 9236 y 9340 por lo que no se pudo completar el cupo asignado.

Como resultado de este proceso se trabajó un total de 310 Conglomerados o Unidades Primarias de Muestreo (UPMs) y 3.600 mujeres y 4.950 niños(as) menores de cinco años.

El trabajo de campo, tuvo enormes dificultades por lo disperso y ausencia de las mujeres con hijos menores de cinco años que afectaron la logística de este trabajo, pese a estas dificultades que retrasaron la conclusión del trabajo de recolección de la información, esta etapa llegó a su fin el 18 de julio.

1.2.6.6. *Procesamiento de datos*

El procesamiento de la información se efectuó en una primera fase en las mismas áreas de encuesta, los Supervisores fueron entrenados para detectar inconsistencias en terreno e instruir el regreso a los hogares en caso de inconsistencias.

Posteriormente, en la Oficina Central, se realizó un trabajo de crítica de los cuestionarios por personal especializado y se procedió al ingreso de datos en CSPro utilizando criterios de consistencia de la información. Se retranscribió el 100 por cien de los cuestionarios. La base de datos fue preparada en SPSS para la emisión de cuadros y para permitir futuros manejos de la base de datos.

CAPÍTULO I

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN Y DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL

1.1. Características generales del departamento de Pando

Pando se encuentra en el norte de Bolivia, limita al este con la República del Brasil y el departamento del Pando, al sur con los departamentos de Pando y La Paz, al oeste con la República del Perú y al norte con la República del Brasil. La temperatura media es de 25 grados con extremas de 9 a 28 grados centígrados. Cuenta con una extensión territorial de 63.827 Km², que representan 5,81 por ciento de la superficie total nacional.

1.1.1. LA POBLACIÓN DE PANDO

Según resultados de las proyecciones de población realizadas por el INE, para el año 2005, el Departamento de Pando tiene 66.689 habitantes, equivalente a 0,71 por ciento del total nacional, de 9.427.219 habitantes. La participación de la población masculina en este departamento es de 54,78 por ciento, mientras que de la femenina es 45,22.

Para el año 2005, según la misma fuente, el departamento tiene una densidad de 1,04 habitantes por Km², menor al promedio nacional de 8,58 habitantes por Km².

La tasa neta de reproducción¹⁵ estimada para el periodo 2000-2005, para el departamento de Pando, es 2,23 hijas por mujer, superior al promedio nacional de 1,71. La tasa global de fecundidad¹⁶ para el mismo periodo es 5,10 hijos o hijas por mujer, superior a la tasa nacional de 3,96.

Se estima una tasa de mortalidad infantil¹⁷ de 52,50 muertes por mil nacidos vivos, menor a la tasa estimada a nivel nacional de 64,54. La esperanza de vida al nacer¹⁸ es 63,84 años.

¹⁵ Tasa Neta de Reproducción: es el número esperado de hijas (nacidas en un determinado período) que lograrían alcanzar las edades de la vida reproductiva, asumiendo que estuvieran expuestas a la mortalidad materna de sus madres al momento en que nacieron. (INE)

¹⁶ Tasa Global de Fecundidad: es el número esperado de hijos e hijas nacidos vivos que una mujer tendría al término de su vida fértil, asumiendo que sus años de vida reproductiva transcurren conforme a las tasas de fecundidad por edad observadas en un año determinado.

¹⁷ Tasa de Mortalidad Infantil: muerte de niños y niñas menores de 1 año con respecto al total de nacidos vivos.

¹⁸ Esperanza de vida al nacer: es el número esperado de años que viviría un recién nacido vivo.

1.1.2. LA ECONOMÍA DE BOLIVIA Y LA ECONOMÍA DE PANDO

En el año 2004, del total generado por la economía boliviana, el Producto Interno Bruto¹⁹ (PIB) del departamento de Pando en términos nominales fue de 563,94 millones de bolivianos, que representó 081 por ciento con relación al total nacional. El Producto Interno Bruto Per Cápita²⁰ alcanzó a 1.111 dólares estadounidenses, menor al promedio nacional.

CUADRO 1

Producto Interno Bruto, departamento de Pando 2004(p)

INDICADOR	PANDO	BOLIVIA
PIB REAL (millones de bolivianos)	217,45	24.791,76
PIB REAL (millones de dólares estadounidenses)	68,60	7.820,75
PIB NOMINAL (millones de bolivianos)	563,94	69.625,94
PIB NOMINAL (millones de dólares estadounidenses)	70,94	8.757,98
PIB PER CÁPITA (bolivianos)	8.834	7.546
PIB PER CÁPITA (dólares estadounidenses)	1.111	949

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

(p): Preliminar

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, la actividad productiva departamental presentó entre sus principales sectores de aporte al PIB departamental, a la Agricultura, Silvicultura, Caza y Pesca con 24,56 por ciento de participación, Servicios de la Administración Pública 18,55; Industria Manufacturera 12,39; Comercio 9,95 por ciento; Extracción de minas y canteras 8,98, restaurantes y hoteles 6,73 por ciento, Servicios Comunes, Sociales y Personales 4,78; Establecimientos Financieros, Seguros, Bienes Inmuebles y Servicios Prestados a las Empresas 4,47; Construcción 2,99 y Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones 2,51 por ciento.

En el año 2004, las exportaciones del departamento de Pando decreció en 15,57 por ciento respecto a 2003, que en términos absolutos representaron 0,83 millones de dólares estadounidenses. Los productos que registraron variación negativa fue la Castaña con 93,81b por ciento, el producto que registró crecimiento fue maderas y manufacturas de madera 2,07 por ciento, que tienen participación de 98,56 por ciento, del total exportado.

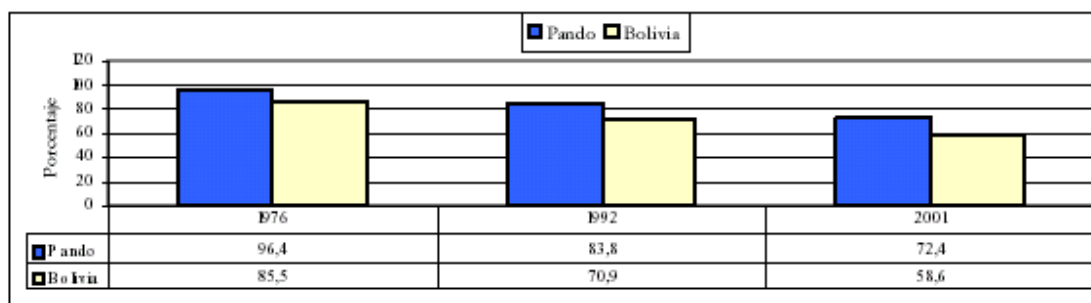
¹⁹ El Producto Interno Bruto es el valor de los bienes y servicios de destino final, resultado de la actividad productiva de un país, que se realiza en su territorio económico y para una gestión determinada.

²⁰ Producto Interno Bruto Per Cápita, es el valor del Producto Interno Bruto sobre el total de población.

La incidencia de pobreza en el departamento de Pando presentó reducción desde 1976; el año 1976 fue 96,4 por ciento y a nivel nacional de 85,5. Según el Censo de 1992, 83,8 por ciento de las personas en Pando se enmarcaba en la categoría de pobres y en el ámbito nacional, las personas pobres alcanzaban a 70,9 por ciento. El año 2001, se presentó reducción en la incidencia de pobreza tanto en Pando como a nivel nacional, la reducción fue menor en el caso de Pando, 72,40 por ciento, mientras que a nivel nacional fue de 58,6 por ciento.

GRAFICO 1

**Población pobre, según censos de 1976, 1992 y 2001, departamento Pando, INE
(En porcentaje)**



Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

En todas las viviendas de la muestra seleccionada para la encuesta Línea de Base PRICCAS 2006, se aplicó el cuestionario del hogar en el que se registraron las características más importantes de cada uno de los miembros del hogar: sexo, edad, educación y características de la vivienda y el hogar.

1.2.1. HOGARES Y PERSONAS ENTREVISTADAS

De un total de 433 hogares seleccionados para el departamento de Pando, se realizaron 441 entrevistas a mujeres de 12 a 49 años y 571 niños menores de cinco años.

1.2.2. JEFATURA Y TAMAÑO DEL HOGAR

CUADRO 2. Distribución porcentual de la población según mujeres jefes de hogar por red de salud y nivel de instrucción, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud		Hogares con Mujer como jefe de hogar	Tamaño promedio	Número de hogares
Red de salud	1 Cobija	15.6	257	5.4
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	13.6	176	5.2
Total		14.8	433	5.3

En Pando, el 14,8 por ciento de los hogares tiene a una mujer como jefa de hogar. La baja proporción de hogares que declararon como jefa de hogar a una mujer, podría estar subestimada por aspectos más de carácter cultural que económicos. Respecto al número de personas por hogar, en Pando, el número promedio de miembros es de 5,3 personas por hogar.

1.3. Características de las Viviendas

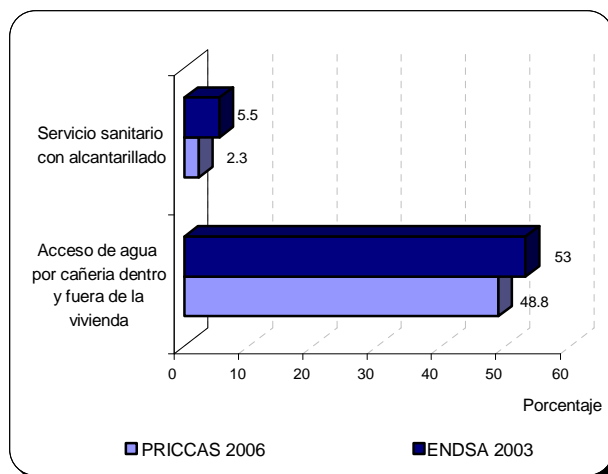
Las condiciones de la vivienda juegan un papel muy importante al influir en la calidad de vida de los hogares. El acceso a servicios básicos y características de la vivienda, pueden determinar si las necesidades básicas satisfacen a los hogares en pro de una mejora de las condiciones de vida en general.

La información recogida en el cuestionario del hogar, permite conocer la disponibilidad de los servicios básicos en las viviendas visitadas.

1.3.1. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS BÁSICOS

El disponer y acceder a los servicios básicos como agua y servicio de alcantarillado para eliminación de excretas, se encuentra asociado a mejores condiciones de supervivencia de la población y en consecuencia de los niños.

GRÁFICO 2. Distribución porcentual de hogares, según principal fuente de agua para beber y facilidad sanitaria usada por el hogar, departamento de Pando, PRICCAS 2006 y Nacional ENDSA 2003



1.3.1.1 Fuente de agua para beber

Para evaluar las condiciones socioeconómicas en las que vive la población y la protección de las enfermedades relacionadas con el medio ambiente, sobre todo con el agua, se les pidió a las encuestadas que proporcionaran información sobre el ambiente domiciliario. La disponibilidad y acceso a servicios básicos adecuados tales como agua, servicio sanitario y otros se encuentra asociada con mejores condiciones de salud y supervivencia de la población y de los niños en particular. Se puede reducir la incidencia de enfermedades graves infantiles, tal como la diarrea, con prácticas de higiene y saneamiento apropiadas.

Cerca del 49 por ciento de los hogares en el departamento de Pando, accede al agua potable (considerando las conexiones dentro o fuera de la vivienda y aun en pilas públicas), para el mismo departamento, la ENDSA 2003 muestra 53 por ciento.

CUADRO 3. Distribución porcentual de hogares, según principal fuente de agua para beber, por red de salud y nivel de instrucción, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Fuente principal de abastecimiento de agua						
RED DE SALUD	Agua por tubería dentro de la vivienda, edificio, lote o terreno	Agua de pileta pública	Agua de pozo	Agua de río, lago, vertiente o acequia	Agua de carro repartidor o aguatero	TOTAL
1 Cobija	59.9	3.9	23.7	10.1	2.3	100
2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	27.3		48.3	24.4		100
TOTAL	46.7	2.3	33.7	15.9	1.4	100
Ninguna	44.4		37	18.5		100
Primaria	37.4	2.7	40.1	19.8		100
Secundaria y más	61.3	2.5	24.4	8.1	3.8	100
TOTAL	47.2	2.4	33.7	15.2	1.5	100

Cerca del 64 por ciento de los hogares de la red de Cobija accede de alguna manera al agua potable (considerando las conexiones dentro o fuera de la vivienda, de los vecinos y aún en pilas públicas). En la red de Puerto Rico y Gonzalo Moreno, el 27,3 por ciento de los hogares se abastecen de agua por cañería.

1.3.1.2. Servicio higiénico

Las condiciones de la vivienda juegan un papel muy importante al influir en la calidad de vida de los hogares. El acceso a servicios básicos y características de la vivienda, pueden determinar si las necesidades básicas satisfacen a los hogares en pro de una mejora de las condiciones de vida en general.

La información recogida en el Cuestionario de Hogar en la presente investigación, permite conocer la disponibilidad de los servicios básicos, en este caso, sobre las formas de eliminación de excreción en las viviendas visitadas.

El disponer o acceder a los servicios básicos, como el referente a la eliminación de excreción por medio de facilidades sanitarias mejoradas, se encuentran asociadas a mejores condiciones de vida de la población en general, y de los niños en particular. Al

igual que en el caso de disponibilidad de fuentes de agua para beber, este indicador se obtiene ponderando el número de hogares por el número de miembros por hogar.

CUADRO 4. Distribución porcentual de hogares, según tipo de facilidad sanitaria usada por el hogar, por red de salud y nivel de instrucción. Departamento de Pando, PRICCAS 2006

Tipo de servicio higiénico tiene su hogar					
Red de salud/nivel de instrucción	Inodoro conectado a la alcantarilla	Inodoro conectado a pozo ciego	Letrina	Campo abierto	Total
1 Cobija	3.9	27.6	61.9	6.6	100
2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno		3.5	86.6	9.9	100
TOTAL	2.3	17.9	71.8	7.9	100

Del total de hogares pandinos visitados, apenas el 2.3 por ciento tienen servicio sanitario con alcantarillado, según la ENDSA para el departamento de Pando tanto urbano como rural, el 5.5 por ciento de la población tenía acceso a servicio sanitario con alcantarillado.

El 62 por ciento de los hogares de la red de Cobija tiene la posibilidad de usar servicio higiénico (letrinas) y el 86,6 por ciento en la red de Puerto Rico y Gonzalo Moreno.

1.3.1.3. Personas por dormitorio

CUADRO 5. Distribución porcentual de hogares, según hacinamiento y número de miembros del hogar, por red de salud y nivel de instrucción, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de Salud/nivel de instrucción	Hacinamiento		Número de hogares
	Hacinado	No hacinado	
1 Cobija	59	41	257
2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	70.7	29.3	176
TOTAL	63.7	36.3	433
Ninguna	81.5	18.5	27
Primaria	67	33	222
Secundaria y más	56	44	160
TOTAL	63.6	36.4	409

El número de personas por dormitorio puede emplearse como indicador de hacinamiento. Como se aprecia en el cuadro anterior el 63,6 por ciento de los hogares presenta un promedio de 3 personas por dormitorio.

1.3.1.4. *Combustible para cocinar*

CUADRO 6. Distribución porcentual de hogares, según tipo de combustible para cocinar, por red de salud y nivel de instrucción, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Principal combustible que utiliza para cocinar						
Red de Salud/nivel de instrucción	Leña	Carbón	Gas licuado	Electricidad	No cocina	Total
1 Cobija	28.1	1.2	66.4	0.4	3.9	100
2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	76.6	1.2	22.2			100
TOTAL	47.5	1.2	48.7	0.2	2.3	100
Ninguna	66.7	3.7	29.6			100
Primaria	56	1.4	40.4	0.5	1.8	100
Secundaria y más	30.2	0.6	66		3.1	100
TOTAL	46.5	1.2	49.8	0.2	2.2	100

Del total de hogares pandinos visitados, el 48,7 por ciento de ellos han declarado al gas licuado como el principal combustible para cocinar, le sigue en importancia la leña con 47,5 por ciento.

El 66,4 por ciento de los hogares de la red de Cobija han declarado el gas licuado como el principal combustible para cocinar y el 76,6 por ciento de los hogares de la red de Puerto Rico y Gonzalo Moreno utilizan la leña como el principal combustible para cocinar.

CAPÍTULO II

SITUACIÓN DE SALUD DE LA MUJER

La información estadística sobre la salud materna-infantil es de vital importancia dentro de las estadísticas sociales, debido a su relación con dos grupos de población estratégicos en el contexto de las políticas de desarrollo humano: madres e hijos menores de edad. Afortunadamente Bolivia dispone ya de cuatro Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA's) –realizadas en 1989, 1994, 1998 y 2003– que pueden proporcionar puntos de referencia válidos para el diseño de políticas al respecto.

La encuesta Línea de Base PRICCAS 2006, contiene una cantidad apreciable de información sobre aspectos relacionados con la salud materna infantil que no sólo permiten evaluar tópicos del pasado inmediato en la materia, sino también anticipar o proyectar las tendencias futuras. En este capítulo, se presentan los resultados referidos a temas tales como: la atención prenatal y asistencia durante el parto, la cobertura de las vacunas contra el tétanos, la prevalencia y tratamiento de ciertas enfermedades, especialmente la diarrea e infecciones de las vías respiratorias.

2.1. Atención Prenatal y Asistencia en el Parto

La cobertura y calidad de la atención prenatal y durante el parto constituyen factores estrechamente ligados a la salud materna e infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta a evaluar la situación general de la salud del país. En PRICCAS 2006 se averiguó, para los nacimientos ocurridos a partir de mayo de 2001, si la madre había recibido el toxoide antitetánico y si había tenido atención prenatal y durante el parto, al igual que el sitio de ocurrencia del parto.

2.1.1. TIPO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

En Pando, 74,8 por ciento de las mujeres recibieron cuidado prenatal por personal de salud. A nivel nacional según la ENDSA 2003, el 79,1 por ciento de las futuras mamás recibieron cuidado prenatal por personal de salud y el 82,8 por ciento en Pando.

CUADRO 7. Distribución porcentual de mujeres de 12 a 49 años que tuvieron nacimientos en los 5 años anteriores a la encuesta, por tipo de personal que prestó cuidado prenatal, según características seleccionadas, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Características		Persona que atendió el control prenatal				
		Médico	Auxiliar de enfermería	Partera	Otro	Ninguna atención
Red de salud	1 Cobija	77.7	1.3	0.4		10.5
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	66.3	2.5		0.6	11.3
Total		73	1.8	0.3	0.3	10.8
Edad	15-19	76.6	1.6			9.4
	20-24	76.9	1.9		0.9	6.5
	25-29	76.7	1.1	1.1		7.8
	30-34	72.5				11.8
	35-39	61.2	4.1			22.4
	40-44	55.6				22.2
	45-49	66.7	11.1			11.1
Total		73	1.8	0.3	0.3	10.8
Nivel de instrucción	Ninguna	37.5			4.2	37.5
	Primaria	63.8	2.5	0.5		14.1
	Secundaria y más	90.1	0.6			3.1
Total		73	1.8	0.3	0.3	10.8

En el cuadro se presenta la distribución porcentual de nacimientos en los últimos años anteriores a la encuesta, por tipo de cuidado prenatal y características seleccionadas, incluyendo la edad de la madre.

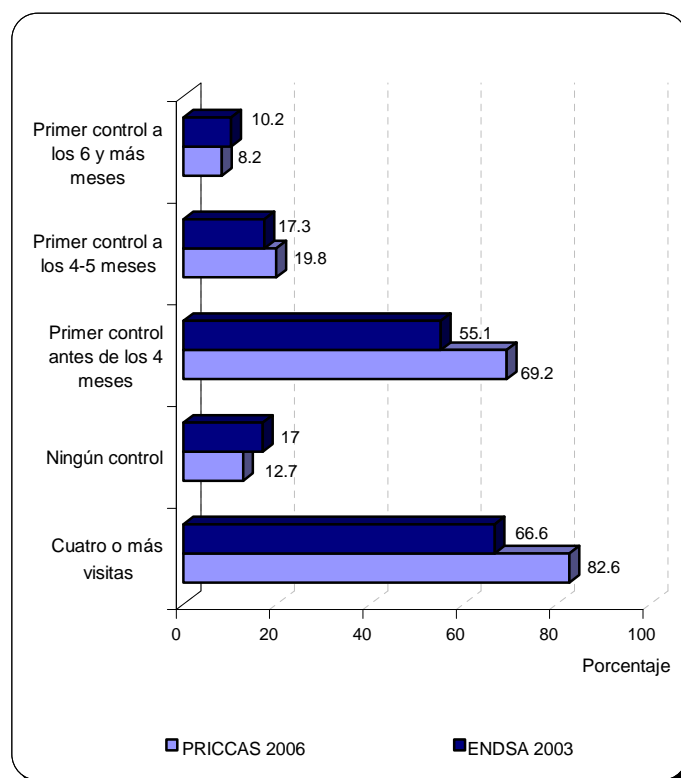
En Pando, departamento con elevada cobertura prenatal por personal de salud, no se encuentran diferencias importantes entre grupos de edad, la línea de base muestra que para algunos embarazos, en los cuales los riesgos de complicaciones son altos, especialmente en madres menores de 20 años, el cuidado prenatal por parte de salud es alto.

2.1.2. FRECUENCIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Entre las normas vigentes del Ministerio de Salud y Deportes, está brindar como mínimo cuatro controles a un embarazo de bajo riesgo, teniendo que realizarse el primero en el

primer trimestre de embarazo, el segundo en las semanas 20-24, el tercero en las semanas 28-32 y el cuarto en las semanas 36-38.

GRÁFICO 4. Distribución porcentual de mujeres, por número de visitas de atención prenatales, para el último nacimiento, departamento de Pando PRICCAS 2006 y nacional ENDSA 2003



En Pando, alrededor de 8 mujeres de cada 10 tienen al menos cuatro controles prenatales. A nivel nacional según la ENDSA 2003, el 66.6 por ciento de las mujeres tienen al menos cuatro controles prenatales. Según la ENDSA 2003 el 55.1 por ciento de las mujeres realizaron su primer control prenatal a partir del cuarto mes de embarazo.

CUADRO 8. Distribución porcentual de mujeres de 12 a 49 años que tuvieron nacimientos en los 5 años anteriores a la encuesta, por número de visitas de atención prenatales, para el último nacimiento y por el momento de la primera visita, según características seleccionadas, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción	Numero de veces que ha ido al control prenatal				Meses de embarazo tenía en su atención por primera vez				Meses de embarazo tenía cuando se hizo último control	
	1	2-3	4 y más	No sabe/sin información	Menos de 4 meses	4-5	6 y más	No sabe/sin información	Media	N válido
1 Cobija	0.7	8	89.3	2.1	75.4	17.3	5.5	1.7	4	289
2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	1.4	16.1	73.5	9	60.7	23.2	11.8	4.3	7	211
TOTAL	1	11.4	82.6	5	69.2	19.8	8.2	2.8	6	500
15-19	4.1	15.1	76.7	4.1	58.9	27.4	12.3	1.4	5	73
20-24	1.4	13.1	80	5.5	61.4	25.5	10.3	2.8	6	145
25-29		8.4	86.3	5.3	77.9	13	6.9	2.3	5	131
30-34		16.2	77.9	5.9	69.1	17.6	7.4	5.9	8	68
35-39		8.3	91.7		79.2	14.6	6.3		2	48
40-44		4.8	85.7	9.5	81	9.5		9.5	11	21
45-49			92.3	7.7	69.2	30.8			3	13
TOTAL	1	11.4	82.6	5	69.2	19.8	8.2	2.8	6	500
Ninguna		34.6	53.8	11.5	50	26.9	11.5	11.5	14	26
Primaria	1.2	13.4	81.8	3.6	68.8	21.3	7.5	2.4	5	253
Secundaria y más	0.9	6.1	87.4	5.6	72	17.8	8.4	1.9	4	214
TOTAL	1	11.4	82.8	4.9	69.2	20.1	8.1	2.6	5	493

En Pando, alrededor de 8 mujeres de cada 10 tienen al menos cuatro controles prenatales. El 69,2 por ciento de las mujeres pandinas asisten a su primer control prenatal antes del cuarto mes de embarazo.

2.1.3. CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Uno de los problemas más sentidos en los servicios maternos, es la calidad de la atención. El control prenatal, debe garantizar el cumplimiento efectivo de todas las actividades que fomenten la protección, recuperación y rehabilitación de la salud materna-infantil a través de una atención integral a la mujer embarazada.

Entre los principales componentes de control prenatal se encuentra el interrogatorio (para conocer los antecedentes en salud, familiares y personales y la evolución del embarazo en curso), el examen clínico general, los exámenes de laboratorio (sangre y orina).

Red de salud		Pesaron	La midieron	Presión arterial	Examen de orina	Examen de sangre	Barriga	Latidos bebe	Prueba de VIH
Red de salud	1 Cobija	98.6	96.2	97.9	84	83.7	96.5	97.6	12.5
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	96.7	93.8	96.7	60.2	60.2	97.6	96.2	9.5
Total		97.8	95.2	97.4	73.9	73.7	97	97	11.2
Edad	15-19	94.5	94.5	94.5	63	63	93.2	91.8	9.6
	20-24	98.6	96.6	97.9	82.1	80	98.6	99.3	13.1
	25-29	99.2	97.7	99.2	87	86.3	99.2	97.7	11.5
	30-34	94.1	86.8	97.1	54.4	58.8	97.1	97.1	10.3
	35-39	100	100	97.9	70.8	68.8	95.8	100	14.6
	40-44	100	85.7	90.5	52.4	57.1	85.7	85.7	
	45-49	100	100	100	61.5	61.5	100	100	7.7
Total		97.8	95.2	97.4	73.9	73.7	97	97	11.2
Nivel de instrucción	Ninguna	96.2	88.5	92.3	46.2	46.2	96.2	96.2	3.8
	Primaria	97.2	94.5	96	62.8	63.2	96	95.7	7.5
	Secundaria y más	98.6	96.7	99.5	91.1	90.2	98.1	99.1	15.9
Total		97.8	95.2	97.4	73.9	73.7	97	97	11.2

Según declaración de las mujeres, para casi la totalidad de los embarazos de nacidos vivos con atención prenatal, el 97 por ciento de las mujeres fueron pesadas, 95,2 talladas y 97.4 por ciento con toma de presión arterial en sus controles prenatales; al 73,9 y al 73,7 por ciento le tomaron exámenes de sangre y de orina, respectivamente. Situación que es similar a nivel nacional respecto al examen clínico, según la ENDSA 2003 entre un 90-94 por ciento, las mujeres recibieron las actividades rutinarias del examen clínico (mujeres pesadas, talladas, con toma de presión arterial) en sus controles prenatales; al 56 y al 62 por ciento le tomaron exámenes de sangre y de orina.

2.1.4. TÉTANO NEONATAL

Como parte de la información sobre las condiciones de salud de los niños de las mujeres entrevistadas, se preguntó a las madres si ellas recibieron vacuna contra el tétanos durante la etapa gestacional y el número de veces durante ese embarazo. Las condiciones de higiene e inmunización que rodean el parto, sobre todo en lo que se refiere a los instrumentos utilizados para el corte del cordón umbilical, hacen que sea necesaria la aplicación de la vacuna antitetánica durante la gestación, para prevenir al niño de contraer el tétanos neonatal al momento del alumbramiento. Por estas razones es importante identificar los grupos de riesgo para orientar las campañas y reducir así la morbilidad.

En el cuadro siguiente, se presenta la información de acuerdo con el número de dosis para grandes grupos de edad, red de salud y nivel de instrucción de las mujeres en Pando. También se presentan resultados a nivel departamental para contextualizar la situación de este departamento.

CUADRO 9. Porcentaje de mujeres con nacimientos en los últimos cinco años protegidas contra tétano neonatal, según características seleccionadas, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción de la madre	Mujeres con vacuna contra el tétanos neonatal	Dosis durante el embarazo					Número de mujeres
		1	2	3	4	5 y más	
1 Cobija	89.9	49.5	31.7	11.5	2.3	5.1	258
2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	91.5	52.4	33.1	12.4	1.4	0.7	176
TOTAL	90.6	50.7	32.2	11.8	1.9	3.3	434
15-19	88.1	45.5	36.4	9.1	5.5	3.6	67
20-24	95.9	55.7	27.4	12.3	1.9	2.8	123
25-29	92.5	44.7	38.3	12.8	1.1	3.2	106
30-34	83.6	61.9	21.4	11.9	2.4	2.4	55
35-39	89.8	45.2	35.7	16.7		2.4	49
40-44	78.3	60	20	6.7		13.4	23
45-49	90	37.5	62.5			0	10
TOTAL	90.6	50.7	32.2	11.8	1.9	3.3	434
Ninguna	64	68.8	31.3			0	25

Primaria	90	50.6	27.8	14.4	2.8	4.5	220
Secundaria y más	94.5	49.4	36.4	10.5	1.2	2.5	183
TOTAL	90.6	50.7	32.2	11.8	1.9	3.3	434

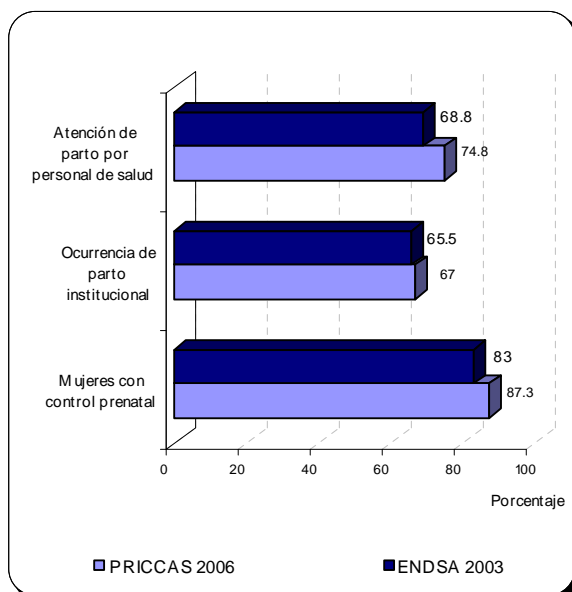
En el departamento de Pando, al 90,6 por ciento de las mujeres le pusieron alguna inyección en el brazo para prevenir que al bebé le diera tétanos. De ésta cobertura; el 50,7 por ciento de mujeres recibieron una dosis y el 32,2 declararon tener la segunda dosis.

La consejería es igualmente suministrada, aún que en menor proporción a las mujeres de menor educación.

2.2. Lugares de ocurrencia del Parto y Tipo de Asistencia

La encuesta Línea de Base PRICCAS 2006, contiene una cantidad apreciable de información sobre aspectos relacionados con la salud materno – infantil que no sólo permiten evaluar acontecimientos del pasado inmediato en la materia, sino también proyectar las tendencias futuras. En este informe, se presentan los resultados referidos a la atención del parto, tanto a la persona que atendió el parto, como el parto ocurrido en un establecimiento de salud.

GRÁFICO 6. Atención Prenatal y Asistencia del Parto por Personal de Salud

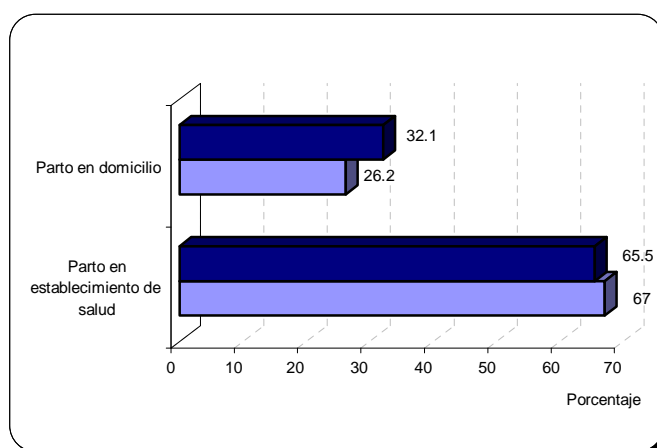


En Pando, el 87,5 por ciento de las futuras madres recibieron cuidado prenatal y de éstas tan solo el 67 por ciento acudieron a un establecimiento de salud (público o privado), lo que implica que el parto domiciliario es todavía importante. Considerando lo reportado por la ENDSA 2003, se puede observar un comportamiento similar en cuanto a la atención prenatal y el parto institucional.

2.2.1. LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO

El departamento de Pando, tiene una cobertura de parto institucional mayor a la media nacional, ya que el 67 por ciento de las mujeres tuvieron su parto en establecimiento de salud.

GRÁFICO 4. Distribución porcentual de nacimientos por lugar de ocurrencia del parto, según características seleccionadas, departamento de Pando PRICCAS 2006 y Nacional ENDSA 2003



El 26 por ciento de los nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta ocurrieron fuera de un establecimiento de salud, lo que implica que el parto domiciliario es todavía importante. A nivel nacional, el 34.5 por ciento de los nacimientos en los cinco años antes de la encuesta tuvieron lugar en el hogar, y el 32.1 por ciento para el Pando (ENDSA 2003), ratificándose el ancestro cultural marcado por la tradición del evento del nacimiento entre los suyos.

CUADRO 10. Distribución porcentual de nacimientos en los cinco años que precedieron a la encuesta, por lugar de ocurrencia del parto, según características seleccionadas, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción	Hospital publico, centro o posta de salud	Servicios privados (clínica consultorio, etc)	Médico particular	Parientes	En la casa
1 Cobija	71.3	4.6	0.9	4.9	18.3
2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	55.3		0.4		44.3
TOTAL	64.4	2.6	0.7	3.3	26.2
15-19	70.7		1.2	2.4	25.6
20-24	66.7	1.2	0.6	2.4	29.2
25-29	68.1	4.9	0.7	1.4	25
30-34	65.3	4		2.7	28
35-39	50.8	4.9	1.6	6.6	36.1
40-44	53.6			7.1	39.3
45-49	42.9				57.1
TOTAL	64.4	2.6	0.7	3.3	26.2
Ninguna	32.5	2.5		5	60
Primaria	57.9	0.3		3	38.7
Secundaria y más	79	5.8	1.8	1.8	11.6
TOTAL	64.4	2.6	0.7	3.3	26.2

En el departamento de Pando, aún con buenas coberturas de parto en servicio, por red de salud, se observa a los municipios de la red de Puerto Rico y Gonzalo Moreno con altos porcentajes de partos domiciliarios (44,3 por ciento).

2.3. Cuidado postnatal de las madres

Período postnatal (o puerperio) se le llama al período de transformaciones progresivas anatómicas, metabólicas y hormonales en el que involucionan todas las modificaciones acaecidas durante la gestación, con la sola excepción de la glándula mamaria. Su duración es de aproximadamente sesenta días, teniendo una etapa inmediata (las primeras 24 horas), otro período de 10 días, un período alejado que comprende del 11º al 45º día y por último un período tardío que comienza a los 45 días y concluye con el

retorno definitivo de la regla. El período postnatal, principalmente los dos primeros días, es susceptible a infecciones u otros trastornos de la salud que pueden llevar hasta la muerte por problemas originados durante el parto o por deficientes cuidados postnatales generales y locales. La atención postnatal a las mujeres también ayuda a la vigilancia del recién nacido, al apoyo de la lactancia natural y a la elección de un método de planificación familiar adecuado. La atención en salud calificada en este período, a pesar de no ser una práctica muy corriente, debe entonces continuar²¹.

Según las normas del Ministerio de Salud y Deportes, la mujer que ha tenido un parto normal puede tener su primer control durante la etapa inmediata (cuando el parto es institucional forma parte de los requisitos para dar de alta a las mujeres) y otros tres controles en los siguientes 42 días. Por efectos prácticos, en los países de baja accesibilidad a los servicios de salud se acepta un período de una semana para que las mujeres que no han tenido su parto en una institución acudan para su primer control puerperal.

En la Línea de Base PRICCAS 2006 se investigó la cobertura del control del puerperio por medio de una pregunta directa hecha a las mujeres entrevistadas sobre el tiempo transcurrido después de haber dado a luz, las que tuvo su primera revisión médica o control puerperal.

CUADRO 11. Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron hijos que no nacieron en establecimiento de salud en los cinco años anteriores a la encuesta por momento del primer control postnatal para el nacimiento más reciente, según características seleccionadas, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción	Control postnatal			
	Días después de nacido	Semanas después de nacido	No fue	Mujeres
1 Cobija	54	16.9	29.1	261
2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	41	6.7	52.2	178
TOTAL	48.7	12.8	38.5	439

²¹ ENDSA 2003

Dic-14			100	1
15-19	50.7	7.5	41.8	67
20-24	48	12	40	125
25-29	58.5	16	25.5	106
30-34	44.6	12.5	42.9	56
35-39	41.2	19.6	39.2	51
40-44	30.4	4.3	65.2	23
45-49	50	10	40	10
TOTAL	48.7	12.8	38.5	439
Ninguna	19.2	7.7	73.1	26
Primaria	40.8	9.4	49.8	223
Secundaria y más	62.5	17.9	19.6	184
TOTAL	48.7	12.9	38.3	433

Los resultados indican que el 48, por ciento de las mujeres de Pando que tuvieron su último parto fuera de una institución reportaron haber realizado su primera revisión médica a los días después de nacido el bebé.

2.4.

NU

TRICION DE LAS MADRES

2.4.1.

Es

Estatura de las mujeres e Índice de Masa Corporal (IMC)

La estatura de la mujer es uno de los indicadores de crecimiento lineal de nutrición que se encuentra condicionado por la alimentación, la salud, la genética y entre otros más, el entorno.

La talla baja de las mujeres se encuentra asociada al riesgo durante el parto, bajo peso del niño al nacer, supervivencia infantil, incremento de la mortalidad materna, complicaciones durante el embarazo y el parto.

En el presente estudio se midió la estatura de las mujeres comprendidas entre los 15 a 49 años de edad. De un total 440 mujeres, la estatura media del departamento de Pando es

de 153 cm. La información nacional departamental muestra que la estatura media de Pando es de 154 cm ENDSA 2003, con un centímetro de diferencia.

CUADRO 12. Estatura de la mujer e Índice de Masa Corporal (IMC) de 15 a 49 años de edad, del departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción		Altura (cm)	Índice de masa corporal (IMC)						
			18.5 a 24.9 IMC Normal	TOTAL Delgadas <18.5	17.0 a 18.4 Ligeramente delgada	16.0 a 16.9 moderadamente delgada	TOTAL Sobre peso/ Obesas >=25.0	25.0 a 29.9 Sólo sobre peso	>=30 Sólo obesa
Red de salud	Cobija	153,7	49,6	0,8	0,4	0,4	49,7	33,5	16,2
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	151,8	52,2	1,2	0,6	0,6	46,6	36,5	10,1
Total		153	50,7	1	0,5	0,5	48,4	34,7	13,7
Edad en años	15-19	153,2	67,2	3	1,5	1,5	29,9	22,4	7,5
	20-24	153,7	57,6	1,6	0,8	0,8	40,8	32,8	8
	25-29	153,1	54,3	0			45,7	38,1	7,6
	30-34	151,9	32,1	0			67,9	42,9	25
	35-39	153,5	36,5	0			63,5	32,7	30,8
	40-44	150,9	47,8	0			52,2	34,8	17,4
	45-49	149,4		0			100	70	30
Total		153	50,7	1	0,5	0,5	48,4	34,7	13,7

El índice de masa corporal (IMC) permite medir la delgadez u obesidad del cuerpo y por lo tanto, la disponibilidad de energía del organismo, por consiguiente se debe considerar el peso y la talla, donde la primera es medida en kilogramos y la segunda en m² donde la relación es Kg/m². Se utilizó el ²³punto de corte de 18.5 para establecer los valores del IMC de acuerdo a la fórmula para obtener el índice de Quetelet. El índice se encuentra asociado con la edad, ya que la talla se ve afectada a medida que el ser humano crece y envejece.

Los resultados muestran que el 50.7 por ciento de las mujeres se encuentran en la normalidad (18.5 a 24.9). Con algún grado de delgadez menos del 1 por ciento (<18.5) y con sobrepeso y obesidad el 48.4 por ciento (>=25.0). La información nacional muestra

²² No se consideró a una mujer de 12 a 14 años por no ser representativa al grupo.

²³ Internacional Dietary Energy Consultative Group.

que el promedio de IMC del departamento de Pando es de 25.8 por ciento, que significa que las mujeres se ubican con sobrepeso u obesidad, ENDSA 2003.

Por edad, se observa que a partir de los 15 años comienza el sobrepeso con casi el 30%, luego se incrementa a medida que avanza la edad en casi el 50 por ciento.

Estos resultados, indican que la mujer no consigue obtener la talla adecuada durante la niñez y culminarla en la adolescencia, por lo tanto, el sobre peso y la obesidad son el resultado de una talla disminuida para la edad esperada y que se encuentra asociada principalmente a un déficit de nutrientes en su alimentación necesarios para su crecimiento durante la niñez y adolescencia donde se alcanza el pico máximo de la talla.

2.4. Conocimiento y utilización de prestaciones del SUMI

CUADRO 13. Distribución porcentual de las mujeres según conocimiento y utilización del SUMI según características seleccionadas, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Características	Mujeres que conocen o saben lo que es el SUMI	Servicios y prestaciones que utilizo del SUMI						Pagó por alguna atención del SUMI
		Control prenatal	Atención de parto	Servicios de salud sexual y reproductiva	Atención de enfermedades de menores de 5 años	Atención de crecimiento de menores de 5 años	Vacunas	
1 Cobija	73.7	58	56	4.7	64.7	39.3	59.3	15.2
2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	51.1	64.5	48.4	3.2	75.8	30.6	66.1	11.3
TOTAL	65.4	59.9	53.8	4.2	67.9	36.8	61.3	14.1
15-19	50.9	84	72	8	56	28	60	12
20-24	63.5	57.6	61	5.1	72.9	37.3	71.2	16.9
25-29	80.4	56.1	50	1.5	66.7	39.4	54.5	12.1
30-34	60.4	59.3	51.9		59.3	25.9	59.3	14.8
35-39	69.2	56	44	12	76	40	72	15.4
40-44	52.9	42.9	14.3		71.4	57.1	28.6	14.3
45-49	42.9	50	50		100	50	50	
TOTAL	65.4	59.9	53.8	4.2	67.9	36.8	61.3	14.1
Ninguna	53.3	42.9	57.1	14.3	71.4	14.3	85.7	14.3
Primaria	51.7	57	51.9	5.1	69.6	38	64.6	19
Secundaria y más	80.4	61.8	55.3	3.3	66.7	36.6	58.5	11.3
TOTAL	65.4	59.9	53.8	4.2	67.9	36.8	61.3	14.1

Los resultados indican que el 65,4 por ciento de las mujeres pandinas con nacimientos en los cinco años antes de la encuesta, reportaron saber lo que es el SUMI. De éstas el 59,9 por ciento recurren al SUMI para control prenatal.

Respecto al SUMI y los niños menores de cinco años, el 67,9 por ciento de las madres recurren al seguro para atención de enfermedades en menores de cinco años.

Aquí se ve claramente oportunidades perdidas que el AIEPI provoca, hay más porcentaje de atención de enfermedades que de control de crecimiento, debido al enfoque de atención de la enfermedad.

CAPITULO III

SITUACION DE SALUD DEL NIÑO

3.1. Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños menores de cinco años

Las enfermedades infecciosas se encuentran asociadas a la pobreza, la malnutrición y bajas condiciones de saneamiento básico, ²⁴OPS/OMS, 2003. Las enfermedades infecciosas incrementan los requerimientos de los nutrientes por una pérdida de éstos y en una baja utilización biológica de los alimentos, como consecuencia tienen mayor impacto sobre el crecimiento donde juega un rol importante la disminución del apetito y la baja absorción de nutrientes principalmente.

3.1.1. ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA)

De un total de 437 niños, el 30.1 por ciento de ellos tuvieron diarrea en las dos últimas semanas de la encuesta, mayor a la información nacional departamental que muestra una prevalencia de 22.2 por ciento para el departamento de Pando, ENDSA 2003. Por Red de Salud, la prevalencia de diarrea de Puerto Rico y Gonzalo Moreno es de 33.3 por ciento y en Cobija algo menor con 27%.

El mayor impacto de niños con diarrea, se da entre los 6 y 23 meses de edad, alrededor del 40; va disminuyendo antes de cumplir los 5 años de edad a 20 por ciento.

CUADRO 14. Prevalencia de diarrea en niños menores de cinco años. Líquidos y alimentación proporcionados durante la diarrea, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Sexo/Red de salud/ edad/nivel de instrucción		Con diarrea últimas 2 semanas	Cantidad de líquidos			Cantidad de alimentos			Con SRO	Con suero casero	Número de niños
			Misma	Más	Menos	Misma	Más	Menos			
Sexo	Hombre	33,3	38,9	48,6	12,5	27,4	4,1	68,5	35,6	28,4	222
	Mujer	27	24,1	72,2	3,7	37,5	5,4	57,1	26,3	19	215
Total		30,2	32,5	58,7	8,7	31,8	4,7	63,6	31,5	24,2	437
Red de	Cobija	27,6	33,3	56,1	10,6	36,2	5,8	58	23,9	20,8	261

²⁴ Conocimientos Actuales sobre Nutrición, 8va Edición, OPS/OMS, 2003

salud	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	33,7	31,7	61,7	6,7	26,7	3,3	70	40,7	28,3	178
Total		30,1	32,5	58,7	8,7	31,8	4,7	63,6	31,5	24,2	439
Edad en meses	<6	19,3	62,5	25	12,5	12,5	37,5	50		9,1	57
	6-11	43,2	47,4	52,6		42,1		57,9	42,1	26,3	44
	12-23	41,1	24,1	62,1	13,8	30	3,3	66,7	53,3	23,3	73
	24-35	34	21,2	72,7	6,1	35,3	5,9	58,8	18,2	23,5	100
	36-47	22,8	35,3	47,1	17,6	22,2		77,8	44,4	33,3	79
	48-59	23,8	35	60	5	35		65	15,8	25	84
Total		30,2	32,5	58,7	8,7	31,8	4,7	63,6	31,5	24,2	437

Cuando se relaciona la educación de la mujer y la presencia de diarrea en el niño, esta es débil con el nivel primario y más fuerte cuando cursa la secundaria y más, donde los niños con diarrea disminuyen.

3.1.1.1. Alimentación durante la diarrea

La alimentación que deben recibir en cantidad y calidad los niños es fundamental, sobre todo es necesario continuar con los líquidos y la alimentación durante los procesos de diarrea para evitar la deshidratación y la desnutrición, dado que el efecto de la malnutrición sobre la morbilidad potencia la mortalidad debida a la diarrea, OPS 2003.

Bajo esta premisa, se indagó sobre la conducta que tiene la madre cuando el niño se enferma con diarrea, preguntándole si proporciona la misma cantidad de líquidos, igual o menos. Los resultados muestran que el 32.5 por ciento de las madres le da mayor cantidad de líquidos cuando el niño cursa diarrea, el 58.7 por ciento iguales y el 8.7 por ciento menos.

A nivel de Red de Salud, Cobija presenta el porcentaje más elevado (10.6 por ciento) de niños que reciben menos líquidos en relación a Puerto Rico y Gonzalo Moreno (6.7 por ciento) que es menor.

Asimismo, también se indagó sobre la alimentación que recibe el niño durante el proceso diarreico. Los resultados muestran que la más de la mitad de las madres le da menor cantidad de alimentos cuando el niño cursa diarrea, el 31.8 por ciento igual y el 5.8% más.

Por Red salud, Puerto Rico y Gonzalo Moreno presenta un mayor porcentaje de madres que da menor cantidad de comida (70 por ciento) en relación a Cobija (63.6 por ciento) que es más bajo.

3.1.1.2. Tratamiento durante la diarrea

Evitar que el niño pierda electrolitos durante la diarrea y la reposición de ellos, es fundamental para disminuir el riesgo de muerte. Para ello, se preguntó a la madre la utilización de SRO o suero casero durante la diarrea. Los resultados muestran que el 31.5 por ciento de las madres utiliza SRO y el 24.2 por ciento suero casero, esto significa que casi el 50 por ciento de los niños está recibiendo suero sea casero o SRO. La información nacional departamental muestra un porcentaje menor de SRO (29.6 por ciento) y de suero casero (24.2 por ciento) ENDSA 2003.

Por Red de Salud, las madres de Puerto Rico y Gonzalo Moreno utilizan más las SRO (41 por ciento) y suero casero (28.3 por ciento), en relación a Cobija que es menor de SRO (23.9 por ciento) y suero casero (20.8 por ciento).

Cuando se pregunta a la madre si le dio “algo más para tratar la diarrea”, más de la mitad de ellas refiere que le dieron otros preparados diferentes a los sueros. El 52.3 por ciento le dio pastillas o jarabes, el 9 por ciento remedios caseros o medicinas caseras y alrededor del 2 por ciento les administraron inyecciones o sueros intravenosos. Por Red de Salud, no se encuentran diferencias de importancia, sin embargo solo las mujeres de Cobija utilizó inyecciones y, Puerto Rico y Gonzalo Moreno, suero intravenoso.

CUADRO 15. Otros remedios utilizados por la madre durante la diarrea del niño menor de cinco años, departamento de Pando, PRICCAS 2006.

Sexo/Red de salud/ edad/nivel de instrucción		Le dio algo más para tratar la diarrea	Pastillas/jara be	Inyecci ón	Suero intraveno so	Remedios caseros/medici nas caseras	Otro	Númer o de niños
Sexo	Hombre	51,4	45,9	1,4		10,8	1,4	74
	Mujer	64,9	60,3	3,4	1,7	6,9		57
Total		57,3	52,3	2,3	0,8	9,1	0,8	131
Red de	Cobija	55,6	52,8	4,2		8,3	1,4	72

salud	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	59,3	51,7		1,7	10		59
Total		57,3	52,3	2,3	0,8	9,1	0,8	131
Edad del niño en meses	<6	36,4	36,4					11
	6-11	57,9	52,6	5,3	5,3	5,3		19
	12-23	56,7	50			10	3,3	30
	24-35	63,6	58,8	2,9		5,9		33
	36-47	55,6	50			11,1		18
	48-59	60	55	5		20		20
Total		57,3	52,3	2,3	0,8	9,1	0,8	131
Nivel de instrucción	Ninguna	37,5	37,5			12,5		8
	Primaria	54,4	47,1			10,3	1,5	68
	Secundaria y más	63,5	60,4	5,7	1,9	7,5		52
Total		57	51,9	2,3	0,8	9,3	0,8	128

Al relacionar el nivel de instrucción y las madres que dan “algo más para la diarrea” se observa que el nivel de instrucción es mayor en estas mujeres y también con los niños que reciben pastillas o jarabes para la diarrea.

CUADRO 16. Lugar de atención y tratamiento de diarrea en niños menores de cinco años, departamento de Pando

Sexo/Red de salud/ edad/nivel de instrucción		Buscó consejo o tratamiento médico	Lugar					Número de niños
			Hospital público, centro o posta de salud	Médico particular	Parientes	Farmacia	Ninguno	
Sexo	Hombre	35,1	80,8	3,8		3,8	11,5	74
	Mujer	48,3	75	17,9	7,1			58
Total		40,9	77,8	11,1	3,7	1,9	5,6	132
Red de salud	Cobija	36,1	65,4	19,2	3,8	3,8	7,7	72
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	46,7	89,3	3,6	3,6		3,6	60
Total		40,9	77,8	11,1	3,7	1,9	5,6	132
Edad en meses	<6	18,2	100					11
	6-11	63,2	66,7	8,3	16,7		8,3	19
	12-23	36,7	72,7	18,2		9,1		30

	24-35	41,2	85,7	14,3				34
	36-47	50	66,7	11,1			22,2	18
	48-59	30	100					20
Total		40,9	77,8	11,1	3,7	1,9	5,6	132
Nivel de instrucción madre	Ninguna	12,5	100					8
	Primaria	32,4	68,2	13,6	4,5	4,5	9,1	68
	Secundaria y más	54,7	82,8	10,3	3,4		3,4	53
Total		40,3	76,9	11,5	3,8	1,9	5,8	129

El 41 por ciento de las madres buscó consejo o tratamiento médico; el 88,9 por ciento de ellas acudieron a establecimientos de salud y en menor porcentaje en otros lugares.

Por Red de Salud, el 46 por ciento de las madres de Puerto Rico y Gonzalo Moreno buscó consejo o tratamiento médico con relación a Cobija que presenta un porcentaje menor de 65.4 por ciento.

Cuando las madres cuentan con un nivel mayor de educación, buscan el consejo o tratamiento médico para la diarrea, en un mayor porcentaje. La relación de la instrucción de la madre con la utilización de hospitales públicos, necesita de otras variables que apoyen mejor este comportamiento.

3.1.2. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas, la diarrea y la desnutrición, producen efectos negativos en la salud del niño y se constituyen en una de las causas de mortalidad en los niños. En el departamento de Pando es de 25.7 por ciento con tos y con fiebre 31.1 por ciento, ENDSA 2003.

Los resultados del estudio muestra que el 39.7 por ciento de los niños menores de cinco años presentó fiebre y el 46.6 por ciento tos IRA las dos semanas anteriores a la encuesta. Estos resultados de niños con IRA casi duplican a la prevalencia del departamento, en el caso de los niños que presentaron fiebre, es menor a la información nacional de 31.1 por ciento, ENDSA 2003.

Por Red de Salud, Cobija presenta un porcentaje mayor de niños con tos con 47.9% y en Puerto Rico y Gonzalo Moreno es más elevada de niños con fiebre 45.5 por ciento.

CUADRO 17. Prevalencia de IRA y fiebre en niños menores de cinco años. Conocimientos y actitudes de la madre, departamento de Pando, PRICCAS 2006.

Sexo/Red de salud/ edad/nivel de instrucción		Con fiebre	Con tos	Con tos, respiraciones cortas y rápidas	Buscó consejo o tratamiento para la fiebre
Sexo	Hombre	43,9	52,3	71,6	66,4
	Mujer	35,3	40,7	64,4	67,8
Total		39,7	46,6	68,5	67
Red de salud	Cobija	35,5	47,9	65,6	72
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	45,5	44,1	73,1	59
Edad en meses	<6	22,8	28,1	37,5	56,3
	06-11	52,3	61,4	85,2	81,5
	12-23	55,6	62,5	68,9	75,6
	24-35	44,4	41	63,4	68,3
	36-47	27,5	40	78,1	59,4
	48-59	36,9	50,6	66,7	57,1

El 68.5 por ciento de las madres declara que su niño presentó respiraciones más cortas y rápidas durante la IRA. Por Red de Salud, es algo mayor en Puerto Rico y Gonzalo Moreno con 73% en relación a Cobija con 65.6%.

CUADRO 18. Lugar de atención del tratamiento de IRA de niños menores de cinco años, departamento de Pando, PRICCAS 2006.

Sexo/Red de salud/ edad/nivel de instrucción		LUGAR								Le dió a alguna medicina /medicamento para la tos	Número de niños
		Hospital público, centro o posta de salud	Servicios privados (clínica consultorio, etc.)	Médico particular	Parientes	Farmacia	Puesto de venta, tienda	Ninguno	Otro		
P3. Sexo del hijo	Hombre	67,5	1,3	2,6	1,3	15,6		7,8	3,9	81,9	221
	Mujer	67,2		10,3	8,6	10,3	1,7		1,7	75,6	215
Total		67,4	0,7	5,9	4,4	13,3	0,7	4,4	3	79,2	436

Red de salud	Cobija	62,9	1,1	9	3,4	18		4,5	1,1	77,4	262
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	76,1			6,5	4,3	2,2	4,3	6,5	82,1	176
Total		67,4	0,7	5,9	4,4	13,3	0,7	4,4	3	79,2	438
Edad en meses	<6	77,8	11,1	11,1						68,8	57
	6-11	63,6		4,5	13,6	9,1	4,5		4,5	88,9	44
	12-23	66,7		6,1		18,2		6,1	3	84,4	72
	24-35	64,3			10,7	21,4		3,6		78	99
	36-47	63,2		15,8		15,8		5,3		68,8	80
	48-59	75		4,2		4,2		8,3	8,3	80,5	84
Total		67,4	0,7	5,9	4,4	13,3	0,7	4,4	3	79,2	436
Nivel de Instrucción	Ninguna	87,5							12,5	92,3	26
	Primaria	69,8		3,8	5,7	7,5		9,4	3,8	75,5	221
	Secundaria y más	62	1,4	8,5	4,2	19,7	1,4	1,4	1,4	80,4	185
Total		66,7	0,8	6,1	4,5	13,6	0,8	4,5	3	78,9	432

La búsqueda de tratamiento en la enfermedad es vital para el niño, ya que disminuye el riesgo de deteriorar su estado de salud y evita probablemente la muerte. Bajo este contexto, se preguntó a la madre la conducta que tiene frente a la presencia de IRA en su niño.

El 67 por ciento de las madres declaró que buscaron consejo o tratamiento durante la fiebre. El 67.4 por ciento de ellas acudió a los hospitales o servicios de salud, el 13.3% a farmacias y en menor porcentaje a consultorios privados, médicos particulares, curanderos, parientes, farmacias y otros.

Por Red de Salud, el menor porcentaje se encuentra en Cobija (62.9 por ciento) y es más alto en Puerto Rico y Gonzalo Moreno (76 por ciento) de mujeres que acuden a hospitales o Centros de Salud.

No se encuentra una relación marcada del nivel educativo de la madre con el conocimiento de los síntomas de IRA, pero sí cuando la madre busca consejo o tratamiento para la fiebre, es decir, que la madre tiene conocimiento de que es necesario buscar el consejo o tratamiento aunque no identifique los síntomas, esto hace que se incremente la necesidad de acudir a los hospitales, centro o postas de salud.

3.1.2.1. Tratamiento de IRA

Los resultados muestran que el 79.2 por ciento de las madres le da medicina para la fiebre a su niño. Por Red de Salud, es algo menor en Cobija con 77.4% en relación a Puerto Rico y Gonzalo Moreno con 82 por ciento. La ENDSA 2003, muestra un porcentaje menor con 62.1 por ciento respecto a la información del estudio.

3.1.2.2. Alimentación del niño menor de 5 años

La frecuencia de alimentación que tienen los niños, nos ayuda a determinar si la alimentación es deficitaria o no lo es. Bajo esta premisa, se preguntó a la madre el número de veces de comidas sólidas y semisólidas que proporcionó al niño el día anterior a la encuesta.

CUADRO 19. Alimentación del niño menor de cinco años según edad en meses, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Sexo/Red de salud/ edad/nivel de instrucción		Frecuencia de la alimentación del niño según edad		
		Media	No.	porcentaje
Sexo del hijo	Hombre	4	186	51,5
	Mujer	4	175	48,5
Total		4	361	100
Red de salud	Cobija	4	211	58,4
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	4	150	41,6
Edad en meses	6	3	7	1,9
	7	6	3	0,8
	8	3	9	2,5
	9-12	4	29	8
	13-24	4	70	19,4
	25-35	5	86	23,8
	36 y más	4	157	43,5
Nivel de instrucción	Ninguna	4	21	5,9
	Primaria	4	186	52,4
	Secundaria y más	4	148	41,7
Total		4	355	100

En un total de 361 niños menores de cinco años, la media de la ²⁵frecuencia de comidas que recibe el niño en el día es de 4 veces. Por ²⁶grupos de edad, cuando los niños tienen 6 meses la frecuencia es de 3 comidas en el día y la norma refiere cuatro comidas. Llama la atención que a los siete meses de edad, el niño reciba 6 comidas y la recomendación es de cuatro comidas. De 8 a 24 meses de edad, los niños reciben en promedio cuatro comidas y es necesario que se alimenten cinco veces al día.

Por Red de Salud y por nivel de educación de la madre no se encuentran diferencias marcadas.

3.2. Coberturas de vacunación en niños menores de dos años

Una de las acciones dirigidas a prevenir las enfermedades infecciosas y reducir la morbilidad en los niños menores de dos años es la vacunación, éstas son registradas en el carnet de salud infantil.

En este contexto, se averiguaron las coberturas de las vacunas de BCG, la 1ra., 2da., y 3ra. Dosis de la Polio y Pentavalente, la SRP (MMR) y la anti amarilica en los niños menores de un año de edad.

Los resultados del estudio, muestra que el 56.2 por ciento de los niños de 12 a 23 meses de edad tiene ²⁷Carnet de Salud Infantil (CSI). La ²⁸cobertura total de vacunación en los niños de 12 a 23 meses de edad es de 66 por ciento, algo mayor a la información nacional departamental que muestra el 62.3 por ciento, ENDSA 2003.

Por Red de Salud, la mayor cobertura se encuentra en Puerto Rico y Gonzalo Moreno con 72.2 por ciento, en relación a Cobija que es menor con 67.5 por ciento.

BCG

²⁵ En el presente estudio sólo se indagó parte del FADU = número de comidas. El FADU comprende: Frecuencia = No. de comidas; A = cantidad de alimentos; D = densidad de energía – nutrientes; U = utilización. La Nutrición en la Supervivencia, Desarrollo y Protección del Niño, MPSYSP, 1992.

²⁶ Los grupos de edad del niño proviene de la norma del FADU (vigente agosto, 2006), MDYD.

²⁷ Considera los niños que cuentan con CSI (vistos) y los reportados por la madre.

²⁸ La cobertura total estimada, comprende la suma de la información proveniente del CSI y de la información de la madre.

El 95.9 por ciento de los niños de 12 a 23 meses de edad fue vacunado con la vacuna BCG en el departamento de Pando. De acuerdo a la información nacional departamental, el 91.5 por ciento de los niños fueron vacunados con BCG, algo menor que la información del estudio, ENDSA 2003. No se encuentran diferencias de importancias por Red de Salud.

CUADRO 20. Coberturas de vacunación en niños menores de dos años, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Sexo/Red de salud/ /nivel de instrucción		Con CSI	BCG	1ra Polio	2da Polio	3ra Polio	1ra Penta	2da Penta	3ra Penta	SRP/ SR	Toda s las vacu nas	Ning una vacu na	Fiebr e amari lla
Sexo	Hombre	50	97,4	94,7	89,5	84,2	92,1	89,5	84,2	73,6	65,8		73,7
	Mujer	62,9	94,3	91,5	91,5	88,6	91,5	91,5	88,6	85,7	77,1	2,9	80
Total		56,2	95,9	93,2	90,4	86,3	91,8	90,4	86,3	79,4	71,2	1,4	76,7
Red de salud	Cobija	55	97,5	92,5	90	82,5	90	90	82,5	75	67,5	2,5	72,5
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	57,6	93,9	94	90,9	90,9	94	90,9	90,9	84,9	75,8		81,8
Nivel de instrucción	Ninguna	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		100
	Primaria	61	92,6	92,7	90,3	87,8	92,7	90,3	87,8	78,1	73,2	2,4	75,6
	Secundaria y más	46,4	100	92,8	89,3	82,1	89,3	89,3	82,1	82,1	67,9		78,5
Total		56,3	95,7	92,9	90,1	85,9	91,5	90,1	85,9	80,3	77,5	1,4	71,8

POLIO

Respecto a la primera dosis de la vacuna contra la poliomielitis, el 93.2 por ciento de los niños fue vacunado. Por Red de Salud, no existen diferencias marcadas en esta dosis. Con la segunda dosis, el 90.4 por ciento de los niños recibió la vacuna contra la Polio. Por Red de Salud, las coberturas alcanzan a más del 90 por ciento en todas las redes.

Cuando los niños deben recibir la tercera dosis de la vacuna, la cobertura disminuye de 90.4 por ciento (2da. dosis) a 86 por ciento. Por Red de Salud, Puerto Rico y Gonzalo Moreno presenta una cobertura algo mayor que Cobija, 90.9 por ciento y 82.5 por ciento, respectivamente. La información nacional departamental muestra que el 65.9 por ciento

de los niños recibió la tercera dosis de la vacuna contra el polio, menor a la que presentan los niños del estudio, ENDSA 2003.

PENTAVALENTE/DPT (Difteria, tos ferina, tétanos)

La vacuna pentavalente/DPT previene la difteria, tos ferina y el tétanos. Esta vacuna se aplica en tres dosis. Los resultados del estudio muestran que el 91.8 por ciento de los niños menores de un año fue vacunado con la primera dosis de la Pentavalente.

Por Red de Salud, no presentan diferencias de importancia. La segunda dosis fue administrada al 90.4 por ciento de los niños y la tercera al 86.3 por ciento. La ENDSA 2003 muestra una menor cobertura de la tercera dosis con 66.5 por ciento respecto a los niños del estudio.

SRP/SR

La vacuna contra el sarampión se administra en una sola dosis. Los resultados del estudio muestran que el 79.4 por ciento de los niños fue vacunado. La información nacional departamental muestra una cobertura menor de 68 por ciento respecto a los niños del estudio ENDSA 2003. Si bien las coberturas de vacunación son más alentadoras, existen aún niños que no culmina su esquema de vacunación.

3.3. Número de muertes neonatal, en menores de un año y menores de cinco años

En un total de 573 hogares con niños menores de cinco años, se indagó sobre la muerte neonatal en menores de un año y menores de cinco años. Los resultados reportan ²⁹una muerte dentro del primer año de vida y dos antes de cumplir los cinco años de edad.

3.4. Suplementación con micronutrientes

Una de las deficiencias presentes en el país, es la vitamina A y la anemia debida a la deficiencia de hierro y ácido fólico, que afecta a los grupos de mayor vulnerabilidad como las mujeres embarazadas y los niños menores de cinco años. La información nacional departamental, refiere que el 37 por ciento de las mujeres embarazadas y más de la mitad de los niños a nivel nacional tienen anemia, EDNSA 2003. Con el esfuerzo de superar las deficiencias nutricionales en el país, el Ministerio de Salud tiene como estrategias a la

²⁹ La información puede estar sujeta a errores de declaración de la informante, de la fecha y edad del niño.

³⁰ suplementación con vitamina A en mujeres en puerperio y sulfato ferroso y ácido fólico a mujeres embarazadas y niños menores de cinco años, así como también la fortificación del aceite con vitamina A y la harina de trigo con hierro y vitaminas del complejo B.

3.4.1. COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN MUJERES PUÉRPERAS

De acuerdo a la norma del Ministerio de Salud, se debe proporcionar una dosis de vitamina A a toda mujer después del parto. La suplementación con vitamina A permitirá reforzar el sistema inmunológico de la mujer y el enriquecimiento de la leche materna durante el período de lactancia³¹.

Los resultados del estudio, muestran de un total de 572 mujeres con niños menores de cinco años, el 52 por ciento recibió una dosis única de vitamina A después del parto. La información nacional departamental muestra una cobertura algo menor de 47.9 por ciento en relación a las mujeres del estudio, ENDSA 2003.

A nivel de Red de Salud, la mayor cobertura de suplementación se encuentra en Puerto Rico y Gonzalo Moreno con 57.3 por ciento en relación a Cobija con 48 por ciento, que es menor.

CUADRO 21. Cobertura de suplementación con vitamina A en mujeres puérperas de 15 a 49 años de edad, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/ /nivel de instrucción		Dosis única de Vitamina A	Número de mujeres
Red de salud	Cobija	48,2	326
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	57,3	246
Total		52,1	572
³² Edad en años	15-19	57,3	82
	20-24	51,8	168
	25-29	50	144

³⁰ La norma de suplementación del MSYD refiere que toda mujer después del parto debe recibir una megadosis de 200 mil UI de vitamina A. En niños menores de cinco años de 100 mil a 200 mil UI de acuerdo a la edad.

³¹ Conocimientos Actuales sobre Nutrición, 8va Edición, OPS/OMS, 2003.

³² No se consideró a una mujer de 12 a 14 años por no ser representativa al grupo.

	30-34	60	75
	35-39	52,5	61
	40-44	17,9	28
	45-49	71,4	14
Total		52,1	572
Nivel de instrucción	Ninguna	27,5	40
	Primaria	53	302
	Secundaria y más	54,5	224
Total		51,8	566

Con relación a la educación de la mujer, los resultados muestran que a medida que la mujer alcanza un mejor grado de educación se incrementa el porcentaje de cobertura.

3.4.2. COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO Y ÁCIDO FÓLICO EN MUJERES EMBARAZADAS

CUADRO 22. Cobertura de Suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico en mujeres embarazadas de 15 a 49 años, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Sexo/Red de salud/ /nivel de instrucción		Cobertura de suplementación con 90 tabletas	Tabletas tomadas	Número de mujeres
			Media	
Red de salud	Cobija	97,2	68	287
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	94,3	78	210
Total		96	72	497
³³ Edad en años	15-19	97,3	56	73
	20-24	93,8	69	144
	25-29	98,5	77	130
	30-34	92,6	74	68
	35-39	97,9	84	48
	40-44	95,2	72	21
	45-49	100	86	13
Total		96	72	497

³³ No se consideró a una mujer de 12 a 14 años por no ser representativa al grupo.

Uno de los fines de la ³⁴suplementación con hierro y ácido fólico es la prevención de las anemias nutricionales y los defectos del tubo neural durante el período de gestación del niño.

De un total de 497 mujeres con niños menores de cinco años, el 96 por ciento de ellas recibieron tabletas de sulfato ferroso y la ingesta promedio es de 72 pastillas.

Por Red de Salud, no se encuentran diferencias de importancia aunque es algo mayor en Puerto Rico y Gonzalo Moreno con 78 por ciento y algo menor en Cobija con 68 por ciento.

Si bien estas mujeres se encuentran con un déficit de catorce días que significa alrededor de dos semanas de suplementación de acuerdo a la norma nacional que son noventa, tienen el riesgo de presentar anemia, aunque no es posible aseverar si este déficit de suplementos afecte en la presencia de anemia.

3.4.3. COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

La cobertura de suplementación con vitamina A en niños menores de un año con dosis única, es de 47.6 por ciento. Si bien las coberturas de suplementación son bajas, es posible que en parte se deba a una debilidad en el registro de la información del CSI, a pesar de ello, se deberán realizar mayores esfuerzos para lograr mejores coberturas que ayuden a disminuir los indicadores de morbilidad infantil y de la niñez. La información nacional departamental muestra el 67 por ciento de niños recibieron vitamina A en los seis meses anteriores a la encuesta ENDSA 2003, igual que los resultados del estudio que muestra el 67.9 por ciento.

A partir del primer año de vida del niño, la cobertura con la primera dosis es de 42.1 por ciento que es algo menor respecto a la segunda dosis de 40.3 por ciento. Por Red de Salud, no existen diferencias de importancia. Con la segunda dosis de vitamina A, es algo menor en Puerto Rico y Gonzalo Moreno con 37.7 por ciento en relación a Cobija que es mayor con 42 por ciento.

³⁴ La norma de suplementación con hierro y ácido fólico para las mujeres embarazadas es de 90 tabletas y con anemia 180 tabletas. Para los niños menores de cinco años, jarabe de hierro 3 y 4 frascos según la edad.

CUADRO 23. Cobertura de suplementación con vitamina A y sulfato ferroso (jarabe) en niños menores de cinco años, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Sexo/Red de salud/ /nivel de instrucción		Vitamina A			³⁵ Sulfato ferroso		Total niños
		6 a 11 meses	1 a 4 años		6 a 59 Meses		
		Dosis única	1ra dosis	2da dosis	1ra dosis	2da dosis	
Sexo	Hombre	50,7	45,1	42,1	45,6	37,9	153
	Mujer	44,3	39	38,5	39,6	35,8	156
Total		47,6	42,1	40,3	42,7	36,9	309
Red de salud	Cobija	48,2	43,4	42,1	43	38,2	181
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	46,7	40,3	37,7	42,2	35,1	128
Nivel de instrucción	Ninguna	56,5	52,2	47,8	52,2	39,1	15
	Primaria	47,4	42,4	40,9	42,4	38,4	157
	Secundaria y más	45,8	40	38,7	40,6	34,8	131
Total		47.3	42	40.4	42.3	37	303

La información nacional del departamento de Pando presenta una cobertura superior con dosis única que los niños del estudio (122 por ciento). Con primera y segunda dosis de 1 a 4 años de edad es alrededor del 48 por ciento y 35 por ciento, respectivamente, (SNISS, 04) similar a la primera dosis de la red de salud y menor referente a la segunda dosis de los niños del estudio.

3.4.4. COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

Los resultados del estudio muestran que el 42.7 por ciento de los niños menores de cinco años recibieron sulfato ferroso. La cobertura es menor cuando los niños reciben la segunda dosis, esta llega al 36.9 por ciento.

³⁵ En el caso del sulfato ferroso (jarabe) para niños, la entrega del suplemento figura como dosis.

El Ministerio de Salud con la finalidad de mejorar las coberturas de suplementación y disminuir la anemia en los niños, está implementando las chispitas nutricionales a través del SUMI.

3.5. Estado nutricional de niños menores de cinco años según indicadores de peso/edad, talla/edad y peso/talla (-2de)

La desnutrición está asociada a múltiples factores genéticos, ambientales y nutricionales, donde un balance energético negativo prolongado conduce a la desnutrición especialmente en los grupos de mayor vulnerabilidad como son las mujeres en período de lactancia y embarazo y los niños menores de cinco años; las enfermedades infecciosas y la baja utilización biológica de los alimentos afectará en un retraso del crecimiento y daño nutricional³⁶.

En el presente estudio, se determinó el estado nutricional en niños menores de cinco años considerando el peso y talla de acuerdo a la edad.

El peso para la edad o desnutrición global, indica una enfermedad reciente en el niño o una dieta insuficiente ya que el peso es sensible a pequeños cambios.

La talla para la edad o desnutrición crónica, indica la historia nutricional del niño a través del tiempo, a una alimentación deficiente que permanece en el tiempo.

El peso para la talla o desnutrición aguda, refleja el deterioro de la alimentación y la presencia de enfermedades, se relaciona con los dos indicadores anteriores, puede esconder una talla deficitaria y ser catalogado como no desnutrido.

3.5.1. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

De acuerdo a los resultados obtenidos del estudio en 276 niños menores de cinco años, el 6.4 por ciento de los niños tiene desnutrición global, el 18.1 por ciento de desnutrición crónica y el 1.6 por ciento de desnutrición aguda.

³⁶ Conocimientos Actuales sobre Nutrición, 8va Edición, OPS/OMS, 2003.

CUADRO 24. Prevalencia de desnutrición global según el indicador de Peso/Edad en niños menores de cinco años (-2DE), departamento de Pando, PRICCAS 2006

Sexo/Red de salud/edad /nivel de instrucción		Peso/edad					
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior
Sexo	Hombre	0,4	6,6	7	30,3	55,3	7,4
	Mujer	1,2	4,6	5,8	23,7	59,3	11,2
Total		0,8	5,6	6,4	27	57,3	9,3
Red de salud	Cobija	0,7	4	4,7	21,7	60,5	13
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	1	7,7	8,7	34	53,1	4,3
Total		0,8	5,6	6,4	27	57,3	9,3
Edad en meses	6 a 11	1,8	1,8	3,6	16,4	56,4	23,6
	12 a 23	2,2	12	14,2	33,7	47,8	4,3
	24 a 35	0,8	6,4	7,2	26,4	56,8	9,6
	36 a 59		3,3	3,3	27,2	62	7,5
Total		0,8	5,6	6,4	27	57,3	9,3
Nivel de instrucción	Ninguna	2,9	2,9	5,8	34,3	54,3	5,7
	Primaria	0,8	6,6	7,4	30,1	54,8	7,7
	Secundaria y más	0,5	4,4	4,9	21,4	61,5	12,1
Total		0,8	5,5	6,3	27,1	57,4	9,2

La información nacional departamental, muestra el 9.5 por ciento con desnutrición global, el 29.5 por ciento con desnutrición crónica y 3.3 por ciento con desnutrición aguda que es menor en los tres indicadores de los niños del estudio; alrededor de tres puntos porcentuales en la desnutrición global, más de 10 puntos en la crónica y alrededor de dos puntos en la desnutrición aguda, ENDSA 2003.

La desnutrición global se inicia a partir de los 6 meses de edad con 3.6 por ciento y es más alta cuando los niños alcanzan la edad de 12 a 23 meses con 14.2 por ciento. Es a esta edad que los niños tienen un mayor impacto de diarrea y de infecciones respiratorias que afecta el peso del niño. Por Red de Salud, Puerto Rico y Gonzalo Moreno presentan la prevalencia más alta con 8.7 por ciento y es menor en Cobija con 4.7 por ciento.

CUADRO 25. Prevalencia de desnutrición crónica según el indicador de Talla/Edad en niños menores de cinco años (-2DE) departamento de Pando, PRICCAS 2006

Sexo/Red de salud/edad /nivel de instrucción		Talla/edad					
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior
Sexo	Hombre	4,5	17,6	22,1	31,6	40,6	5,7
	Mujer	3,3	10,8	14,1	36,9	41,5	7,5
Total		3,9	14,2	18,1	34,2	41	6,6
Red de salud	Cobija	3,3	7,6	10,9	30,4	50	8,7
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	4,8	23	27,8	39,2	29,2	3,8
Total		3,9	14,2	18,1	34,2	41	6,6
Edad en meses	6 a 11	1,8	3,6	5,4	27,3	58,2	9,1
	12 a 23	5,4	19,6	25	37	33,7	4,3
	24 a 35	4	8,8	12,8	30,4	45,6	11,2
	36 a 59	3,8	17,8	21,6	37,1	37,1	4,2
Total		3,9	14,2	18,1	34,2	41	6,6
Nivel de instrucción	Ninguna	11,4	14,3	25,7	45,7	22,9	5,7
	Primaria	5	18,5	23,5	36,3	34,4	5,8
	Secundaria y más	1,1	7,7	8,8	29,7	53,8	7,7
Total		4	14,1	18,1	34,5	41	6,5

La desnutrición crónica se inicia a partir de los seis meses de edad (5 por ciento) y es más alta cuando los niños tienen de 12 a 23 meses (25 por ciento), el daño en la talla se encuentra ya comprometida antes de cumplir los 5 años de edad (21.6 por ciento).

Por Red de Salud, el mayor porcentaje de niños con desnutrición crónica se encuentra en Puerto Rico y Gonzalo Moreno con 27.8 que es considerablemente mayor a Cobija que presenta 10.9 por ciento.

La desnutrición aguda tiene mayor impacto a la edad de 6 a 11 meses con 3.6 por ciento y luego desciende a cero por ciento.

CUADRO 26. Prevalencia de desnutrición aguda según el indicador de Peso/Talla en niños menores de cinco años (-2DE) departamento de Pando, PRICCAS 2006.

Sexo/Red de salud/edad /nivel de instrucción		Indicador peso/talla					
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior
Sexo	Hombre	0,8	1,6	2,4	7	74,6	16
	Mujer	0,8		0,8	7,9	69,7	21,6
Total		0,8	0,8	1,6	7,4	72,2	18,8
Red de salud	Cobija	1,4	0,7	2,1	5,8	73,2	18,8
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno		1	1	9,6	70,8	18,7
Total		0,8	0,8	1,6	7,4	72,2	18,8
Edad en meses	De 6 a 11 meses		3,6	3,6	1,8	65,5	29,1
	12 a 23		2,2	2,2	18,5	64,1	15,2
	24 a 35	3,2		3,2	8,8	76	12
	36 a 59			0	3,3	75,1	21,6
Total		0,8	0,8	1,6	7,4	72,2	18,8
Nivel de instrucción madres	Ninguna			0	8,6	80	11,4
	Primaria	0,4	0,8	1,2	8,5	69,5	20,8
	Secundaria y más	1,6	1,1	2,7	5,5	74,2	17,6
Total		0,8	0,8	1,6	7,4	72,1	18,9

Por Red de Salud, Cobija presenta el 2 por ciento de desnutridos y es menor en Puerto Rico y Gonzalo Moreno con 1 por ciento.

Al relacionar la educación de la madre y la desnutrición, no se encuentra una relación con la desnutrición global y la aguda, pero sí con la desnutrición crónica que muestra que a mayor nivel de instrucción de la madre, los niños con desnutrición crónica disminuyen. Esta situación puede responder que cuando la madre tiene un nivel más elevado de educación, las oportunidades de mejorar la economía del hogar son mayores y es menor el riesgo de situarse como hogar de mayor vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria, aunque la educación no sea el único indicador que afecte a la desnutrición crónica.

3.5.2. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS SEGÚN LOS INDICADORES DE PESO/EDAD, TALLA/EDAD Y PESO/TALLA (-2DE)

CUADRO 27. Prevalencia de desnutrición global en niños menores de tres años según el indicador de Peso/Edad (-2DE), departamento de Pando, PRICCAS 2006

Sexo/Red de salud/edad /nivel de instrucción		Peso/edad					
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior
Sexo	Hombre	0,8	11,4	12,2	30,1	49,6	8,1
	Mujer	2	4	6	24,2	57	12,8
Total		1,5	7,4	8,9	26,8	53,7	10,7
Red de salud	Cobija	1,3	4,5	5,8	22,7	56,5	14,9
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	1,7	11	12,7	32,2	50	5,1
Total		1,5	7,4	8,9	26,8	53,7	10,7
Edad en meses	6 a 11	1,8	1,8	3,6	16,4	56,4	23,6
	12 a 23	2,2	12	14,2	33,7	47,8	4,3
	24 a 35	0,8	6,4	7,2	26,4	56,8	9,6
Total		1,5	7,4	8,9	26,8	53,7	10,7
Nivel de instrucción	Ninguna	5,9	5,9	11,8	41,2	35,3	11,8
	Primaria	1,5	9,9	11,4	30,5	49,6	8,4
	Secundaria y más	0,9	4,3	5,2	20,9	60,9	13
Total		1,5	7,2	8,7	27	53,6	10,6

En un total de 272 niños menores de tres años, se observa que el 8.9 por ciento de estos presenta desnutrición global. El grupo de edad que presenta una mayor prevalencia es de 12 a 23 meses con 14.2 por ciento, edad en que es visible el impacto de las enfermedades infecciosas y a una baja utilización biológica de los alimentos, que darían respuesta a esta prevalencia.

CUADRO 28. Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de tres años según el indicador de Talla/Edad (-2DE), departamento de Pando, PRICCAS 2006

Sexo/Red de salud/edad /nivel de instrucción		Talla/edad					
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior
Sexo	Hombre	4,1	13,8	17,9	34,1	39,8	8,1
	Mujer	4	9,4	13,4	30,2	47,7	8,7
Total		4	11,4	15,4	32	44,1	8,5
Red de salud	Cobija	2,6	7,1	9,7	24,7	53,2	12,3
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	5,9	16,9	22,8	41,5	32,2	3,4
Total		4	11,4	15,4	32	44,1	8,5
Edad en meses	6 a 11	1,8	3,6	5,4	27,3	58,2	9,1
	12 a 23	5,4	19,6	25	37	33,7	4,3
	24 a 35	4	8,8	12,8	30,4	45,6	11,2
Total		4	11,4	15,4	32	44,1	8,5
Nivel de instrucción	Ninguna	11,8	11,8	23,6	41,2	23,5	11,8
	Primaria	6,1	16	22,1	36,6	35,1	6,1
	Secundaria y más	0,9	5,2	6,1	26,1	57,4	10,4
Total		4,2	11	15,2	32,3	44,1	8,4

La prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de tres años es de 15.4 por ciento. Por Red de Salud, la mayor se encuentra en Puerto Rico y Gonzalo Moreno con 22.8 por ciento y es notablemente menor en Cobija con 9.7 por ciento.

CUADRO 29. Prevalencia de desnutrición aguda en niños menores de tres años según el indicador de Peso/Talla (-2DE), departamento de Pando, PRICCAS 2006

Sexo/Red de salud/edad /nivel de instrucción		Indicador Peso/talla					
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior
Sexo	Hombre	1,6	3,3	4,9	10,6	72,4	12,2
	Mujer	1,3		1,3	10,7	67,8	20,1
Total		1,5	1,5	3	10,7	69,9	16,5
Red de salud	Cobija	2,6	1,3	3,9	7,8	70,1	18,2
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno		1,7	1,7	14,4	69,5	14,4

Total		1,5	1,5	3	10,7	69,9	16,5
Edad en meses	6 a 11		3,6	3,6	1,8	65,5	29,1
	12 a 23		2,2	2,2	18,5	64,1	15,2
	24 a 35	3,2		3,2	8,8	76	12
Total		1,5	1,5	3	10,7	69,9	16,5
Nivel de instrucción	Ninguna			0	17,6	76,5	5,9
	Primaria	0,8	1,5	2,3	13	65,6	19,1
	Secundaria y más	2,6	1,7	4,3	7	73	15,7
Total		1,5	1,5	3	10,6	69,6	16,7

La prevalencia de desnutrición aguda en niños menores de tres años alcanza a 3 por ciento. Por Red de Salud, Cobija presenta la prevalencia más alta con 3.9 por ciento y es menor en Puerto Rico y Gonzalo Moreno con 1.7 por ciento.

CAPITULO IV

LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La lactancia materna es un alimento que provee al niño todos los nutrientes necesarios y es el alimento perfecto para el desarrollo y crecimiento hasta los 6 meses de edad, es a esta edad que la alimentación complementaria debe ser iniciada debido a que la velocidad de crecimiento es más rápida y los requerimientos son mayores, consecuentemente, se debe comenzar a introducir otros alimentos en su dieta además de la leche materna.

4.1. Inicio de la lactancia materna

Se recomienda que los niños comiencen su lactancia en forma inmediata ya que se suministra el calostro que es rico en inmunoglobulinas necesarias para su vida futura.

De un total de 440 respuestas, el 97 por ciento de las madres dio lactancia materna alguna vez. El 67.1 por ciento de las madres lo hizo dentro de la primera hora de nacido el niño y el ³⁷85 por ciento durante el primer día de nacido. La información nacional departamental muestra el mismo porcentaje de mujeres que amamantaron alguna vez con 96.7 por ciento, el porcentaje es algo mayor de madres con lactancia durante la primera hora con 69.5 por ciento y niños que lactaron en el primer día con 87.8 por ciento ENDSA 2003. Por Red de Salud, no existen diferencias de importancia.

³⁷ Incluyen los niños que comenzaron la lactancia materna dentro de la primera hora de nacido.

CUADRO 30. Inicio de la lactancia materna en mujeres de 15 a 49 años de edad, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Amamantó alguna vez	Inicio de la lactancia materna		Número de mujeres
			En la primera hora	En el primer día	
Red de salud	Cobija	95,4	65,6	82,4	262
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	99,4	69,3	88,6	178
Total		97	67,1	84,9	440
³⁸ Edad en años	15-19	100	65,7	80,6	67
	20-24	97,6	66,7	86,2	126
	25-29	97,2	66	85,4	106
	30-34	96,4	64,8	85,2	56
	35-39	94,2	75	87,5	52
	40-44	95,7	68,2	81,8	23
	45-49	90	66,7	88,9	10
Total		97	67,1	84,9	440
Nivel de instrucción	Ninguna	96,2	76	88	26
	Primaria	98,7	68,2	85	224
	Secundaria y más	95,1	64,2	84,1	185
Total		97	67	84,8	435

Al observar la educación de la madre con el inicio de la lactancia materna, se observa que a medida que el nivel de instrucción de la madre es mayor, el porcentaje de los niños que inician la lactancia materna dentro del primer día de nacido es menor, a pesar que la madre cuenta con mayor instrucción, las bondades que brinda el calostro no son bien identificadas en estas mujeres.

³⁸ No se consideró a una mujer de 12 a 14 años por no ser representativa al grupo.

CUADRO 31. Duración de la lactancia materna, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Media de lactancia materna		
		Media	Mediana	Mujeres
Red de salud	Cobija	14	13	77
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	15	14	48
Total		14	14	125
Edad	15-19	14	14	22
	20-24	13	12	33
	25-29	15	15	31
	30-34	13	13	16
	35-39	18	17	14
	40-44	15	16	6
	45-49	16	18	3

La ³⁹duración mediana de la lactancia materna es de 14 meses en madres que tienen niños menores de tres años. La ENDSA 2003, muestra un valor de 18.2 meses de lactancia del departamento de Pando, mayor que la información del estudio.

No se encuentran diferencias de importancia por Red de Salud. Por edad, de 15 a 34 años, la duración de la lactancia fluctúa de 14 a 17 meses.

4.2. Inicio de la Alimentación complementaria y frecuencia de alimentación

CUADRO 32. Alimentación según norma nacional en niños menores de tres años, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Media inicio de la alimentación complementaria	Alimentación del niño menor de 5 años			Número de mujeres
			Temprana	Según norma nacional	Tardía	
Red de salud	Cobija	5	47,1	34,2	18,7	150
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	5	46,6	30,5	22,9	113
Total		5	46,9	32,6	20,5	263
⁴⁰ Edad en	15-19	5	39,3	35,7	25	53

³⁹ El MSYD recomienda dar lactancia materna hasta los dos años de edad.

⁴⁰ No se consideró a una mujer de 12 a 14 años por no ser representativa al grupo.

años	20-24	5	53,2	31,6	15,2	76
	25-29	6	45,5	30,3	24,2	63
	30-34	5	50	29,4	20,6	33
	35-39	5	51,9	25,9	22,2	27
	40-44	5	28,6	57,1	14,3	7
	45-49	6	25	75		4
Total		5	46,9	32,6	20,5	263
Nivel de instrucción	Ninguna	5	42,9	28,6	28,6	13
	Primaria	5	44,9	33,9	21,3	124
	Secundaria y más	5	49,6	31,5	18,9	121
Total		5	46,9	32,6	20,5	263

Los resultados del estudio, muestra que la media de edad de inicio de la alimentación complementaria es de 5 meses.

De un total de 263 respuestas, el 46.7 por ciento de los niños comienza la alimentación complementaria en forma temprana, el 32.6 por ciento de acuerdo a la norma nacional y el 20.5 por ciento en forma tardía, por lo tanto, el 67 por ciento se encuentra fuera de la norma.

Por Red de Salud, Puerto Rico y Gonzalo Moreno presentan un porcentaje algo mayor de niños que inician la alimentación en forma tardía con 22.9 por ciento en relación a Cobija que es menor con 18.7 por ciento.

Por edad de la madre, se observa que alrededor del 50 por ciento de las mujeres de 20 a 39 años, inicia la alimentación del niño en forma temprana y alrededor del 20 por ciento en forma tardía cuando tienen de 25 a 39 años.

Los resultados indican que más del cincuenta por ciento de los niños no inicia su alimentación de acuerdo a la ⁴¹recomendación, esta situación expone a los niños a un mayor riesgo a las enfermedades infecciosas y a la desnutrición. En un ⁴²estudio reciente a nivel nacional, el 47 por ciento de municipios vulnerables comienzan la alimentación en forma tardía o muy temprana.

⁴¹ Se recomienda iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses de edad.

⁴² MACA-SINSAAT Y PMA, 2005. Encuesta de Seguridad Alimentaria a Hogares Rurales.

CAPITULO V

ANEMIA

Uno de los principales problemas de salud pública es la anemia nutricional en mujeres en edad fértil, embarazadas y en niños menores de cinco años que son los grupos de mayor vulnerabilidad. La información nacional estima que el 33 por ciento de las mujeres en edad fértil tiene anemia, en embarazadas el 37 por ciento y en niños menores de cinco años el 51 por ciento. En el departamento de Pando, la anemia total en niños menores de cinco años es de 50.7 por ciento y por tipo de anemia, la moderada es más alta en los niños (26.9 por ciento).

5.1. Puntos de corte utilizados para la determinación de la anemia

Para el presente estudio, se definieron los ⁴³puntos de corte ajustados a la altura para determinar la anemia en mujeres de 15 a 49 años, es decir en edad fértil y para los niños menores de cinco años que viven en el departamento de Pando.

CUADRO 33. Puntos de Corte para mujeres MEF y embarazadas

Puntos de Corte	Mujeres MEF g/dl	Embarazadas g/dl
Anemia severa	< 7	
Anemia moderada	7.0 a 9.9	
Anemia leve	10.0 a 11.9	10.0 a 10.9

⁴³ CDC, 1998. Recommendations to Prevent and Control Iron Deficiency in the United State. Morbidity and Mortality, Weekle Report, 47 (RR-3): 1-29

CUADRO 34. Puntos de Corte para niños menores de cinco años

Edad en meses	Leve g/dl	Moderada g/dl	Severa g/dl
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 y más	11.4	9.4	6.4

La anemia se define como una reducción del volumen de eritrocitos o la concentración de hemoglobina en una muestra de sangre comparada con cifras similares en una población de referencia.

5.2. Anemia en mujeres embarazadas y edad fértil

En un total de 36 mujeres embarazadas del departamento de Pando, el 30.6 por ciento de ellas presentó algún grado de anemia. Con anemia leve el 25 por ciento y moderada con 5.6 por ciento, no se encuentran mujeres con anemia severa. La información nacional muestra el 37 por ciento de anemia total en embarazadas, la leve de 17.7 por ciento y la moderada de 18.8 por ciento.

CUADRO 35. Prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, según tipo de anemia, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Anemia en mujeres de 15 a 49 años				Número de mujeres
		Leve	Moderada	Total anemia	Normal	
Actualmente esta embarazada	Si	25	5,6	30,6	69,4	36
	No	26,7	3,7	30,4	69,6	382
Total		26,6	3,8	30,4	69,6	418
Red de salud	Cobija	23,1	3,2	26,3	73,7	251
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	31,7	4,8	36,5	63,5	167
Total		26,6	3,8	30,4	69,6	418

⁴⁴ Edad en años	15-19	36,9	4,6	41,5	58,5	65
	20-24	26,4	4,1	30,5	69,4	121
	25-29	23,7	5,2	28,9	71,1	97
	30-34	15,1	3,8	18,9	81,1	53
	35-39	24	2	26	74	50
	40-44	40,9		40,9	59,1	22
	45-49	30		30	70	10
Total		26,6	3,8	30,4	69,6	418
Nivel de instrucción	Ninguna	37,5	4,2	41,7	58,3	24
	Primaria	30	4,2	34,2	65,7	213
	Secundaria y más	20,5	3,4	23,9	76,1	176
Total		26,4	3,9	30,3	69,7	413

Los resultados del estudio en mujeres de edad fértil, muestra de un total de 418 mujeres, el 30.4 por ciento tiene algún grado de anemia. Por tipo de anemia, la leve es de 26.6 por ciento y la moderada de 3.8 por ciento.

Por Red de Salud, la anemia total de Puerto Rico y Gonzalo Moreno es diez por ciento mayor que Cobija y ocho por ciento, la leve y moderada en relación a Cobija.

Por grupos de edad, la anemia total es más alta cuando la mujer tiene 15 a 19 años y de 45 a 49 años, alrededor del 40 por ciento.

Al considerar el nivel de educación de la mujer, se observa que a medida que el nivel de instrucción es mayor, el porcentaje de mujeres con anemia total disminuye.

5.3. Anemia en niños menores de cinco años

CUADRO 36. Prevalencia de anemia en niños menores de cinco años, según tipo de anemia, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Leve	Moderada	Total anemia	Normal	Número de niños
Sexo	Hombre	53,1	8,9	62	38	192
	Mujer	53,3	7,8	61,1	38,9	180
Total		53,2	8,3	61,5	38,4	372

⁴⁴ No se consideró a una mujer de 12 a 14 años por no ser representativa al grupo.

Red de salud	Cobija	51,3	7,1	58,4	41,5	224
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	56,1	10,1	66,2	33,8	148
Edad en meses	6-11	67,4	4,7	72,1	27,9	43
	12-23	50,7	22,5	73,2	26,8	71
	24-35	62,1	8,4	70,5	29,5	95
	36-47	46,8	5,1	51,9	48,1	79
	48-59	44	1,2	45,2	54,8	84
Nivel de instrucción	Ninguna	54,5	13,6	68,1	31,8	22
	Primaria	53,6	10,3	63,9	36,1	194
	Secundaria y más	53,3	4,7	58	42	150
Total		53.6	8.2	61.8	38.3	366

De un total de 372 niños, la prevalencia de anemia total en niños menores de cinco años es de 61.5 por ciento. Por tipo de anemia, la leve es más alta con 53.2 por ciento y menor la moderada con 8.3 por ciento. La información nacional muestra una prevalencia menor de anemia total (45.6 por ciento) y de la leve (23.3 por ciento) y es más alta en la moderada (21.1 por ciento), ENDSA 2003.

La anemia afecta más a los niños cuando tienen menos de tres años, alrededor del 70%. Como se señaló anteriormente, más del 60 por ciento de los niños inicia la alimentación en forma tardía o muy temprana, esto significa mayor riesgo de déficit de nutrientes.

Por Red de Salud, Puerto Rico y Gonzalo Moreno presentan alrededor de diez por ciento más de anemia total y por tipo de anemia, en relación a Cobija.

CAPITULO VI

FORTIFICACIÓN DE LA SAL

En el país, otra de las deficiencias de importancia es la de yodo en la alimentación. La deficiencia de yodo puede causar daño irreversible en el organismo, principalmente en período de la gestación del niño y en la niñez.

Hasta el año 1994 se logró disminuir la prevalencia de bocio en el país de 65 por ciento a 4.5 por ciento en escolares (MSPYPS).

Desde el año 1994 el 81 por ciento de los hogares consumía sal yodada. En 1996, la MICS (Encuesta de Múltiples Indicadores) reportó un incremento al 91 por ciento y en la ENDSA 1998 se mantuvieron estos valores; el año 2003, el 86.4 por ciento de los hogares consumían sal en bolsa y el 95.2 por ciento de la sal contenía yodo, ENDSA 2003.

Para prevenir los Desórdenes por Deficiencia de Yodo, como norma del Ministerio de Salud se debe fortificar toda sal que es destinada para el consumo.

6.1. Utilización y determinación de yodo en sal

Para la determinación de sal con yodo, se utilizó la prueba cualitativa a través de una muestra de sal en cada hogar visitado.

CUADRO 37. Porcentaje de hogares según tipo de sal y presencia de yodo

Red de salud/ /nivel de instrucción		Sal utilizada en los hogares			Sal en bolsa	Numero de hogares
		Sal en bolsas	Ninguna sal	Otro	Con yodo	
Red de salud	Cobija	95,3	4,3	0,4	96,7	256
	Puerto Rico y Gonzalo Moreno	100			85,8	176
Total		97,2	2,5	0,2	92,1	432

Los resultados del estudio, muestran que la sal más utilizada en los hogares es de bolsa con 97.2, en menor porcentaje se encuentran otras sales. El 92.1 por ciento de esta sal contiene yodo. La ENDSA 2003 muestra un porcentaje mayor al porcentaje del estudio de 97.9 por ciento.

Por Red de Salud, los hogares Puerto Rico y Gonzalo Moreno disponen en su hogar solo de sal en bolsa con 100 por ciento y en Cobija es algo menor con 95 por ciento.

CAPÍTULO VII

OTROS ASPECTOS DE LA SALUD:

CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

En la PRICCAS 2006, además de los temas tratados en los capítulos precedentes, se ha recolectado información sobre otros temas que se consideran importantes, los cuales se analizan en el presente capítulo.

7.1. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

El SIDA constituye una de las enfermedades de mayor interés para los responsables de la salud pública. El SIDA conforma una pandemia que amenaza a todos los países del mundo por su rápido incremento, alta letalidad y falta de medios eficaces de prevención y tratamiento. La enfermedad afecta especialmente a la población económicamente activa, conduce a la desintegración familiar y a la marginalidad y estigmatiza a las personas afectadas.

Bolivia no está exenta del SIDA, sin embargo se visualiza al SIDA como un "problema de otros". La transmisión está relacionada con la desigualdad en las relaciones sociales y sexuales entre hombres y mujeres, con la deficiente educación sexual, con el comportamiento de la población, con los valores, creencias, tabúes y prácticas, con los patrones de cultura patriarcal y machista, con la falta de involucramiento, con la ignorancia, subvaloración y concepción errónea de que el SIDA es propio de otros países y personas. Todos estos son factores aliados para la expansión de esta enfermedad, principalmente en grupos vulnerables como las mujeres, los adolescentes y jóvenes.

La transmisión sexual, sumada al patrón de transmisión heterosexual, traerá al país gran impacto social, debido a que la mujer corre mayor riesgo de infección, por lo cual nacerán más niños infectados, se elevará la mortalidad materno/infantil, aumentarán los niños huérfanos y el de ancianos abandonados por la muerte de las mujeres y la desintegración familiar.

La magnitud del problema, la rápida propagación del VIH/SIDA y la no existencia de cura para la enfermedad, confirman la importancia de monitorear el conocimiento de la población sobre el problema, la percepción de los riesgos y formas de transmisión y prevención.

Por las razones indicadas, en la encuesta Línea de Base PRICCAS 2006 se incluyó una sección para indagar sobre el conocimiento general de las mujeres acerca del SIDA, qué debe hacerse para evitar contraer el SIDA, si una persona puede tener la enfermedad aunque parezca saludable y si cree que el SIDA es una enfermedad mortal o no y si puede ser transmitido de la madre al niño durante el embarazo, parto o lactancia.

7.1.1. Conocimiento de SIDA

CUADRO 38. Distribución porcentual de mujeres que conocen el SIDA, según características seleccionadas. Departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Conoce o sabe lo que es el SIDA			Total Recuento
		Si	No	No sabe	
Red de salud	1 Cobija	69,8	28	2,2	182
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	42	58		100
Total		59,9	38,7	1,4	282
Edad	15-19	57,9	42,1		38
	20-24	50,6	48,1	1,3	79
	25-29	70	28,8	1,3	80
	30-34	61,5	38,5		39
	35-39	64,5	29	6,5	31
	40-44	38,5	61,5		13
	45-49	100			1
Total		59,9	38,7	1,4	282
Nivel de instrucción	Ninguna	36,4	54,5	9,1	11
	Primaria	40,5	57,9	1,7	121
	Secundaria y más	77,4	21,9	0,7	146
Total		59,9	38,7	1,4	282

En Pando, 60 por ciento de las mujeres en edad fértil ha escuchado hablar, conoce o sabe sobre el SIDA.

Por red de salud, el mayor porcentaje de conocedoras se da entre las mujeres de la red de Cobija (69,8 por ciento).

7.1.2. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA EVITAR EL SIDA

A las entrevistadas que manifestaron saber lo que es el SIDA, se les preguntó que puede hacer una persona para evitar contraer el SIDA. Se admitían todas las respuestas de las mujeres entrevistadas y se sondeaba por otras formas. Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

En Pando, el 85 por ciento de las mujeres entrevistadas piensan que si se puede hacer algo para evitar contraer el SIDA. Alrededor del 90,2 por ciento de mujeres consideran que usar condones es una medida preventiva y el 62,9 el sexo con una sola pareja no infectada; constituyéndose en las principales formas de protección contra el SIDA en nuestra área de investigación.

CUADRO 39. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de evitar contraer el SIDA, según características seleccionadas. Departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Piensa usted que hay algo que una persona pueda hacer para evitar el SIDA	Total	Usar condones	Tener sexo con una sola pareja/serle fiel a su pareja	Evitar compartir platos, cubiertos y comida con personas enfermas	Puede una persona contraer el virus del SIDA por picadura de mosquito	Puede una persona contraer el virus del SIDA por compartir alimentos.	Total
Red de salud	1 Cobija	88,9	126	92	62,5	0,9	46	19,8	126
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	73,8	42	83,9	64,5		56,1	35,7	42
	Total	85,1	168	90,2	62,9	0,7	48,5	23,8	168
Edad	15-19	72,7	22	81,3	50	6,3	72,7	40,9	22
	20-24	82,5	40	97	69,7		35,9	20	40
	25-29	89,1	55	95,9	67,3		50	19,6	55
	30-34	91,7	24	86,4	54,5		33,3	13	24
	35-39	85	20	76,5	58,8		52,6	35	20
	40-44	80	5	75	50		80	40	5

	45-49	100	1	100	100		100		1
Total		85,1	168	90,2	62,9	0,7	48,5	23,8	168
Nivel de instrucción	Ninguna	75	4	66,7	100		75	50	4
	Primaria	70,8	48	88,2	70,6		54,2	36,7	48
	Secundaria y más	92	113	91,3	59,6	1	45,5	17	113
Total		85,1	168	90,2	62,9	0,7	48,5	23,8	168

7.1.3. Conocimiento de la Transmisión de la Madre al Hijo o Perinatal

Para investigar el conocimiento de la transmisión de madre a hijo o perinatal, se formuló, a las mujeres, una pregunta general sobre la posibilidad de que una madre infectada transmitiera el SIDA a su hijo y las tres preguntas específicas e independientes sobre si esa transmisión ocurría durante el embarazo, el parto o la lactancia.

CUADRO 40. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de evitar contraer el SIDA, según características seleccionadas, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Puede ser transmitido el virus del SIDA de una madre al niño	Durante el embarazo	Durante el parto	Durante la lactancia	Total
Red de salud	1 Cobija	94,5	96,7	84,2	65,8	127
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	81	97,1	82,4	88,2	42
Total		91,1	96,8	83,8	70,8	169
Edad	15-19	90,9	95	75	75	22
	20-24	87,5	100	80	71,4	40
	25-29	94,6	94,3	84,9	71,7	56
	30-34	87,5	95,2	81	71,4	24
	35-39	90	100	100	72,2	20
	40-44	100	100	80	40	5
	45-49	100	100	100	100	1
Total		91,1	96,8	83,8	70,8	169
Nivel de instrucción	Ninguna	75	66,7	100	100	4
	Primaria	85,7	100	88,1	78,6	49
	Secundaria y más	93,8	96,2	81,1	67	113
Total		91,1	96,8	83,8	70,8	169

7.1.3.1. Transmisión de la madre al hijo durante el embarazo

De las tres posibilidades de transmisión, durante el embarazo, el parto o la lactancia, la primera es la más conocida por las mujeres pandinas, pues el 96,7 por ciento respondieron afirmativamente a la transmisión del SIDA de la madre al hijo durante al embarazo.

7.1.3.2. Transmisión de la madre al hijo durante el parto

Más del 83,4 por ciento de las entrevistadas respondieron que el VIH puede ser transmitido a través del parto.

7.1.3.3. Transmisión de la madre al hijo durante la lactancia

En menor proporción (70,9 por ciento) respondieron que a través de la lactancia se puede transmitir esta enfermedad.

7.2. MALARIA

La malaria⁴⁵ es una enfermedad producida por hemoparásitos del genero *Plasmodio*, especies *P. falciparum*, agente que produce la forma más grave, *P. vivax*, *P. malariae* y *P. ovale*, no descrito en América. En algunas zonas endémicas no son raras las infecciones mixtas. El humano es el único reservorio conocido de esta enfermedad. Puede comenzar con malestar indefinido y fiebre, que aumenta poco a poco en un lapso de varios días, seguida por escalofríos fuertes y aumento rápido de la temperatura, que por lo regular se acompañan de cefalalgia y náusea y culmina con sudores profusos. Después de un lapso sin fiebre se repite el ciclo de escalofríos, fiebre y sudores todos los días, en días alternos o cada tercer día.

Desde tiempos inmemoriales ha sido una de las enfermedades que más ha gravitado sobre la salud, historiadores sostienen que la decadencia de Egipto, Grecia y Roma se debió a que la malaria diezmó a los ejércitos y poblaciones. Se discute si la enfermedad existió en la América precolombina o si llegó con los conquistadores. Como en otras latitudes, ha constituido un azote para la salud y la economía de los bolivianos. La existencia de la malaria en Bolivia se caracteriza porque hay diferencias marcadas dadas por factores ecológicos y patrones culturales.

⁴⁵ Prevención, Erradicación y control de enfermedades transmisibles. OPS/OMS

Inicialmente los métodos usados en la lucha contra la malaria consistieron en la eliminación de charcas en las orillas de los ríos y acequias, en el tratamiento de los criaderos de larvas con arseniato de cobre disuelto y petróleo, y en la fumigación regular y periódica de las casas.

La otra contribución importante para las acciones de control fue el mejor conocimiento de los hábitos de vida del *Anopheles*, que antes y después de picar al hombre, reposa generalmente sobre las paredes interiores de la casa. El rociado de paredes con un insecticida de efecto residual, una o dos veces al año, era suficiente para exterminar los mosquitos infectados antes de que terminaran el período de incubación intravectorial que los convierte en infectantes.

No cabe duda que la introducción del uso del DDT en el combate contra la malaria cambió radicalmente la estrategia de lucha, pues detuvo la ampliación de las costosas obras de drenaje y de las operaciones de destrucción de larvas y permitió controlar la enfermedad en muchas zonas agrícolas, incluso en lugares donde el aislamiento de las viviendas no permitía el empleo de otros métodos de control.

La estrategia nacional⁴⁶ para combatir la malaria se basa en: descentralización, participación comunitaria, acceso a grupos especiales de riesgo, coordinación entre sectores, gestión integral y actividades conjuntas en áreas de interés epidemiológico común. El Plan para el Control de la Malaria tiene la meta de “reducir la morbilidad, y prevenir la mortalidad causada por la malaria en Bolivia mediante el mejoramiento progresivo y el fortalecimiento de la capacidad local, regional y nacional”.

Los Departamentos de Pando, Pando y Santa Cruz en la Amazonía boliviana, en la frontera con el Brasil, son una prioridad. Esta región es responsable de 50% de todos los casos de malaria notificados y 99% de casos por *P. falciparum*.

7.2.1. CONOCIMIENTO DE LA MALARIA

A las entrevistadas que manifestaron saber lo que es la Malaria, se les preguntó cómo cree que se transmite, que puede hacer una persona para combatirla y a través de que fuente se informó sobre esta enfermedad. Se admitían todas las respuestas de las mujeres

46

entrevistadas y se sondeaba por otras formas. Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

CUADRO 41. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de la malaria según características seleccionadas, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Mujeres que han oído hablar de la malaria	Total	Mujeres que saben lo que es la malaria	Total
Red de salud	1 Cobija	91,6	262	80,8	240
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	89,3	178	78,6	159
Total		90,7	440	79,9	399
Edad	12-14	100	1	100	1
	15-19	85,1	67	68,4	57
	20-24	88,8	125	81,1	111
	25-29	96,2	106	86,3	102
	30-34	89,3	56	88	50
	35-39	92,3	52	68,8	48
	40-44	87	23	85	20
	45-49	100	10	70	10
Total		90,7	440	79,9	399
Nivel de instrucción	Ninguna	80,8	26	61,9	21
	Primaria	89,7	224	74,1	201
	Secundaria y más	92,9	184	89,5	171
Total		90,6	434	80,2	393

En Pando, el 90,7 por ciento ha escuchado hablar sobre la malaria y el 79,9 por ciento sabe lo que es esta enfermedad. No existen diferencias importantes según red de salud y nivel de instrucción.

7.2.2. FUENTES DE CONOCIMIENTO DE LA MALARIA

CUADRO 42. Distribución porcentual de mujeres por fuente de conocimiento, según características seleccionadas, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Fuentes de conocimiento							
		Por su vecino	En las reuniones	Por el personal de salud	De los profesores	Por sus hijos	En su Junta Vecinal o Sindicato	Radio/ Televisión/ Periódico	Otro
Red de salud	1 Cobija	15,5	22,2	91,8	17	6,2	32	94,3	23,2
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno								
		15,2	24	88,8	24,8	0,8	35,2	82,4	33,6
Total		15,4	22,9	90,6	20,1	4,1	33,2	89,7	27,3
Edad	15-19	15,4	20,5	87,2	17,9		28,2	84,6	20,5
	20-24	11,1	18,9	88,9	18,9	1,1	31,1	86,7	28,9
	25-29	21,6	28,4	96,6	23,9	5,7	37,5	96,6	23,9
	30-34	15,9	15,9	88,6	18,2	4,5	27,3	88,6	31,8
	35-39	15,2	33,3	93,9	18,2	12,1	42,4	93,9	27,3
	40-44	5,9	17,6	94,1	17,6	5,9	35,3	88,2	35,3
	45-49	14,3	28,6	57,1	28,6		28,6	57,1	28,6
	Total	15,4	22,9	90,6	20,1	4,1	33,2	89,7	27,3
Nivel de instrucción	Ninguna	15,4	15,4	61,5	15,4	7,7	23,1	69,2	30,8
	Primaria	18,8	29,5	91,3	22,8	8,1	36,9	90,6	25,5
	Secundaria y más	11,8	17	92,8	17,6		30,7	90,8	28,8
Total		15,4	22,9	90,6	20,1	4,1	33,2	89,7	27,3

El 90,6 por ciento de las mujeres reportaron conocer esta enfermedad por el personal de salud. En general, la televisión, la radio y el periódico son los medios o fuentes principales de conocimiento con el 89,8 por ciento.

7.2.3. Conocimiento de formas de transmisión de la Malaria

CUADRO 43. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de transmisión según características seleccionadas. Departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Formas de transmisión			
		Por bañarse en los ríos	De una persona enferma a otra	Por la picadura de un mosquito	Otro
Red de salud	1 Cobija	29	17,1	99	5,2
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	20	13,6	99,2	6,4
Total		25,5	15,7	99,1	5,7
Edad	15-19	38,5	15,4	100	5,1
	20-24	20	16,7	100	3,3
	25-29	21,8	17,2	98,9	5,7
	30-34	15,9	11,4	95,5	9,1
	35-39	39,4	9,1	100	6,1
	40-44	29,4	17,6	100	11,8
	45-49	57,1	42,9	100	
Total		25,5	15,7	99,1	5,7
Nivel de instrucción	Ninguna	46,2		92,3	7,7
	Primaria	28,2	18,1	99,3	6,7
	Secundaria y más	21,7	15,1	99,3	4,6
Total		25,5	15,7	99,1	5,7

De las posibilidades de transmisión que fueron preguntadas a las entrevistadas, la picadura del mosquito es la más conocida por las mujeres orureñas, pues el 99,1 por ciento respondieron afirmativamente a esta posibilidad.

7.2.4. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA COMBATIR LA MALARIA

Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

Al igual que en el departamento de Pando, en Pando, el mayor porcentaje de las mujeres entrevistadas piensan que se puede combatir la malaria fumigando las casas y protegiéndose de los mosquitos.

7.3. DENGUE

Clínicamente, el dengue se reconoce desde hace más de 200 años y cerca de dos tercios de la población mundial viven en zonas infestadas con vectores de dengue¹. El dengue es endémico y epidémico en zonas tropicales de América, África y Asia, donde el vector principal *Aedes aegypti* está presente continuamente⁴⁷.

El dengue clásico, junto con sus formas más graves, el dengue hemorrágico y el síndrome de choque del dengue, es un grave problema de salud en muchas partes de las Américas y puede afectar negativamente las economías nacionales de la región. Las epidemias originan grandes costos de hospitalización, asistencia a enfermos y campañas de emergencia para el control de los vectores.

Los factores responsables del resurgimiento del dengue como un problema de salud pública son complejos y se encuentran estrechamente asociados a cambios sociales y demográficos en los últimos cincuenta años. El crecimiento sin precedente de la población global, asociada a la urbanización no planificada y descontrolada especialmente en países tropicales en desarrollo (viviendas precarias, hacinamiento, deterioro en los sistemas de suministros de agua, red cloacal y tratamiento de desperdicios), ha creado las condiciones ideales para el incremento de enfermedades transmitidas por mosquitos. Otro factor preponderante es la ausencia de un control efectivo del mosquito en áreas donde el dengue es endémico; el rociado con insecticidas para combatir los mosquitos adultos no ha sido efectivo y, al contrario, ha dado una sensación de falsa seguridad. Adicionalmente la densidad de la población de mosquitos ha aumentado en áreas urbanas tropicales debido al crecimiento de hábitat para la larva del mosquito en el medio ambiente doméstico.

Otras causas son el movimiento constante del virus en humanos infectados, cambios en la política de salud pública que pone énfasis en responder a las epidemias con alta tecnología dirigida al control del mosquito más que a prevenir las epidemias con medidas de saneamiento ambiental para reducir la población de mosquitos eliminando su hábitat o actuando sobre estadios inmaduros del vector, el único método que ha demostrado ser efectivo.

⁴⁷ Prevención, erradicación y control de enfermedades transmisibles. OPS/OMS

Actualmente existe consenso de que mientras no haya vacunas ni tratamiento específico contra el dengue, medidas sencillas de saneamiento ambiental pueden eliminar los criaderos de los mosquitos. Tales medidas se asocian con prácticas específicas de saneamiento doméstico que traducen los conocimientos que la comunidad posee respecto a la prevención del dengue.

7.3.1. CONOCIMIENTO DEL DENGUE

Las entrevistadas que manifestaron saber lo que es el dengue, se les preguntó cómo cree que se transmite, que puede hacer una persona para combatirla y a través de que fuente se informó sobre esta enfermedad. Se admitían todas las respuestas de las mujeres entrevistadas y se sondeaba por otras formas. Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

CUADRO 44. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de dengue según características seleccionadas, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Mujeres que han oído hablar del dengue		Mujeres que saben lo que es el dengue
Red de salud	1 Cobija	83,2	218	72,5
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno			
		73	130	40
Total		79,1	348	60,3
Edad	15-19	74,6	50	56
	20-24	69,6	87	59,8
	25-29	88,7	94	68,1
	30-34	83,9	47	51,1
	35-39	82,7	43	65,1
	40-44	78,3	18	55,6
	45-49	80	8	50
	Total	79,1	348	60,3
Nivel de instrucción	Ninguna	69,2	18	33,3
	Primaria	74,1	166	50,6
	Secundaria y más	85,9	158	75,3
	Total	79,1	348	60,3

En Pando, de 342 mujeres que respondieron que han oído hablar sobre el dengue, el 61,1 por ciento sabe lo que es esta enfermedad.

7.3.2. FUENTES DE CONOCIMIENTO DEL DENGUE EN PANDO

CUADRO 45. Distribución porcentual de mujeres según fuentes de conocimiento según características seleccionadas, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Fuentes de conocimiento							
		Por su vecino	En las reuniones	Por el personal de salud	De los profesores	Por sus hijos	En su Junta Vecinal o Sindicato	Radio/Televisión	Otro
Red de salud	1 Cobija	14,6	22,2	93,7	15,2	5,7	30,4	95,6	9,5
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno								
		13,5	15,4	92,3	23,1		34,6	88,5	9,6
Total		14,3	20,5	93,3	17,1	4,3	31,4	93,8	9,5
Edad	15-19	25	28,6	89,3	17,9		35,7	89,3	3,6
	20-24	5,8	11,5	92,3	13,5	1,9	26,9	94,2	5,8
	25-29	12,5	26,6	98,4	18,8	4,7	32,8	93,8	9,4
	30-34	25	16,7	91,7	12,5	4,2	20,8	91,7	16,7
	35-39	17,9	25	96,4	25	10,7	39,3	100	14,3
	40-44			90	10	10	30	100	10
	45-49	25	25	50	25		50	75	25
Total		14,3	20,5	93,3	17,1	4,3	31,4	93,8	9,5
Nivel de instrucción	Ninguna	33,3	50	66,7	16,7		33,3	83,3	
	Primaria	19	21,4	94	17,9	7,1	33,3	90,5	6
	Secundaria y más	9,2	17,6	94,1	16,8	2,5	29,4	96,6	12,6
Total		14,3	20,5	93,3	17,1	4,3	31,4	93,8	9,5

En general, el personal de salud y la televisión, la radio y el periódico son los medios o fuentes principales de conocimiento con el más del 90 por ciento. Se destaca la importancia de los medios masivos de comunicación en la difusión de la información, pero la sola difusión resulta ineficaz si no se combina con intervenciones que apunten a modificar las actitudes y a orientar las acciones hacia la realización de prácticas de prevención.

7.3.3. Conocimiento de formas de transmisión del DENGUE

CUADRO 46. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de transmisión del dengue según características seleccionadas, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Formas de transmisión				
		Por bañarse en los ríos	De una persona enferma a otra	Por la picadura de un mosquito	Vacunando	Otro
Red de salud	1 Cobija	28,5	20,9	98,7	19	12
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	9,6	11,5	98,1	9,6	9,6
Total		23,8	18,6	98,6	16,7	11,4
Edad	15-19	28,6	21,4	100	21,4	14,3
	20-24	23,1	11,5	100	21,2	9,6
	25-29	18,8	18,8	98,4	17,2	9,4
	30-34	16,7	20,8	100	8,3	12,5
	35-39	32,1	25	92,9	10,7	10,7
	40-44	30	30	100	20	30
	45-49	50		100		
Total		23,8	18,6	98,6	16,7	11,4
Nivel de instrucción	Ninguna	50	33,3	100		
	Primaria	22,6	15,5	98,8	21,4	14,3
	Secundaria y más	23,5	19,3	98,3	13,4	10,1
Total		23,8	18,6	98,6	16,7	11,4

De las posibilidades de transmisión que fueron preguntadas a las entrevistadas, la picadura del mosquito es la más conocida por las mujeres de Pando, pues el 98,6 por ciento respondieron afirmativamente a esta posibilidad.

7.3.4. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA COMBATIR EL DENGUE

Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

CUADRO 47. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de combatir el dengue, según características seleccionadas, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Formas de combatir			
		Fumigando las casas	Tomando pastillas	Protegiéndose de los mosquitos	De otra manera
Red de salud	1 Cobija	95,6	81,6	98,7	29,1
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	100	90,4	100	38,5
Total		96,7	83,8	99	31,4
Edad	15-19	96,4	92,9	96,4	35,7
	20-24	96,2	76,9	100	34,6
	25-29	96,9	82,8	98,4	31,3
	30-34	100	79,2	100	41,7
	35-39	92,9	92,9	100	21,4
	40-44	100	90	100	20
	45-49	100	75	100	
Total		96,7	83,8	99	31,4
Nivel de instrucción	Ninguna	83,3	83,3	100	33,3
	Primaria	97,6	89,3	98,8	27,4
	Secundaria y más	96,6	79,8	99,2	34,5
Total		96,7	83,8	99	31,4

En Pando, el 98,3 por ciento de las mujeres entrevistadas piensan que se puede combatir el dengue protegiéndose de los mosquitos.

7.4. LEISHMANIASIS

Enfermedad polimorfa de la piel y de las membranas mucosas causada por varios protozoarios pertenecientes a especies del género *Leishmania*; son parásitos intracelulares obligados en los seres humanos y otros huéspedes mamíferos. La enfermedad comienza con una pápula que se agranda y típicamente se transforma en úlcera indolora. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples y, ocasionalmente, no ulceradas u difusas. Pueden cicatrizar espontáneamente en el término de semanas o meses o persistir durante el año o más. En algunas personas, diversas especies

parásitas (sobre todo en América), se diseminan y producen lesiones de la mucosa (espundia), incluso años después de que ha curado la lesión cutánea primaria.

En América, los agentes infecciosos son complejos de especies de *L. braziliensis* y *L. mexicana*. Los miembros del complejo de *L. braziliensis* producen con mayor frecuencia lesiones de las mucosas.

El diagnóstico se hace por la identificación microscópica de la forma no móvil intracelular del parásito (amastigote) en frotis teñidos del material obtenido de las lesiones, y por cultivo de la forma extracelular móvil (promastigote) en medios adecuados. Pueden practicarse pruebas serológicas (inmunofluorescencia indirecta o ELISA), pero en forma típica los niveles de anticuerpo son muy pequeños o no detectables, de manera que posiblemente no sean útiles para el diagnóstico, excepto en la leishmaniasis mucocutánea. La identificación de la especie obliga al acopio de pruebas biológicas (desarrollo en flebótomos, medios de cultivo y animales); inmunológicas (anticuerpos monoclonales); moleculares (técnica de ADN) y bioquímica (análisis de isoenzimas).

7.4.1. CONOCIMIENTO DE LA LEISHMANIASIS

Las entrevistadas que manifestaron saber lo que es la leishmaniasis, se les preguntó cómo cree que se transmite, que puede hacer una persona para combatirla y a través de qué fuente se informó sobre esta enfermedad. Se admitían todas las respuestas de las mujeres entrevistadas y se sondeaba por otras formas. Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

CUADRO 48. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de leishmaniasis, según características seleccionadas, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Mujeres que han oído hablar de la leishmaniasis		Mujeres que saben lo que es la leishmaniasis
		%	Mujeres	%
Red de salud	1 Cobija	57,3	150	60
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	39,9	71	52,1
Total		50,2	221	57,5

Edad	15-19	31,3	21	38,1
	20-24	48	60	53,3
	25-29	63,2	67	67,2
	30-34	53,6	30	56,7
	35-39	51,9	27	55,6
	40-44	43,5	10	70
	45-49	50	5	60
Total		50,2	221	57,5
Nivel de instrucción	Ninguna	30,8	8	37,5
	Primaria	39,7	89	47,2
	Secundaria y más	64,1	118	67,8
Total		50,2	221	57,5

En Pando, de 215 mujeres que respondieron que han oído hablar sobre el dengue, el 58,1 por ciento sabe lo que es esta enfermedad.

Las entrevistadas reportaron como la principal forma de transmisión de esta enfermedad por picadura de mosquito y por entrar monte adentro. Y se puede combatir fumigando las casas y protegiéndose de los mosquitos.

7.5. TUBERCULOSIS

Enfermedad importante como causa mayor de incapacidad y muerte en muchas zonas del mundo. Su agente infeccioso es el Complejo de *Mycobacterium tuberculosis*⁴⁸. Reservorio: principalmente los seres humanos. Modo de transmisión: Exposición al bacilo tuberculoso en núcleos de gotitas suspendidas en el aire expulsado por personas con tuberculosis pulmonar o laríngea durante los esfuerzos respiratorios, como la tos, el canto o el estornudo.

La infección inicial suele ser asintomático; la sensibilidad a la tuberculina en las pruebas cutáneas se manifiesta en 2 a 10 semanas. Las lesiones pulmonares incipientes por lo general se curan y no dejan alteraciones residuales, excepto calcificación ocasional de los ganglios linfáticos pulmonares o traqueobronquiales.

⁴⁸ Idem 4

De 90 a 95.5% de las personas infectadas inicialmente entran a esta fase de latencia, a partir de la cual existe el peligro permanente de reactivación. La tuberculosis extrapulmonar es menos común que la pulmonar. La tuberculosis pulmonar progresiva surge por reinfección exógena o por reactivación endógena del foco latente que persistía desde la infección inicial.

Sin tratamiento, aproximadamente la mitad de los enfermos muere en menos de cinco años, aunque la mayoría de ellos muere en menos de 18 meses, desde el comienzo, puede haber fatiga, fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso, en tanto que en las fases avanzadas adquieren importancia los síntomas de localización como tos, dolor torácico, hemoptisis y ronquera.

7.5.1. CONOCIMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

Las entrevistadas que manifestaron saber lo que es la tuberculosis, se les preguntó cómo cree que se transmite, que puede hacer una persona para combatirla y a través de que fuente se informó sobre esta enfermedad.

Se admitían todas las respuestas de las mujeres entrevistadas y se sondeaba por otras formas. Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

CUADRO 49. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de la tuberculosis, según características seleccionadas. Departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Mujeres que han oído usted hablar de una enfermedad llamada tuberculosis		Mujeres que conocen lo que es la Tuberculosis
		%	Mujeres	%
Red de salud	1 Cobija	76	199	75,9
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	70,2	125	71,2
Total		73,6	324	74,1
Edad	15-19	62,7	42	54,8
	20-24	65,6	82	68,3
	25-29	81,1	86	80,2

	30-34	82,1	46	82,6
	35-39	82,7	43	74,4
	40-44	78,3	18	83,3
	45-49	60	6	100
Total		73,6	324	74,1
Nivel de instrucción	Ninguna	57,7	15	53,3
	Primaria	68,8	154	66,2
	Secundaria y más	81	149	84,6
Total		73,6	324	74,1

En Pando, de 318 mujeres que respondieron que han oído hablar sobre la tuberculosis, el 74,2 por ciento sabe lo que es esta enfermedad.

7.5.2. Conocimiento de síntomas y signos de la Tuberculosis

CUADRO 50. Distribución porcentual de mujeres que reconocen signos y síntomas de la tuberculosis según características seleccionadas, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Síntomas y signos				
		Sudores nocturnos durante 3 semanas o más	Tos durante dos semanas o más	Pérdida de peso durante 3 semanas o más	Ninguna	Otro
Red de salud	1 Cobija	0,7	79,5	29,8		18,5
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno		75,3	37,1	1,1	28,1
Total		0,4	77,9	32,5	0,4	22,1
Edad	15-19		69,6	17,4	4,3	26,1
	20-24		82,1	33,9		25
	25-29	1,4	76,8	33,3		17,4
	30-34		84,2	34,2		21,1
	35-39		62,5	46,9		21,9
	40-44		86,7	20		33,3
	45-49		100	16,7		16,7
Total		0,4	77,9	32,5	0,4	22,1
Nivel de instrucción	Ninguna		87,5	25		75
	Primaria		75,5	25,5	1	27,5

	Secundaria y más	0,8	78,6	38,9		14,3
Total		0,4	77,9	32,5	0,4	22,1

Sobre el reconocimiento de los signos o síntomas de la tuberculosis que fueron preguntadas a las entrevistadas, el 77,5 por ciento reconoce la tos durante dos semanas o más como el principal signo que identifica que una persona tenga tuberculosis.

7.5.3. CONOCIMIENTO DE FORMAS DE TRANSMISIÓN DE LA TUBERCULOSIS

Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

CUADRO 51. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de contagio de la tuberculosis, según características seleccionadas, departamento de Pando, PRICCAS 2006

Red de salud/edad /nivel de instrucción		Formas de transmisión				
		Al gritar o cantar	Al toser o estornudar	Al usar utensilios para comer	Al escupir	Otro
Red de salud	1 Cobija	76,8	96,7	93,4	94,7	13,2
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	91	98,9	96,6	97,8	28,1
Total		82,1	97,5	94,6	95,8	18,8
Edad	15-19	87	100	91,3	95,7	13
	20-24	83,9	96,4	92,9	89,3	19,6
	25-29	75,4	97,1	95,7	98,6	15,9
	30-34	78,9	100	97,4	97,4	5,3
	35-39	93,8	96,9	96,9	100	37,5
	40-44	86,7	100	93,3	100	26,7
	45-49	66,7	83,3	83,3	83,3	33,3
Total		82,1	97,5	94,6	95,8	18,8
Nivel de instrucción	Ninguna	75	87,5	75	100	
	Primaria	88,2	97,1	96,1	96,1	20,6
	Secundaria y más	77	98,4	94,4	95,2	18,3
Total		82,1	97,5	94,6	95,8	18,8

El 97,5 por ciento de las entrevistadas respondieron que la tuberculosis puede ser transmitida de una persona a otra al toser o estornudar, el 95,8 al escupir, el 94,5 por ciento al usar utensilios de una persona enferma para comer y finalmente el 81,8 por ciento al gritar o cantar.

ANEXO 1.

Desnutrición infantil (Desnutrición aguda)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 23 meses que están severamente o moderadamente desnutridos,
Departamento de Pando, PRICCAS 2006

		Peso/talla (Desnutrición aguda)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	1,6	3,3	4,9	10,6	72,4	12,2	123
	Mujer	1,3		1,3	10,7	67,8	20,1	149
Total		1,5	1,5	3	10,7	69,9	16,5	272
Red de salud	1 Cobija	2,6	1,3	3,9	7,8	70,1	18,2	154
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno		1,7	1,7	14,4	69,5	14,4	118
Total		1,5	1,5	3	10,7	69,9	16,5	272
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses		3,6	3,6	1,8	65,5	29,1	55
	De 12 a 23 meses		2,2	2,2	18,5	64,1	15,2	92
	De 24 a 35 meses	3,2		3,2	8,8	76	12	125
Total		1,5	1,5	3	10,7	69,9	16,5	272
Recodificación de nivel	Ninguna			0	17,6	76,5	5,9	17
	Primaria	0,8	1,5	2,3	13	65,6	19,1	131
	Secundaria y más	2,6	1,7	4,3	7	73	15,7	115
Total		1,5	1,5	3	10,6	69,6	16,7	263

Desnutrición infantil (Desnutrición global)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 23 meses que están severamente o moderadamente desnutridos,
Departamento de Pando, PRICCAS 2006

		Peso/edad (Desnutrición Global)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	0,8	11,4	12,2	30,1	49,6	8,1	123
	Mujer	2	4	6	24,2	57	12,8	149
Total		1,5	7,4	8,9	26,8	53,7	10,7	272
Red de salud	1 Cobija	1,3	4,5	5,8	22,7	56,5	14,9	154
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	1,7	11	12,7	32,2	50	5,1	118
Total		1,5	7,4	8,9	26,8	53,7	10,7	272
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses	1,8	1,8	3,6	16,4	56,4	23,6	55
	De 12 a 23 meses	2,2	12	14,2	33,7	47,8	4,3	92
	De 24 a 35 meses	0,8	6,4	7,2	26,4	56,8	9,6	125
Total		1,5	7,4	8,9	26,8	53,7	10,7	272
Recodificación de nivel	Ninguna	5,9	5,9	11,8	41,2	35,3	11,8	17
	Primaria	1,5	9,9	11,4	30,5	49,6	8,4	131
	Secundaria y más	0,9	4,3	5,2	20,9	60,9	13	115
Total		1,5	7,2	8,7	27	53,6	10,6	263

Desnutrición infantil (Desnutrición crónica)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 23 meses que están severamente o moderadamente desnutridos,
Departamento de Pando, PRICCAS 2006

		Talla/edad (Desnutrición Crónica)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	4,1	13,8	17,9	34,1	39,8	8,1	123
	Mujer	4	9,4	13,4	30,2	47,7	8,7	149
Total		4	11,4	15,4	32	44,1	8,5	272
Red de salud	1 Cobija	2,6	7,1	9,7	24,7	53,2	12,3	154
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	5,9	16,9	22,8	41,5	32,2	3,4	118
Total		4	11,4	15,4	32	44,1	8,5	272
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses	1,8	3,6	5,4	27,3	58,2	9,1	55
	De 12 a 23 meses	5,4	19,6	25	37	33,7	4,3	92
	De 24 a 35 meses	4	8,8	12,8	30,4	45,6	11,2	125
Total		4	11,4	15,4	32	44,1	8,5	272
Recodificación de nivel	Ninguna	11,8	11,8	23,6	41,2	23,5	11,8	17
	Primaria	6,1	16	22,1	36,6	35,1	6,1	131
	Secundaria y más	0,9	5,2	6,1	26,1	57,4	10,4	115
Total		4,2	11	15,2	32,3	44,1	8,4	263

Desnutrición infantil (Desnutrición aguda)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 59 meses que están severamente o moderadamente desnutridos,
Departamento de Pando, PRICCAS 2006

		Peso/talla (Desnutrición aguda)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	0,8	1,6	2,4	7	74,6	16	244
	Mujer	0,8		0,8	7,9	69,7	21,6	241
Total		0,8	0,8	1,6	7,4	72,2	18,8	485
Red de salud	1 Cobija	1,4	0,7	2,1	5,8	73,2	18,8	276
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno		1	1	9,6	70,8	18,7	209
Total		0,8	0,8	1,6	7,4	72,2	18,8	485
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses		3,6	3,6	1,8	65,5	29,1	55
	De 12 a 23 meses		2,2	2,2	18,5	64,1	15,2	92
	De 24 a 35 meses	3,2		3,2	8,8	76	12	125
	De 36 a 59 meses			0	3,3	75,1	21,6	213
Total		0,8	0,8	1,6	7,4	72,2	18,8	485
Recodificación de nivel	Ninguna			0	8,6	80	11,4	35
	Primaria	0,4	0,8	1,2	8,5	69,5	20,8	259
	Secundaria y más	1,6	1,1	2,7	5,5	74,2	17,6	182
Total		0,8	0,8	1,6	7,4	72,1	18,9	476

Desnutrición infantil (Desnutrición global)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 59 meses que están severamente o moderadamente desnutridos,
Departamento de Pando, PRICCAS 2006

		Peso/edad (Desnutrición Global)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	0,4	6,6	7	30,3	55,3	7,4	244
	Mujer	1,2	4,6	5,8	23,7	59,3	11,2	241
Total		0,8	5,6	6,4	27	57,3	9,3	485
Red de salud	1 Cobija	0,7	4	4,7	21,7	60,5	13	276
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	1	7,7	8,7	34	53,1	4,3	209
Total		0,8	5,6	6,4	27	57,3	9,3	485
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses	1,8	1,8	3,6	16,4	56,4	23,6	55
	De 12 a 23 meses	2,2	12	14,2	33,7	47,8	4,3	92
	De 24 a 35 meses	0,8	6,4	7,2	26,4	56,8	9,6	125
	De 36 a 59 meses		3,3	3,3	27,2	62	7,5	213
Total		0,8	5,6	6,4	27	57,3	9,3	485
Recodificación de nivel	Ninguna	2,9	2,9	5,8	34,3	54,3	5,7	35
	Primaria	0,8	6,6	7,4	30,1	54,8	7,7	259
	Secundaria y más	0,5	4,4	4,9	21,4	61,5	12,1	182
Total		0,8	5,5	6,3	27,1	57,4	9,2	476

Desnutrición infantil (Desnutrición crónica)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 59 meses que están severamente o moderadamente desnutridos,
Departamento de Pando, PRICCAS 2006

		Talla/edad (Desnutrición Crónica)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	4,5	17,6	22,1	31,6	40,6	5,7	244
	Mujer	3,3	10,8	14,1	36,9	41,5	7,5	241
Total		3,9	14,2	18,1	34,2	41	6,6	485
Red de salud	1 Cobija	3,3	7,6	10,9	30,4	50	8,7	276
	2 y 3 Puerto Rico y Gonzalo Moreno	4,8	23	27,8	39,2	29,2	3,8	209
Total		3,9	14,2	18,1	34,2	41	6,6	485
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses	1,8	3,6	5,4	27,3	58,2	9,1	55
	De 12 a 23 meses	5,4	19,6	25	37	33,7	4,3	92
	De 24 a 35 meses	4	8,8	12,8	30,4	45,6	11,2	125
	De 36 a 59 meses	3,8	17,8	21,6	37,1	37,1	4,2	213
Total		3,9	14,2	18,1	34,2	41	6,6	485
Recodificación de nivel	Ninguna	11,4	14,3	25,7	45,7	22,9	5,7	35
	Primaria	5	18,5	23,5	36,3	34,4	5,8	259
	Secundaria y más	1,1	7,7	8,8	29,7	53,8	7,7	182
Total		4	14,1	18,1	34,5	41	6,5	476

**ENCUESTA LINEA DE BASE
PRICCAS 2006**

**DEPARTAMENTO BENI
INFORME FINAL**

La Paz, Noviembre de 2006

INDICE

	<u>PÁGINA</u>
PRESENTACIÓN	6
 CAPITULO I. ASPECTOS GENERALES Y METODOLOGICOS	 8
1.1 Plan Nacional de Desarrollo	8
1.1.1 La dimensión poblacional en el plan nacional de desarrollo	8
1.1.2 Programas y prioridades en salud materno infantil	9
1.2 Línea de base PRICCAS 2006	9
1.2.1Objetivos	10
1.2.1.1 OBJETIVO GENERAL	10
1.2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
1.2.2 Metodología	11
1.2.3 Diseño de la muestra y de la unidad de investigación	12
1.2.3.1 MARCO MUESTRAL	12
1.2.3.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA	13
1.2.3.3 PONDERACIONES	14
1.2.3.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	15
1.2.4 Instrumentos de investigación	17
1.2.5 Estructura organizativa	17
1.2.6 Descripción de actividades	18
1.2.6.1 REUNIONES DE COORDINACIÓN TEMÁTICA	18
1.2.6.2 DISEÑO Y CONTENIDO DE LOS CUESTIONARIOS Y APLICACIÓN DE LA ENCUESTA	18
1.2.6.3 PRUEBA PILOTO	20
1.2.6.4 CAPACITACIÓN	20
1.2.6.5 OPERATIVO DE CAMPO	22
1.2.6.6 PROCESAMIENTO DE DATOS	23
 CAPÍTULO I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN Y DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL	 24
1.1. Características generales del departamento de Oruro	24
1.1.1 LA POBLACIÓN DE ORURO	24
1.1.2 LA ECONOMÍA DE BOLIVIA Y LA ECONOMÍA DE ORURO	25
1.2. Características de la población del departamento de Oruro	26
1.2.1. HOGARES Y PERSONAS ENTREVISTADAS	27

1.2.2. JEFATURA Y TAMAÑO DEL HOGAR	27
1.3. Características de las viviendas del departamento de Oruro	27
1.3.1. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS BÁSICOS	28
1.3.1.1. Fuente de agua para beber	28
1.3.1.2. Servicio higiénico	29
1.3.1.3. Personas por dormitorio	30
1.3.3 Combustible para cocinar	31
 CAPÍTULO II. SITUACIÓN DE SALUD DE LA MUJER	 32
2.1. Atención prenatal y asistencia en el parto	32
2.1.1. TIPO DE LA ATENCIÓN PRENATAL	32
2.1.2. FRECUENCIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL	34
2.1.3. CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL	36
2.1.4. TÉTANO NEONATAL	37
2.2. Lugares de ocurrencia del parto y tipo de asistencia	39
2.2.1. LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO	39
2.2.2. TIPO DE ASISTENCIA DURANTE EL PARTO	41
2.2.3. PESO AL NACER	42
2.3. Cuidado postnatal de las madres	43
2.4. Nutrición de las madres	45
2.4.1. ESTATURA DE LAS MUJERES E ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	45
2.5. Conocimiento y utilización de prestaciones del SUMI	46
 CAPÍTULO III. SITUACIÓN DE SALUD DEL NIÑO	 48
3.1. Enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños menores de cinco años	48
3.1.1. ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA)	48
3.1.1.1. Alimentación durante la diarrea	50
3.1.1.2. Tratamiento durante la diarrea	51
3.1.2. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS (IRA)	54
3.1.2.1. Tratamiento de IRA	57
3.1.2.2. Alimentación del niño menor de 5 años	57
3.2. Coberturas de vacunación en niños menores de dos años	58
3.3. Número de muertes neonatal, en menores de un año y menores de cinco años	61

3.4. Suplementacion con micronutrientes	61
3.4.1 COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN MUJERES PUÉRPERAS	61
3.4.2. COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO Y ÁCIDO FÓLICO EN MUJERES EMBARAZADAS	63
3.4.3 COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS	64
3.4.4 COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS	65
3.5. Estado nutricional de niños menores de cinco años según indicadores de peso/edad, talla/edad y peso/talla (-2DE)	66
3.5.1. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS	66
3.5.2 ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS SEGÚN LOS INDICADORES DE PESO/EDAD, TALLA/EDAD Y PESO/TALLA (-2DE)	69
CAPITULO IV. LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	73
4.1. Inicio de la lactancia materna	73
4.2. Inicio de la Alimentación complementaria y frecuencia de alimentación	75
CAPITULO V. ANEMIA	77
5.1. Puntos de corte utilizados para la determinación de la anemia	77
5.2. Anemia en mujeres embarazadas y edad fértil	78
5.3. Anemia en niños menores de cinco años	79
CAPITULO VI. FORTIFICACIÓN DE LA SAL	82
6.1. Utilización y determinación de yodo en sal	82
CAPÍTULO VII. OTROS ASPECTOS DE LA SALUD: CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES	83
7.1. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	83
7.1.1. CONOCIMIENTO DE SIDA	84
7.1.2. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA EVITAR EL SIDA	85
7.1.3. CONOCIMIENTO DE LA TRANSMISIÓN DE LA MADRE	86

AL HIJO O PERINATAL	
7.1.3.1. Transmisión de la madre al hijo durante el embarazo	87
7.1.3.2. Transmisión de la madre al hijo durante el parto	87
7.1.3.3. Transmisión de la madre al hijo durante la lactancia	87
7.2. Malaria	87
7.2.1. CONOCIMIENTO DE LA MALARIA	89
7.2.2. FUENTES DE CONOCIMIENTO DE LA MALARIA	90
7.2.3. CONOCIMIENTO DE FORMAS DE TRANSMISIÓN DE LA MALARIA	91
7.2.4. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA COMBATIR LA MALARIA	92
7.3. Dengue	93
7.3.1. CONOCIMIENTO DEL DENGUE	94
7.3.2. FUENTES DE CONOCIMIENTO DEL DENGUE EN ORURO	95
7.3.3. CONOCIMIENTO DE FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL DENGUE	96
7.3.4. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA COMBATIR EL DENGUE	96
7.4. Leishmaniasis	97
7.4.1. CONOCIMIENTO DE LA LEISHMANIASIS	98
7.4.2. FUENTES DE CONOCIMIENTO DE LA LEISHMANIASIS	100
7.4.3. CONOCIMIENTO DE FORMAS DE TRANSMISIÓN DE LA LEISHMANIASIS	101
7.4.4. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA COMBATIR LA LEISHMANIASIS	101
7.5. Tuberculosis	102
7.5.1. CONOCIMIENTO DE LA TUBERCULOSIS	103
7.5.2. CONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS Y SIGNOS DE LA TUBERCULOSIS	104
7.5.3. CONOCIMIENTO DE FORMAS DE TRANSMISIÓN DE LA TUBERCULOSIS	105
ANEXOS	107

PRESENTACIÓN

“Bolivia es un país multiétnico y multicultural sin embargo, el Sistema Nacional de Salud nunca ha asumido la cosmovisión sanitaria de los pueblos indígenas y originarios, al contrario, ha ejercido represión y desprecio a los saberes ancestrales y a los usos y costumbres tradicionales, siendo esta situación una de las causas de la exclusión y marginación en salud. Los intentos de recuperación sociocultural fueron insuficientes”.¹

Algunos de los indicadores que reflejan la situación de salud y de exclusión son los siguientes: El 77 por ciento de la población se encuentra al margen de los servicios de salud, con fuerte incidencia en las regiones del altiplano y valles rurales. Las barreras de exclusión son la económica, la geográfica, la cultural y la social. El 7,5 por ciento de los niños muere antes de los cinco años, principalmente por enfermedades infecciosas prevenibles y/o curables; el 26,5 por ciento de los sobrevivientes tiene desnutrición crónica y la mayoría de ellos tiene secuelas irreversibles en su capacidad intelectual y desarrollo; el 67 por ciento de los niños menores de tres años tiene anemia y el 19 por ciento déficit de vitamina A.

Por otro lado, el 44 por ciento de los niños nacidos de madres sin educación son desnutridos, lo que prueba una relación directa entre educación y desnutrición. Un tercio de la población de niños de áreas rurales menores de tres años e indígenas de la misma edad tiene desnutrición crónica, que equivale al doble de la población de niños de la misma edad que viven en la ciudad. Por otro lado, el país presenta una mortalidad materna de 320 por 100 mil nacidos vivos (ENDSA 2003), una de las más altas de Sudamérica.

La tasa de Incidencia Parasitaria Anual (IPA) en la población en riesgo es de 4,3 por mil habitantes expuestos en el 2005. La dispersión de vectores domiciliarios cubre, aproximadamente, el 60 por ciento del territorio, ocupando casi toda la superficie de los departamentos de Tarija, Chuquisaca, Cochabamba, Santa Cruz y, parcialmente, Potosí y La Paz, representando un 80 por ciento el riesgo de transmisión vectorial. La

¹ Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para Vivir Bien 2006

tuberculosis es un problema grave de salud pública: la notificación de casos procedentes de los servicios de salud públicos muestra una incidencia de casos pulmonares positivos 67,3 por 100.000 y en todas sus formas de 100,3 por cien mil.

En este contexto, el Ministerio de Salud y Deportes MSD, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF y Población, Desarrollo y Medio Ambiente, presentan los resultados finales de la Encuesta Línea de Base PRICCAS 2006.

El proyecto PRICCAS, contribuye al cumplimiento de los compromisos asumidos por UNICEF en el marco de la cooperación quinquenal Bolivia 2003-2007. El resultado esperado en los cinco años de ejecución 2005-2009 es haber contribuido -al finalizar el proyecto- a que la población de los departamentos de Beni, Pando y Oruro hayan mejorado su bienestar y cuenten con un sector salud fortalecido en su gestión, responsable, eficiente y equitativo; con servicios primarios de calidad y accesibles particularmente los materno-infantiles.

Se espera que las enfermedades transmisibles estén controladas e implementados los programas nacionales priorizados en los departamentos seleccionados, de igual forma, que los servicios primarios municipales de salud tengan facilidad de acceso y se haya mejorado la calidad, particularmente la atención materno-infantil en las redes seleccionadas.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES Y METODOLÓGICOS

1.1. Plan Nacional de Desarrollo²

En el marco de la nueva Política Nacional de Desarrollo, el sector salud ha establecido las siguientes problemáticas: Alta privación socio-biológica³ en mayorías poblacionales determinantes sociales y políticas desfavorables para la calidad de vida y sus consecuencias para la salud colectiva, que se expresan en perfiles patológicos y epidemiológicos diferenciados según grupos sociales, caracterizados por la alta incidencia de enfermedades de la pobreza, muertes evitables y baja productividad.

1.1.1. LA DIMENSIÓN POBLACIONAL EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

Sistema Nacional de Salud segmentado, fragmentado, con débil rectoría. Gestión ineficaz e ineficiente, sin capacidad de seguridad sanitaria ni de contribuir a la protección social de la población, expresado en la presencia de varios subsectores, con planes y presupuestos no coordinados con el Ministerio de Salud y Deportes, y de accionar independiente; con recursos de cooperación mayoritariamente condicionados por las agencias cooperantes; con un marco jurídico disperso y contradictorio, en gran parte obsoleto; con concentración y duplicidad de servicios en focos urbanos y con áreas rurales sin servicios básicos de salud; con poca o ninguna experiencia o interés en coordinar intersectorialmente para intervenir sobre las determinantes de la salud y minimizar la exclusión social en salud.

Insatisfacción de los usuarios del Sistema Nacional de Salud como expresión de la alienación sobre la valoración de la salud y escasa participación en la planificación y control social de la actividad sectorial, determinado por un entorno económico y social que ha minado el poder social y ha evitado el empoderamiento de la población, aún más el de las mujeres.

Problemas alimentario nutricionales, que repercuten en la desnutrición y malnutrición, que generan bajas defensas frente a la enfermedad y en el caso de la infancia causa disminución en sus capacidades de aprendizaje y desarrollo intelectual.

² Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para Vivir Bien' 2006'

³ Dada por la inaccesibilidad a alimentación, vivienda, vestimenta, recreación, servicios básicos y seguridad.

1.1.2. PROGRAMAS Y PRIORIDADES EN SALUD MATERNA INFANTIL⁴

El objetivo del Plan Nacional en el sector salud es la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, que asume la medicina tradicional. Este sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez. Participará de la dimensión económica, productiva, sociocultural y política organizativa, generando capacidades individuales, familiares y comunitarias, actuará de manera intersectorial sobre los determinantes de salud con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, que cuida, cría y controle el ambiente, promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio comunitaria del Vivir Bien.

Para lograr este propósito, el Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para Vivir Bien, se ha estructurado en núcleos estratégicos que definen los lineamientos de política y las políticas instrumentales prioritarias del Estado Boliviano, organizados en torno a los pilares de Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, Rectoría, Movilización Social, Promoción de la salud y Solidaridad.

1.2. Línea de Base PRICCAS 2006

El proyecto PRICCAS contribuye al cumplimiento de los compromisos asumidos por UNICEF en el marco de la cooperación quinquenal Bolivia 2003-2007. Con los resultados de la línea de base como parte del proceso de diagnóstico llevado a cabo por el accionar institucional, permite contar con información para el seguimiento de los resultados planificados y la medición de los posibles impactos de la acción de UNICEF/PRICCAS⁵.

La población objetivo total es de 806,916 habitantes, distribuidos en 57 municipios y 12 redes de los departamentos Beni (362,521), Pando (52,525) y Oruro (391,870), enfatizando en: niñas, niños y adolescentes; mujeres y; población afectada por enfermedades transmisibles.

⁴ Ídem 4.

⁵ Términos de Referencia Proyecto Línea de Base PRICCAS 2006

1.2.1. OBJETIVOS

1.2.1.1. *Objetivo General*

Contar con la información cuantitativa y cualitativa necesaria para la medición del punto de partida de PRICCAS en 57 municipios y 12 Redes de Salud de los departamentos de Pando, Beni y Oruro.

1.2.1.2. *Objetivos Específicos*

- ❖ Construir una Línea de Base con variables seleccionadas referidas a:
 - ✓ **Atención materna:** atención prenatal, parto, post parto.
 - ✓ **Atención infantil:** lactancia, alimentación complementaria, vacunación, diarreas, neumonías. prevalencia de enfermedades en menores de 5 años, desnutrición y anemia.
 - ✓ **Enfermedades transmisibles:** SIDA, malaria, tuberculosis, inmunoprevenibles.

La encuesta consideró 5 temas, con ellos se obtiene información de las viviendas, los hogares, sus residentes habituales y principalmente las mujeres en edad fértil y sus hijos menores de 5 años. Si bien no podrán hacerse generalizaciones a todos los hogares, se analiza la situación de los hogares donde viven las mujeres con hijos menores de 5 años, que es la población objetivo de todo el proyecto.

Los temas y las variables incluidas en cada uno de ellos son:

Características educativas. Con el objeto de conocer la situación educativa y su relación con la salud se investiga el nivel de analfabetismo de la población, su asistencia escolar y el nivel de escolaridad.

Mortalidad. Número de muertes maternas y de la niñez, como un indicador cualitativo, que no será utilizado para estimaciones de tasas ni índices, pero sí podrá ser útil para estudios de casos.

En mortalidad materna se investiga sobre muertes maternas en los últimos 5 años, la edad de la fallecida, si al momento de la muerte estaban embarazadas, en proceso de parto o post parto y atención por personal de salud.

Para el caso de muertes en la niñez se investiga sobre la edad al morir.

Salud Materno – Infantil. El interés se enfoca al conocimiento de la salud de las mujeres que han tenido hijos nacidos vivos en los últimos 5 años hasta el momento de la entrevista.

Se indaga sobre el control prenatal, tiempo de embarazo en el primer control, número de veces de control, el lugar y personal donde fue revisada la madre antes, durante y posterior al parto.

Para el niño se indaga sobre el peso al nacimiento, la condición de lactancia y alimentación complementaria, cobertura de vacunación, EDAs, IRAs, TRO.

También se incluye un módulo sobre el SUMI.

Sida/Malaria/Dengue/Leishmaniasis/Tuberculosis. El interés es el de actualizar la información disponible sobre el conocimiento y prevención.

1.2.2. METODOLOGÍA

La Encuesta Línea de base PRICCAS 2006, es una investigación por muestreo, efectuada en viviendas particulares y dirigida a las mujeres con hijos menores de cinco años que habitan en dichas viviendas.

La investigación respondió al objetivo de obtener información necesaria para la medición del punto de partida del PRICCAS en 12 redes de salud y 57 municipios de Oruro, Beni y Pando, referente a variables en salud de la madre y niño, necesarias para la formulación, evaluación, seguimiento de políticas y el diseño de programas de acción en el área social.

La encuesta se realizó mediante la aplicación de dos cuestionarios a través de una entrevista directa a los hogares seleccionados por muestreo y un Formulario Institucional que captó información de los establecimientos de salud. El cuestionario de la encuesta está organizado en diez secciones que permite la investigación de las características generales, educativas, empleo, salud, gastos, ingresos, vivienda y servicios básicos de los hogares. La encuesta tiene cobertura a nivel de redes rurales de salud en Oruro, redes seleccionadas en Beni y todo el departamento de Pando.

Una vez definidos los instrumentos de recolección que son las Boletas y Manuales, el Equipo Central del Proyecto se trasladó al Municipio de Caracollo para efectuar una

prueba de campo y una vez validados y ajustados los instrumentos se procedió con la capacitación a los encuestadores de acuerdo a cronograma establecido.

Para el inicio del operativo de campo, el Equipo Central, Responsable de Crítica y Transcripción, Supervisores y Encuestadores, se trasladaron a Oruro, para: 1) prueba final de la boleta y ajustes a la misma; 2) ejecución del trabajo de campo en tres UPM's bajo estricta supervisión del equipo central; 3) ajustes y correcciones a la forma de efectuar las preguntas y revisión de coherencias internas y 4) procesamiento de la información y detección de problemas en esta etapa.

Una vez concluida esta primera fase de trabajo de campo se continuó con la recolección de la información de acuerdo al Plan de Recorrido; cinco equipos de trabajo de campo fueron desplazados al departamento de Oruro (uno a cada Red de Salud) en los Municipios de Curahuara de Carangas, San Pedro de Totora, Huayllamarca, Choquecota, Eucaliptus, Caracollo municipios que corresponden a la Red de Salud de Eucaliptus; Challapata, Huari, Pazña, Pampa Aullagas, Salinas de Garci Mendoza y Santuario de Quillacas que constituyen los municipios de la Red de Salud Azanake. Huachacalla, Sabaya, Chipaya, Escara, La Rivera, Todos Santos Carangas, Coipasa, Yunguyo de Litoral, Cruz de Machacamarca y Esmeralda, municipios de la Red de Salud de Occidente. La Red de Salud de Corque con los municipios de Corque, Toledo, Andamarca, Belen de Andamarca, El Choro y Turco; y finalmente, la Red de Salud Huanuni con el municipio del mismo nombre (Huanuni), Machacamarca, Antequera y Poopo.

Para el operativo en Beni, fueron desplazadas cuatro brigadas para el recorrido en las redes de Riberalta, Guayaramerin, Mamoré (municipios de San Joaquín, San Ramón y Puerto Siles) y Red Itenez (municipios de Magdalena, Baures y Huaracaje). Finalmente, una brigada trabajó en el Departamento de Pando en los municipios de Cobija, Porvenir, Bolpebra, Filadelfia, Puerto Rico, Sena, San Lorenzo, Ingavi, Santa Rosa, Gonzalo Moreno, Villa Nueva, Santos Mercado, Nueva esperanza y San Pedro de acuerdo a la distribución de la muestra.

1.2.3. DISEÑO DE LA MUESTRA Y DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

1.2.3.1. *Marco muestral*

El Marco Muestral está constituido por los listados de los pueblos y comunidades rurales del Departamento de Oruro, todo el departamento de Pando y los listados de las redes de Riberalta, Guayaramerín, Mamoré e Itenez de Beni. La población total es

de 806,916 habitantes (Beni 362,521, Pando 52,525 y Oruro 391,870), distribuidos en 57 municipios y 12 redes de salud en Pando son 3 redes de salud, pero por población se ha considerado solamente la representatividad de todo el departamento, aunque se muestran resultados para Cobija y Resto).

1.2.3.2. *Tamaño de la muestra*

Para que las estimaciones que se obtengan a partir de la encuesta tengan calidad aceptable es necesario, entre otros elementos, el tamaño de muestra definido para cada parámetro de interés de la encuesta o para el indicador de mayor relevancia.

Esta es una encuesta que busca generar múltiples indicadores, por lo que la tarea de calcular el tamaño de la muestra, adecuado a cada uno de ellos, resulta una actividad compleja dado el gran número de temas y variables que el proyecto incluye. En nuestro caso el peso y talla de niños menores de 5 años han sido las variables que han definido el tamaño.

Se han seleccionado 310 comunidades o Unidades Primarias de Muestreo (UPM) (Anexo 2: Lista de UPMs por departamento PRICCAS 2006) y se han elegido y visitado con la encuesta a 12 hogares con madres y niños menores de 5 años al interior de cada Unidad Primaria de Muestreo. La muestra es representativa para el total de mujeres con hijos menores de 5 años y los resultados son comparables en cada departamento.

El estudio abarca a 10 dominios de estudio correspondientes a las Redes de Salud, 1 en el Departamento de Pando, 4 en Beni y 5 en Oruro. En total se programó entrevistar a 3720 mujeres y niños y se lograron 3603 entrevistas completas. El peso y la talla se tomaron a 4958 niños de los hogares considerados.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, a nivel de dominio muestral (Red de Salud), se utilizó la siguiente expresión:

Tamaño de la muestra:

$$n = (z^2 * p * q * k) / e^2$$

Donde:

n mujeres con hijos <5 o niños <5 años	353	340
z nivel de confianza	1.96	1.65

(90 por ciento y 95 por ciento)		
p (proporción positiva)	0.50	0.50
q = 1-p	0.50	0.50
k (efecto de diseño)	1.80	1.80
e (error de muestreo) entre 6 y 7 por ciento	0.07	0.06
Nro de UPMs	30	30
Nro de mujeres o niños	12	12
Tamaño final	360	360

En nuestra investigación, en la fórmula utilizada se añade un factor de corrección por Efecto de Diseño por conglomerados, éste factor es “k”, que de manera muy previsora se le asigna un valor de 1.8.

Por tratarse de una encuesta por muestreo, los resultados de la Línea de Base PPRICCAS 2006, que se incluyen en el presente informe, son estimaciones que están afectadas por dos tipos de errores:

- a) Aquellos que se producen durante el desarrollo del operativo de campo y procesamiento de la información, que se denominan usualmente **errores no muestrales**, estos errores, como en toda encuesta seria, se tratan de reducirlos al mínimo a través de un cuidadoso diseño de los instrumentos, realización de numerosas pruebas de los cuestionarios, intensa capacitación a las encuestadoras, permanente supervisión del trabajo de campo. En fin, una serie de procedimientos de supervisión, revisión de cuestionarios durante la encuesta y control de calidad en la introducción de datos, hacen mínimos los errores no muestrales.
- b) Los llamados **errores de muestreo**, que resultan del hecho de haberse entrevistado sólo una muestra y no la población. (Anexo 1. Lista de errores de muestreo).

1.2.3.3. Ponderaciones

La muestra es autoponderada a nivel de dominio muestral (Red de Salud), sin embargo para mostrar resultados a nivel del departamento de Oruro y total de Redes de Beni, por haber realizado el mismo número de entrevistas por dominio, sin tomar en cuenta el tamaño poblacional de cada uno de ellos, se hace necesario introducir ponderadores que restituyan el peso real de la muestra para el área total. Esto permite

dar resultados a nivel departamental y que las comparaciones entre departamentos sean posibles.

En el siguiente cuadro se muestran los factores de ponderación por dominio dentro de cada departamento.

Cuad

ro 1. Factores de Ponderación, PRICCAS 2006

DEPARTAMENTO	POBLACION	MUESTRA		PONDERADOR
		SIN PONDERAR	PONDERADA	
ORURO (*)				
EUCALIPTUS	8650	359	417	1.162278
AZANAKE	11013	356	531	1.492204
OCCIDENTE	2560	268	123	0.460744
CORQUE	6395	357	308	0.864093
HUANUNI	6625	360	320	0.887658
TOTAL	35242	1700	1700	
(*) Excluye ciudad Oruro				
	0.0482379			
BENI				
RIBERALTA	15195	333	699	2.097823
GUAYARAMERIN	8089	344	372	1.081002
ITENEZ	3776	333	174	0.521246
MAMORE	2479	348	114	0.327543
TOTAL	29539	1358	1358	
PANDO (**)	52525	433	433	
(**) No requiere ponderación				
TOTAL MUESTRA		3491	3491	

1.2.3.4. Selección de la muestra

La selección de la muestra de cada departamento se realizó en dos etapas: La **primera etapa** consistió en una selección sistemática de Unidades Primarias de Muestreo con probabilidad proporcional a su tamaño, es decir al número de hogares.

En una **segunda etapa**, fueron seleccionados los 12 hogares con mujeres con hijos a ser encuestados dentro de cada UPM.

La selección de las UPMs fue hecha con probabilidad proporcional al tamaño de las UPMs:

$$P_{0i} = (a * m_i) / (\sum m_i)$$

Donde:

- a** : es el número de UPMs seleccionados en cada estrato en el departamento,
- m_i** : es el número de hogares en la i-ésima UPM de acuerdo al listado de vulnerabilidad (marco), del censo de 2001,
- Σm_i** : es el total de hogares en el estrato en el departamento según censo 2001.

La selección de los 310 conglomerados para la muestra total comprendió las siguientes tareas previas:

- Elaboración del listado de unidades de muestreo para la primera etapa (construcción de conglomerados) con la medida del tamaño poblacional (hogares).
- Cálculo de la población acumulada del Marco (número hogares (N)).
- Cálculo del Intervalo de Muestreo (IM=N/30).
- Selección aleatoria de la Primera Unidad de primera etapa (primera comunidad) o Arranque Aleatorio (Unidad 1 = AA=<IM).
- Determinación de las siguientes 29 unidades (comunidades) en base al Arranque Aleatorio y al Intervalo de Muestreo (Unidad 2 = AA+IM*1, Unidad 3=AA+IM*2, Unidad 30=AA+IM*29).

En una **segunda etapa**, para una mayor eficiencia se definió un número fijo de 12 hogares (con mujeres con hijos) a ser seleccionados dentro de cada UPM. La probabilidad final de selección del hogar (en cada estrato) en la i-ésima UPM para PRICCAS 2006 está dada como:

$$Prob_{fi} = \{a * m_{ij} / \{\sum m_i\} \{b/ m_{ij}\}$$

$$\text{Prob}_i = (a * b) / \sum m_i$$

b : es el número de hogares en la i-ésima UPM (12 hogares)

Este trabajo en campo, consistió en la selección aleatoria del primer hogar encuestado, previa identificación de un punto de partida o referencia (plaza, iglesia, servicio de salud, etc) y de la dirección en que se haría el recorrido al interior del conglomerado.⁶

Cada UPM tiene una completa identificación que corresponde a códigos de departamento, provincia, sección municipal y comunidad, que es la codificación del INE. Línea de base PRICCAS 2006 utiliza una codificación paralela y secuencial para facilitar el control y seguimiento de las UPM en la encuesta. En esta codificación se utilizan tres dígitos, los dos últimos de manera correlativa desde el 01 al 30, y el primer dígito código 4 corresponde a Oruro, Beni 8 y Pando 9.

1.2.4. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Los instrumentos de la investigación utilizados fueron:

- Cuestionario de Hogar.
- Cuestionario de Mujer.
- Manual de la entrevistadora.
- Balanzas SECA.
- Tallímetros para la medición antropométrica.
- Hemocues para la toma de anemia.
- Formulario Institucional a ser aplicado en los diferentes establecimientos de salud que se encuentren en las UPMs.

1.2.5. Estructura organizativa

Cada brigada de campo en Oruro y Pando, estaba estructurada por un supervisor, dos encuestadoras y un responsable de flebotomía; en Beni se contó con un Responsable para Guayaramerín y Riberalta, otro para Itenez y Mamoré y cada equipo estuvo conformado por un Supervisor y 4 entrevistadores.

⁶ Se elige el punto de partida de manera aleatoria sobre un mapa o croquis de la comunidad (punto de referencia). Los métodos de selección más conocidos son el giro de botella o lápiz para determinar la dirección. En segundo lugar, para seleccionar al azar la primera vivienda a ser visitada, se numera las viviendas en la dirección seleccionada y se sortea una de ellas. Para este sorteo se usa el primer o último dígito de la numeración de un billete. Después, la segunda vivienda será la más cercana a la primera, y así sucesivamente hasta completar la cuota (12 hogares) de la muestra.

Se integraron cinco equipos de trabajo de campo para Oruro, cuatro en el Beni y uno en el Departamento de Pando, con el objeto de ejecutar las actividades de recolección de información en las viviendas seleccionadas.

1.2.6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Los preparativos de la Línea de Base PRICCAS 2006, comprende varias etapas:

1.2.6.1. Reuniones de coordinación temática

Se organizó un Comité Técnico, con la participación del Ministerio de Salud y Deportes MSD, principal usuario de la investigación, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, con el objetivo de realizar la inclusión de secciones o batería de preguntas nuevas, una revisión de contenidos y ajuste a los instrumentos de levantamiento de la información como resultado de varias sesiones como consta en actas, donde:

- ❖ Se revisaron los indicadores
- ❖ Se revisaron preguntas y secciones de los dos cuestionarios y del Formulario Institucional y se complementaron el manual del entrevistador y el instructivo del Formulario Institucional.

Como resultado de las diferentes sesiones con el comité técnico, se elaboraron los cuestionarios modelo a ser validados en la prueba piloto. Asimismo, en forma paralela se elaboraron los manuales.

1.2.6.2. Diseño y contenido de los cuestionarios y aplicación de la encuesta

El cuestionario responde a los objetivos definidos de la investigación. Ello exigió un amplio proceso de elaboración y consenso con las instituciones con las que se coordinó el estudio.

Considerando que la línea de base sea parte del proceso de diagnóstico que se llevará a cabo dentro del accionar institucional propuesto por el proyecto PRICCAS 2005/2009 y permitir en el futuro contar con información para el seguimiento de los resultados planificados y la medición de los posibles impactos de la acción de UNICEF⁷.

⁷ Términos de Referencia Proyecto Encuesta Línea de Base PRICCAS 2006.

Para la recolección de la información se utilizaron 2 cuestionarios, basados en los cuestionarios modelos diseñados por el programa DHS (ENDSA) y un formulario institucional para indicadores de proceso o de prestación de servicios, implementando en los servicios de salud.

CUESTIONARIO DE HOGAR

- ✓ Identificación geográfica del hogar.
- ✓ Residentes habituales.
- ✓ Sexo y edad de cada miembro del hogar.
- ✓ Educación de los miembros del hogar de 15 a más años de edad.
- ✓ Datos de la vivienda y del hogar.
- ✓ Muertes maternas.
- ✓ Sal yodada.
- ✓ Peso y Talla para mujeres y niños menores de cinco años.
- ✓ Anemia para mujeres y niños menores de cinco años.

CUESTIONARIO DE MUJER

- ✓ Embarazo, parto y posparto.
- ✓ Lactancia.
- ✓ Vacunación y salud para los niños menores de 5 años.
- ✓ SUMI.
- ✓ SIDA, conocimiento y prevención.
- ✓ Malaria/ Dengue/ Leishmaniasis, conocimiento y prevención.
- ✓ Tuberculosis, conocimiento y prevención.

FORMULARIO INSTITUCIONAL (GESTIÓN 2005)

- ✓ Establecimientos en riesgo para inmunoprevenibles.
- ✓ Consulta habitante de menores de 5 años.
- ✓ Baciloscopías por sintomático respiratorio.
- ✓ Captación de casos TBP Bk (+).
- ✓ Curación de TBP (+).
- ✓ IPA malárico.
- ✓ Tratamientos nuevos en relación a casos nuevos.
- ✓ Incidencia del dengue.
- ✓ Incidencia Leishmaniasis.
- ✓ Fiebre hemorrágica.
- ✓ Vacunación antirrábica canina.

1.2.6.3. Prueba piloto

Esta fase, se ha definido a fin de evaluar los instrumentos de levantamiento de información diseñados, los procedimientos operativos, el proceso de capacitación directa, los materiales didácticos a emplear durante la instrucción del personal, la validación manual para el control de calidad en la información captada y las funciones operativas de supervisores, entrevistadoras y entrevistadores.

Los resultados permitieron ajustar los instrumentos de captación, adecuar los procedimientos operativos, evaluar el parámetro de productividad y con ello estimar la plantilla de personal requerido para el desarrollo de la Encuesta, optimizando los recursos disponibles para su ejecución.

OBJETIVOS PRUEBA PILOTO

Los objetivos de la Prueba Piloto fueron:

- Validar los instrumentos de recolección de la información, así como los instrumentos de procesamiento de la información.
- Validar los instrumentos y estrategias de capacitación en cuanto a contenido temático y operativo.
- Validar el operativo de campo, respecto a la respuesta y la aplicación de los diferentes instrumentos y procesos.
- Validar la organización técnica y administrativa a fin de identificar debilidades en estos procesos que se llevan a cabo en forma paralela al operativo de campo.
- Validar la logística a ser requerida para la ejecución del operativo.

LUGAR Y FECHA DE EJECUCIÓN

La Prueba piloto se realizó en una zona del municipio de Caracollo del Departamento de Oruro el 25 de abril del año en curso. Esta actividad fue llevada a cabo por personal técnico del equipo central del proyecto.

1.2.6.4. Capacitación

La destreza adquirida por el personal durante el desarrollo de la Encuesta, fue resultado de un proceso integral de capacitación que retoma el modelo de instrucción directa, donde los instructores capacitaron al personal postulante (60 personas entre entrevistadores, supervisores y responsables) de los tres departamentos.

La capacitación se realizó en la oficina central de La Paz para el personal de Oruro y se contó con la participación activa del Ministerio de Salud y Deportes. Los Equipos de Guayaramerín y Riberalta fueron trasladados a Trinidad para realizar una capacitación conjunta con los equipos de Itenez y Mamoré. El equipo de Pando recibió capacitación en Cobija.

El Equipo Central de la Encuesta tuvo a su cargo la capacitación en estas tres ciudades, de tal manera que esta actividad fue ejecutada de manera estandarizada. Este proceso permitió impartir una capacitación personalizada con el fin de satisfacer inquietudes y solucionar las dudas presentadas durante el proceso.

La capacitación fue realizada del 9 al 13 de mayo para el personal de Oruro, del 24 al 27 de mayo en Cobija y del 26 al 30 de mayo en Trinidad.

El tiempo de capacitación incluyó las prácticas de campo, ya que se consideró primordial ejercitar el manejo de los instrumentos de captación de información, directamente en el terreno y con ello complementar los conocimientos teóricos adquiridos.

Para la capacitación se elaboró un programa en el cual se definió la estructura del curso de capacitación en función al contenido de las boletas, los responsables de impartir la capacitación y los instrumentos a ser utilizados. Este programa de capacitación consideró fundamentalmente dos aspectos:

- ❑ Capacitación teórica especializada, a través de la cual se daba un contexto teórico y temático especializado, lo que garantiza el manejo de los conceptos, para lo cual se contó con la participación de:
 - ❖ PAI – MSD, reforzaron el tema de inmunizaciones.
 - ❖ Unidad de Nutrición (La Paz), SEDES Cobija y SEDES Trinidad – MSD, realizaron el reforzamiento en el llenado adecuado del Carnet de Salud Infantil y el tema de nutrientes y la estandarización de peso y talla a los postulantes.
 - ❖ Laboratorio SEDES- Cobija y Trinidad, realizaron la estandarización de la toma de hemoglobina (anemia).

- ❑ Capacitación técnica operativa, que implicaba garantizar la destreza del personal en la forma de llenado de los cuestionarios.
- ❑ Práctica en grupos de trabajo.

Resultado de la convocatoria que se realizó, en general, un total de 60 personas fueron preseleccionadas para los cursos de capacitación, a través de un proceso de evaluación curricular (experiencia, formación), después de concluido el proceso de capacitación y aplicada la prueba de evaluación, se seleccionaron y contrataron a los mejores postulantes, 20 personas entre entrevistadoras, responsables de peso, anemia, supervisores para Oruro, 22 postulantes en Beni y 5 en el departamento de Pando.

Posteriormente se realizó un curso de un día de duración, únicamente con los supervisores/as de Campo, en el que se transmitieron conocimientos acerca de las funciones que debe cumplir cada uno de ellos y las responsabilidades que implica el cargo.

Una vez capacitado y seleccionado el personal de campo, se efectuó una prueba piloto en comunidades que no están en la muestra. Los(as) entrevistadores(as) llevaron a cabo todas las labores inherentes a su trabajo para la aplicación de cada formulario. Se evaluaron los resultados y se hicieron los ajustes y adecuaciones que correspondían a boletas e instructivos.

1.2.6.5. Operativo de campo

El operativo de levantamiento de la información se inició en Oruro el 17 de mayo del año en curso y concluyó el 25 de junio con el resultado de ⁸1700 hogares visitados en ⁹143 UPMs.

El operativo de levantamiento de la información en el Beni se inició el 01 de junio del año en curso y el 25 de julio concluyó con el resultado de ¹⁰1358 hogares visitados en 120 UPMs.

⁸ En un hogar puede haber más de dos mujeres con hijos menores de cinco años entrevistadas.

⁹ Si bien fueron visitados los 150 conglomerados asignados al departamento de Oruro, en la correspondiente a la Red de Salud de Occidente, no encontró a mujeres con hijos menores de cinco años en las UPMs 4305, 4307, 4308, 4311, 4314, 4316 y 4324; pese a que se barrieron las UPMs no se pudo completar el cupo asignado.

¹⁰ Ídem 9

El operativo de levantamiento de la información se inició en Pando el 30 de mayo del año en curso y concluyó el 18 de julio con el resultado de ¹¹433 hogares visitados en ¹²37 UPMs.

Como resultado de este proceso se trabajó un total de 310 Conglomerados o Unidades Primarias de Muestreo (UPMs) y 3.600 mujeres y 4.950 niños(as) menores de cinco años.

El trabajo de campo, tuvo enormes dificultades por lo disperso y ausencia de las mujeres con hijos menores de cinco años que afectaron la logística de este trabajo, pese a estas dificultades que retrasaron la conclusión del trabajo de recolección de la información, esta etapa llegó a su fin el 18 de julio.

1.2.6.6. Procesamiento de datos

El procesamiento de la información se efectuó en una primera fase en las mismas áreas de encuesta, los Supervisores fueron entrenados para detectar inconsistencias en terreno e instruir el regreso a los hogares en caso de inconsistencias.

Posteriormente, en la Oficina Central, se realizó un trabajo de crítica de los cuestionarios por personal especializado y se procedió al ingreso de datos en CSPro utilizando criterios de consistencia de la información. Se retranscribió el 100 por cien de los cuestionarios. La base de datos fue preparada en SPSS para la emisión de cuadros y para permitir futuros manejos de la base de datos.

¹¹ Ídem 9

¹² Si bien fueron visitados los 40 conglomerados asignados al departamento de Pando, no se encontró a mujeres con hijos menores de cinco años en las UPMs 9226, 9236 y 9340 por lo que no se pudo completar el cupo asignado.

CAPÍTULO I

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN Y DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL

1.1. Características generales del departamento de Beni

Beni se encuentra en el nor-este de Bolivia, limita al este con la República del Brasil, al sur con los departamentos de Santa Cruz y Cochabamba, al oeste con los departamentos de La Paz y Pando y al norte con los departamentos de Pando y la República del Brasil. Su clima es cálido con una temperatura promedio de 24 grados centígrados. Tiene una altura promedio de 155 msnm.

Cuenta con una extensión territorial de 213.264 Km², que representan 19,41 por ciento de la superficie total nacional. Beni está en la región del llano, sus productos y cultivos agrícolas más importantes son yuca, castaña, palmito, plátano, papaya. Es importante la explotación de la madera, el palmito y de manera especial la castaña, que es uno de sus principales productos de exportación.

1.1.1. LA POBLACIÓN DE BENI

Según resultados de las proyecciones de población realizadas por el INE¹³, para el año 2005, el Departamento de Beni tiene 406.982 habitantes, equivalente a 4,32 por ciento del total nacional, de 9.627.269 habitantes. La participación de la población masculina en este departamento es de 52,06 por ciento, mientras que de la femenina es 47,94.

Para el año 2005, según la misma fuente, el departamento tiene una densidad de 1,91 habitantes por Km², menor al promedio nacional de 8,58 habitantes por Km².

La tasa neta de reproducción¹⁴ estimada para el periodo 2000-2005, para el departamento de Beni, es 1,89 hijas por mujer, superior al promedio nacional. La tasa global de fecundidad¹⁵ para el mismo periodo es 4,20 hijos o hijas por mujer, superior a la tasa nacional de 3,50.

¹³ Actualidad Estadística Departamento Beni. INE. 2005

¹⁴ Tasa Neta de Reproducción: es el número esperado de hijas (nacidas en un determinado periodo) que lograrían alcanzar las edades de la vida reproductiva, asumiendo que estuvieran expuestas a la mortalidad materna de sus madres al momento en que nacieron. (INE)

¹⁵ Tasa Global de Fecundidad: es el número esperado de hijos e hijas nacidos vivos que una mujer tendría al término de su vida fértil, asumiendo que sus años de vida reproductiva transcurren conforme a las tasas de fecundidad por edad observadas en un año determinado.

Se estima una tasa de mortalidad infantil¹⁶ de 41,50 muertes por mil nacidos vivos, menor a la tasa estimada a nivel nacional de 45,60. La esperanza de vida al nacer¹⁷ es 66,76 años, superior a la nacional de 65,51 años.

1.1.2. LA ECONOMÍA DE BOLIVIA Y LA ECONOMÍA DE BENI

En el año 2004, del total generado por la economía boliviana, el Producto Interno Bruto¹⁸ (PIB) del departamento de Beni en términos nominales fue de 2.267,20 millones de bolivianos, que representó 3,36 por ciento con relación al total nacional. El Producto Interno Bruto Per Cápita¹⁹ alcanzó a 715 dólares estadounidenses, menor al promedio nacional.

CUADRO 1
Producto Interno Bruto, 2004(p) departamento Beni, INE

INDICADOR	BENI	BOLIVIA
PIB REAL (millones de bolivianos)	889,79	24.791,76
PIB REAL (millones de dólares estadounidenses)	280,69	7.820,75
PIB NOMINAL (millones de bolivianos)	2.267,20	69.625,94
PIB NOMINAL (millones de dólares estadounidenses)	285,18	8.757,98
PIB PER CÁPITA (bolivianos)	5.681	7.546
PIB PER CÁPITA (dólares estadounidenses)	715	949

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
(p): Preliminar

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, la actividad productiva departamental presentó entre sus principales sectores de aporte al PIB departamental, a la Agricultura, Silvicultura, Caza y Pesca con 33,45 por ciento de participación, Industrias Manufactureras 15,19; Servicios de la Administración Pública 14,75; Comercio 9,99 por ciento; Establecimientos Financieros, Seguros, Bienes Inmuebles y Servicios Prestados a las Empresas 7,44; Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones 4,88; Servicios Comunes, Sociales y Personales 4,26; Restaurantes y Hoteles 3,31 por ciento.

Las actividades que mostraron variación negativa son: Extracción de Minas y Canteras 15,33 por ciento; Establecimientos Financieros, Seguros, Bienes Inmuebles y Servicios Prestados a Empresas 6,88; Servicios de la Administración Pública 5,76; y Servicios, Comunes, Sociales, Personales y Doméstico 2,41 por ciento.

¹⁶ Tasa de Mortalidad Infantil: muerte de niños y niñas menores de 1 año con respecto al total de nacidos vivos.

¹⁷ Esperanza de vida al nacer: es el número esperado de años que viviría un recién nacido vivo.

¹⁸ El Producto Interno Bruto es el valor de los bienes y servicios de destino final, resultado de la actividad productiva de un país, que se realiza en su territorio económico y para una gestión determinada.

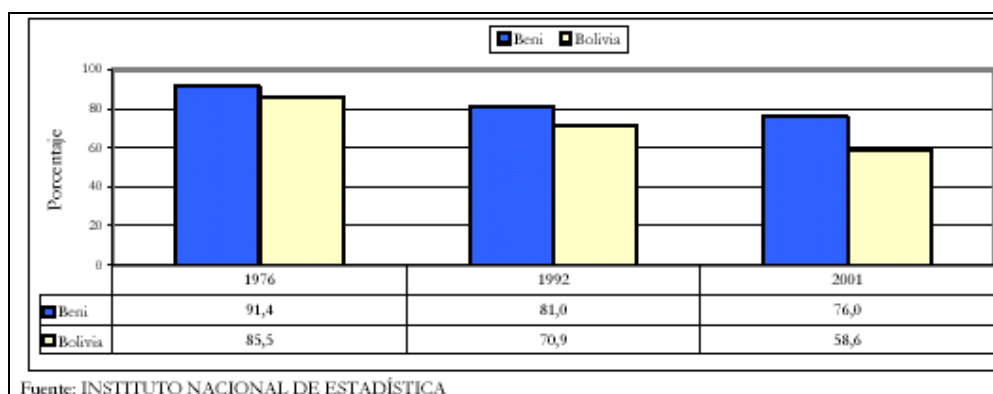
¹⁹ Producto Interno bruto Per Cápita, es el valor del Producto Interno Bruto sobre el total de población.

En el año 2004, las exportaciones del departamento de Beni aumentaron en 35,40 por ciento respecto a 2003, que en términos absolutos representaron 14,58 millones de dólares estadounidenses. Los productos que registraron variación positiva son: almendras sin cáscara en 583,61 por ciento, cueros y manufacturas de cuero en 142,00 y nueces del Brasil en 46,46 por ciento, que tienen participación de 7,48 por ciento, 2,17 y 77,22 por ciento respectivamente, del total exportado.

La incidencia de pobreza en el departamento de Beni presentó reducción desde 2001; el año 1976 fue 91,4 por ciento y a nivel nacional de 85,5. Según el Censo de 1992, 81 por ciento de las personas en Beni se enmarcaba en la categoría de pobres y en el ámbito nacional, las personas pobres alcanzaban a 70,9 por ciento. El año 2001, se presentó reducción en la incidencia de pobreza tanto en Beni como a nivel nacional, la reducción fue menor en el caso de Beni, 76,0 por ciento, mientras que a nivel nacional fue de 58,6 por ciento. La reducción de la pobreza en el departamento de Beni, en el período censal 1976-2001 fue de 15,4 puntos porcentuales, inferior a la disminución de 26,9 puntos porcentuales registrada a nivel nacional.

GRAFICO 1

Población pobre, según censos de 1976, 1992 y 2001, departamento Beni, INE
(En porcentaje)



1.2. Características de la población del departamento Beni

En todas las viviendas de la muestra seleccionada para la encuesta Línea de Base PRICCAS 2006, se aplicó el cuestionario del hogar en el que se registraron las características más importantes de cada uno de los miembros del hogar: sexo, edad, educación y características de la vivienda y el hogar.

1.2.1. HOGARES Y PERSONAS ENTREVISTADAS

De un total de 1.358 hogares seleccionados para el departamento de Beni, se realizaron 1.433 entrevistas a mujeres de 15 a 49 años y 2.010 niños menores de cinco años.

1.2.2. JEFATURA Y TAMAÑO DEL HOGAR

En Beni, el 11,8 por ciento de los hogares tiene a una mujer como jefa de hogar. La baja proporción de hogares que declararon como jefa de hogar a una mujer, podría estar subestimada por aspectos más de carácter cultural que económicos. Situación similar se observa a nivel de red de salud, a excepción de los municipios de la red de Itenez en la que tan sólo el 8,6 por ciento de las mujeres son jefas de hogar.

CUADRO 2. Distribución porcentual de la población según mujeres jefes de hogar por red de salud, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de salud		Hogares con Mujer como jefe de hogar	Tamaño promedio	Número de hogares
Red de salud	Riberalta	11.7	7	699
	Guayaramerín	13.1	6.1	372
	Mamoré	13.2	7.1	174
	Itenez	8.6	6.8	114
Total		11.8	6.7	1358

Respecto al número de personas por hogar, en Beni, el número promedio de miembros es de seis personas por hogar.

1.3. Características de las Viviendas

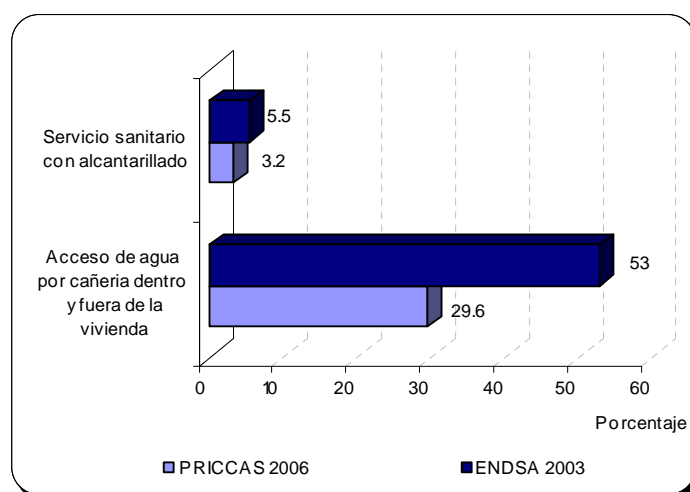
Las condiciones de la vivienda juegan un papel muy importante al influir en la calidad de vida de los hogares. El acceso a servicios básicos y características de la vivienda, pueden determinar si las necesidades básicas satisfacen a los hogares en pro de una mejora de las condiciones de vida en general.

La información recogida en el cuestionario del hogar, permite conocer la disponibilidad de los servicios básicos en las viviendas visitadas.

1.3.1. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS BÁSICOS

El disponer y acceder a los servicios básicos como agua y servicio de alcantarillado para eliminación de excretas, se encuentra asociado a mejores condiciones de supervivencia de la población y en consecuencia de los niños.

GRÁFICO 2. Distribución porcentual de hogares, según principal fuente de agua para beber y facilidad sanitaria usada por el hogar,, departamento de Beni, PRICCAS 2006 y Nacional ENDSA 2003



1.3.1.1 Fuente de agua para beber

Para evaluar las condiciones socioeconómicas en las que vive la población y la protección de las enfermedades relacionadas con el medio ambiente, sobre todo con el agua, se les pidió a las encuestadas que proporcionaran información sobre el ambiente domiciliario. La disponibilidad y acceso a servicios básicos adecuados tales como agua, servicio sanitario y otros se encuentra asociada con mejores condiciones de salud y supervivencia de la población y de los niños en particular. Se puede reducir la incidencia de enfermedades graves infantiles, tal como la diarrea, con prácticas de higiene y saneamiento apropiadas.

Cerca del 30 por ciento de los hogares en el departamento de Beni, acceden al agua potable (considerando las conexiones dentro o fuera de la vivienda y aun en pilas públicas), para el mismo departamento, la ENDSA 2003 muestra 53 por ciento.

CUADRO 3. Distribución porcentual de hogares, según principal fuente de agua para beber, por red de salud y nivel de instrucción. Departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción	Fuente principal de abastecimiento de agua				
	Agua por tubería dentro de la vivienda, edificio, lote o terreno	Agua de pileta pública	Agua de pozo	Agua de río, lago, vertiente o acequia	Otro
Riberalta	7.5		74.5	18	
Guayaramerín	68.3	0.3	30.2	1.2	
Mamoré	28	6	64.8	0.6	0.6
Itenez	29.9	0.3	69.8		
TOTAL	28.7	0.9	60.7	9.7	0.1
Ninguna	18.3	1.7	70.5	9	0.6
Primaria	22.6	0.8	63.7	12.8	0.1
Secundaria y más	38	0.8	55.5	5.7	
TOTAL	28.7	0.9	60.7	9.7	0.1

Los municipios de la red de salud de Guayaramerín, tienen los más altos porcentajes en agua por cañería dentro o fuera de la vivienda, edificio, lote o terreno (68,6 por ciento); al otro extremo tenemos a los municipios de la red de Riberalta donde el 7,5 de los hogares se abastece por este mismo medio.

Es importante mencionar, que a mayor nivel de instrucción existe una tendencia ascendente de fuente mejorada de abastecimiento de agua, de un 18,3 por ciento de los hogares con ningún nivel de instrucción se incrementa a 38 por ciento de hogares que tienen un nivel de instrucción de secundaria y más.

1.3.1.2. Servicio higiénico

Las condiciones de la vivienda juegan un papel muy importante al influir en la calidad de vida de los hogares. El acceso a servicios básicos y características de la vivienda, pueden determinar si las necesidades básicas satisfacen a los hogares en pro de una mejora de las condiciones de vida en general.

La información recogida en el Cuestionario de Hogar en la presente investigación, permite conocer la disponibilidad de los servicios básicos, en este caso, sobre las formas de eliminación de excretas en las viviendas visitadas.

El disponer o acceder a los servicios básicos, como el referente a la eliminación de excretas por medio de facilidades sanitarias mejoradas, se encuentran asociadas a mejores condiciones de vida de la población en general, y de los niños en particular.

Al igual que en el caso de disponibilidad de fuentes de agua para beber, este indicador se obtiene ponderando el número de hogares por el número de miembros por hogar.

CUADRO 4. Distribución porcentual de hogares, según tipo de facilidad sanitaria usada por el hogar, por red de salud y nivel de instrucción, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Tipo de servicio higiénico						
Red de Salud/nivel de instrucción	Inodoro conectado a la alcantarilla	Inodoro conectado a pozo ciego	Letrina	Campo abierto	Otro	Total
Riberalta	4.8	4.8	87.1	3.3		100
Guayaramerín	2.9	18.2	71	7.9		100
Mamoré	4.5	9.4	79.8	5.7	0.6	100
Itenez	0.6	18.4	80.4	0.6		100
TOTAL	3.2	12.8	79.5	4.5	0.1	100

Del total de hogares benianos visitados, el 3,2 por ciento han declarado el tipo de servicio higiénico con alcantarilla. A nivel nacional, un tercio de la población (31,7 por ciento) tiene el servicio sanitario con alcantarillado (ENDSA 2003).

Los municipios de la red de salud de Riberalta tienen el más altos porcentaje respecto al promedio departamental, el 87,1 por ciento de los hogares en estos municipios declararon la letrina como tipo de servicio higiénico que tiene el hogar; constituyéndose éste un predominante en el departamento de Beni.

1.3.1.3. Personas por dormitorio

CUADRO 5. Distribución porcentual de hogares, según hacinamiento y número de miembros del hogar, por red de salud y nivel de instrucción, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/nivel de instrucción	Hacinamiento		Número de hogares
	Hacinado	No hacinado	
Riberalta	76.9	23.1	699
Guayaramerín	68.7	31.3	372

Mamoré	66.3	33.7	174
Itenez	66	34	114
TOTAL	72.4	27.6	1358
Ninguna	69.8	30.2	94
Primaria	75.5	24.5	663
Secundaria y más	68.3	31.7	552
TOTAL	72.1	27.9	1308

El número de personas por dormitorio puede emplearse como indicador de hacinamiento. Como se aprecia en el cuadro anterior el 72,4 por ciento de los hogares presenta un promedio de 3 personas por dormitorio.

1.3.1.4. Combustible para cocinar

CUADRO 6. Distribución porcentual de hogares, según tipo de combustible para cocinar, por red de salud y nivel de instrucción, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Principal combustible que utiliza para cocinar					
Red de salud/Nivel de instrucción		Leña	Gas licuado	No cocina	Total
Red de salud	1 Riberalta	61.7	37.3	0.9	100
	2 Guayaramerín	42.3	57.4	0.3	100
	3 Mamoré	79.6	19.8	0.6	100
	4 Itenez	83.5	15.3	1.2	100
Total		60.5	38.7	0.7	100
Nivel de instrucción	Ninguna	76.5	23.5		100
	Primaria	69.3	30.3	0.4	100
	Secundaria y más	46.7	52	1.3	100
Total		60.3	38.9	0.8	100

Del total de hogares visitados, el 60,5 por ciento han declarado la leña como el principal combustible para cocinar, le sigue en importancia el gas licuado con 38,9 por ciento.

Si bien se tiene similar comportamiento a nivel de red de salud, a excepción de los municipios de la red de salud Guayaramerin donde el 57,4 por ciento de los hogares utiliza gas y el 42,3 por ciento utiliza leña como combustible para cocinar.

CAPÍTULO II

SITUACIÓN DE SALUD DE LA MUJER

La información estadística sobre la salud materna-infantil es de vital importancia dentro de las estadísticas sociales, debido a su relación con dos grupos de población estratégicos en el contexto de las políticas de desarrollo humano: madres e hijos menores de edad. Afortunadamente Bolivia dispone ya de cuatro Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA's) –realizadas en 1989, 1994, 1998 y 2003– que pueden proporcionar puntos de referencia válidos para el diseño de políticas al respecto.

La encuesta Línea de Base PRICCAS 2006, contiene una cantidad apreciable de información sobre aspectos relacionados con la salud materna infantil que no sólo permiten evaluar tópicos del pasado inmediato en la materia, sino también anticipar o proyectar las tendencias futuras. En este capítulo, se presentan los resultados referidos a temas tales como: la atención prenatal y asistencia durante el parto, la cobertura de las vacunas contra el tétanos, la prevalencia y tratamiento de ciertas enfermedades, especialmente la diarrea e infecciones de las vías respiratorias.

2.1. Atención prenatal y asistencia en el parto

La cobertura y calidad de la atención prenatal y durante el parto constituyen factores estrechamente ligados a la salud materna e infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta a evaluar la situación general de la salud del país. En PRICCAS 2006 se averiguó, para los nacimientos ocurridos a partir de mayo de 2001, si la madre había recibido el toxoide tetánico y si había tenido atención prenatal y durante el parto, al igual que el sitio de ocurrencia del parto.

2.1.1. TIPO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

En el cuadro siguiente a este párrafo, se presenta la distribución porcentual de nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta por tipo y frecuencia del cuidado prenatal, según características seleccionadas incluyendo la edad de la madre y orden de nacimiento.

CUADRO 7. Distribución porcentual de mujeres de 12 a 49 años que tuvieron nacimientos en los 5 años anteriores a la encuesta, por tipo de personal que prestó cuidado prenatal, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de salud/Edad/Nivel de instrucción		Persona que proporcionó la atención prenatal							Meses de embarazo al primer control prenatal	Número de visitas	Persona que proporcionó la atención prenatal
		Médico	Enfermera	Auxiliar de enfermería	Partera	Familiar amiga	Otro	Ninguna atención	Media	Media	Media
Red de salud	1 Riberalta	80.4	3.1	3.7				12.8	3.3	5.7	8.6
	2 Guayaramerín	87.7		3.7				8.6	2.7	7.1	8.5
	3 Mamoré	86.6	4.8	1	0.6	0.3	0.3	6.4	3.2	5.6	8.5
	4 Itenez	83.1	11.9					5	3	6.1	8.5
Total		83.4	3.2	3	0.1	0	0	10.3	3.1	6.1	8.5
Edad	15-19	82.2	5.2	2.7	0.3	0.3		9.3	3.5	5.7	8.5
	20-24	83.3	3.9	4.1				8.6	3.3	5.7	8.6
	25-29	88.9	3.2	1.1			0.2	6.6	2.9	6.4	8.5
	30-34	85.9	1	2				11.1	2.9	6.4	8.5
	35-39	80.2	2.3	3				14.5	3.1	6.5	8.6
	40-44	73.7	3.1	7.2				16	2.9	6.3	8.4
	45-49	64.5	1.5	6.1	1.5			26.4	2.9	7.1	8.8
Total		83.4	3.2	3	0.1	0	0	10.3	3.1	6.1	8.5
Nivel de instrucción	Ninguna	61.2	4.2	8.5				26.2	3.1	5.6	8.4
	Primaria	77.6	3.8	4.7	0.2	0.1		13.7	3.1	5.9	8.5
	Secundaria y más	92	1.9	0.8			0.1	5.2	3.1	6.4	8.6
Total		83.4	3.2	3	0.1	0	0	10.3	3.1	6.1	8.5

En Beni, ochenta y nueve de cada cien futuras madres recibieron cuidado prenatal fueron atendidas por personal de salud. A nivel nacional según la ENDSA 2003, cerca del 70 por ciento de las futuras mamás recibieron cuidado prenatal personal de salud.

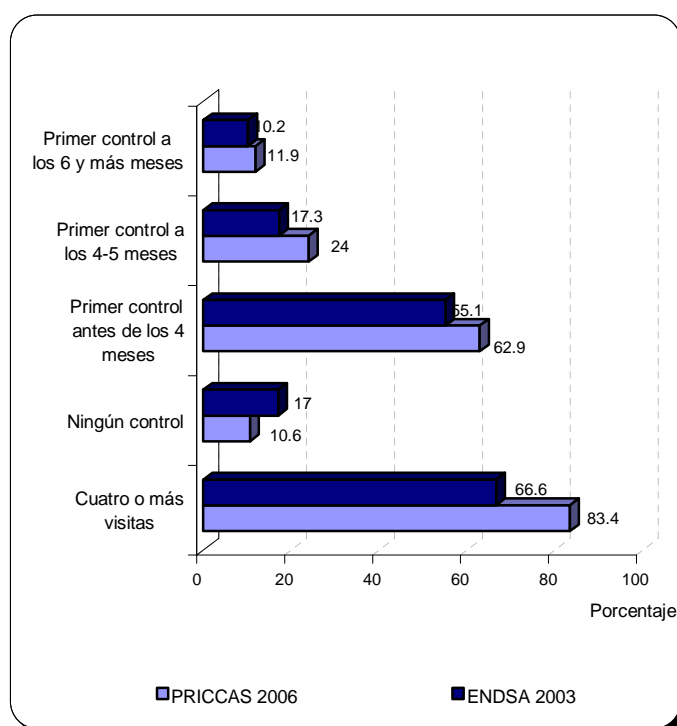
En Beni, departamento con elevada cobertura prenatal por personal de salud, no se encuentran diferencias importantes entre grupos de edad.

El 97,5 por ciento de los embarazos de mujeres con nivel de instrucción medio o mayor recibió cuidado prenatal, frente al 73,9 por ciento de los embarazos de mujeres sin instrucción.

2.1.2. FRECUENCIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Entre las normas vigentes del Ministerio de Salud y Deportes, está brindar como mínimo cuatro controles a un embarazo de bajo riesgo, teniendo que realizarse el primero en el primer trimestre de embarazo, el segundo en las semanas 20-24, el tercero en las semanas 28-32 y el cuarto en las semanas 36-38.

GRÁFICO 4. Distribución porcentual de mujeres, por número de visitas de atención prenatales, para el último nacimiento, departamento de Beni PRICCAS 2006 y Nacional ENDSA 2003



En Beni, alrededor de 8 mujeres de cada 10 tienen al menos cuatro controles prenatales. A nivel nacional según la ENDSA 2003, el 66,6 por ciento de las mujeres tienen al menos cuatro controles prenatales.

CUADRO 8. Distribución porcentual de mujeres de 12 a 49 años que tuvieron nacimientos en los 5 años anteriores a la encuesta, por número de visitas de atención prenatales, para el último nacimiento y por el momento de la primera visita, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción		Numero de veces que ha ido al control prenatal				Meses de embarazo tenía en su atención por primera vez				Meses de embarazo tenía cuando se hizo último control
		1	2 a 3	4 y más	No sabe/sin información	Menos de 4 meses	4 a 5	6 y más	No sabe/sin información	media
Red de salud	1 Riberalta	2.7	13.7	81.2	2.5	57.8	25.6	15.5	1.1	3.4
	2 Guayaramerín	0.7	7.2	88.7	3.4	71.2	20.3	7	1.6	2.8
	3 Mamoré	2.5	15	79.7	2.9	63.4	25.2	9.8	1.6	3.2
	4 Itenez	1.6	10	87.9	0.4	68.1	25	6.5	0.4	3
Total		2	11.8	83.6	2.6	63	24.1	11.7	1.2	3.2
Edad	15-19	3.9	11.3	84.6	0.2	51.5	35.4	12.1	1	3.6
	20-24	1.7	12.2	84	2.1	61.9	21.5	15	1.7	3.3
	25-29	0.1	9.6	88.2	2.1	69.4	22.9	6.9	0.8	2.9
	30-34	3.7	11.3	79.6	5.3	63.5	21.7	13.9	0.9	3.2
	35-39	1.7	13.9	81.6	2.8	61.6	27	10.5	0.9	3.1
	40-44	2.9	16.6	77.9	2.6	66.7	21.8	10.4	1.1	3.1
	45-49	2.4	12.1	79.5	6	69.9	15	7.5	7.6	2.8
Total		2	11.8	83.6	2.6	63	24.1	11.7	1.2	3.2
Nivel de instrucción	Ninguna	4.6	12.4	80.2	2.8	64.9	23.1	11.1	0.9	3
	Primaria	2.7	13.9	81.3	2.1	63.2	22.5	13.2	1.2	3.2
	Secundaria y más	1	9.1	86.6	3.3	62.8	26.3	9.8	1.1	3.1
Total		2.1	11.8	83.5	2.6	63.1	24.1	11.7	1.1	3.2

Por red de salud, es importante resaltar la cobertura de al menos cuatro controles prenatales en Mamoré con el 79,3 por ciento, siendo en el resto de las redes similar la cobertura de cuatro o más visitas de control prenatal.

A nivel de red de salud, son los municipios de Riberalta el 57 por ciento de las mujeres con menos de 4 meses de embarazo realizaron su primer control prenatal.

2.1.3. CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Uno de los problemas más sentidos en los servicios maternos, es la calidad de la atención. El control prenatal, debe garantizar el cumplimiento efectivo de todas las actividades que fomenten la protección, recuperación y rehabilitación de la salud materna-infantil a través de una atención integral a la mujer embarazada.

Entre los principales componentes de control prenatal se encuentra el interrogatorio (para conocer los antecedentes en salud, familiares y personales y la evolución del embarazo en curso), el examen clínico general, los exámenes de laboratorio (sangre y orina).

CUADRO 9. Porcentaje de mujeres que recibieron cuidado prenatal para el último nacimiento, porcentaje que recibió contenidos específicos de la atención, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción de la madre	Contenido del control prenatal						
	Pesaron	La midieron	Presión arterial	Examen de orina	Examen de sangre	Midieron la barriga	Latidos bebe
1 Riberalta	99.1	96.5	99.1	88.6	86.7	97.2	97.2
2 Guayaramerín	99.4	98.2	99.4	91.8	89.7	98.8	98.2
3 Mamoré	94.6	87.2	95.5	77.1	77.1	93.2	95.8
4 Itenez	92.6	70.3	96.1	56.7	55.5	91.7	90.8
TOTAL	98	93.6	98.4	85.3	83.7	96.6	96.7
12-14	96.5	33.2	96.3	66.8	66.8	93.2	98.4
15-19	97.1	93.8	97.9	81.3	79.3	97.1	98.9
20-24	98.6	94.4	99	86	85	96.4	95.8
25-29	98.6	94.4	98.7	85.9	86.7	96.7	98.2
30-34	98.6	93.8	99.5	86.9	84.5	97.3	95.8
35-39	97.5	92	96	82.9	80.5	94.5	95.3
40-44	95.8	91.4	97.4	88.1	78.8	97.2	97.2
45-49	95.3	92.3	99	86.4	84.1	98	93.7

TOTAL	98	93.6	98.4	85.3	83.7	96.6	96.7
Ninguna	100	91.4	100	77.8	77.8	89.8	94.2
Primaria	97.8	93	98.2	82.4	79	96.1	95.5
Secundaria y más	98.2	94.8	99	89.7	89.8	97.9	98.5
TOTAL	98	93.6	98.4	85.3	83.7	96.6	96.7

Según declaración de las mujeres, para casi la totalidad de los embarazos de nacidos vivos con atención prenatal, el 98 por ciento de las mujeres fueron pesadas, 93,8 talladas y 98,6 por ciento con toma de presión arterial en sus controles prenatales; al 85,3 y al 83,7 por ciento le tomaron exámenes de sangre y de orina, respectivamente. Situación que es similar a nivel nacional respecto al examen clínico, según la ENDSA 2003 entre un 90-94 por ciento, las mujeres recibieron las actividades rutinarias del examen clínico (mujeres pesadas, talladas, con toma de presión arterial) en sus controles prenatales; al 56 y al 62 por ciento le tomaron exámenes de sangre y de orina.

La consejería es igualmente suministrada, aún que en menor proporción a las mujeres de menor educación.

2.1.4. TÉTANO NEONATAL

Como parte de la información sobre las condiciones de salud de los niños de las mujeres entrevistadas, se preguntó a las madres si ellas recibieron vacuna contra el tétanos durante la etapa gestacional y el número de veces durante ese embarazo. Las condiciones de higiene e inmunización que rodean el parto, sobre todo en lo que se refiere a los instrumentos utilizados para el corte del cordón umbilical, hacen que sea necesaria la aplicación de la vacuna antitetánica durante la gestación, para prevenir al niño de contraer el tétanos neonatal al momento del alumbramiento. Por estas razones es importante identificar los grupos de riesgo para orientar las campañas y reducir así la morbilidad.

CUADRO 10. Porcentaje de mujeres con nacimientos en los últimos cinco años protegidas contra tétano neonatal, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción de la madre	Mujeres con vacuna contra el tétanos neonatal	Número de dosis					Número de mujeres
		1	2	3	4	5 y más	
1 Riberalta	85.2	55.4	30.4	13.8	0.3	0	751
2 Guayaramerín	95.2	33.2	42.9	20.1	2.5	1.3	380
3 Mamoré	84.7	36.6	38.4	15.4	8.2	1.4	183
4 Itenez	83.5	47.1	34.4	16.2	1.4	1	115
TOTAL	87.6	46	35.4	16	2	0.7	1431
12-14	83.4		36.2			0	4
15-19	86.8	38.9	40.9	18.2	2	0	183
20-24	90.9	46.4	35.7	16.1	1.5	0.3	372
25-29	87	45.9	33.9	17	2.5	0.6	321
30-34	88.3	48	34.4	13.3	2.9	1.3	236
35-39	84.2	43.6	35.2	18.7	1.8	0.7	173
40-44	86.9	58.8	26.6	12.4	1.9	0.4	100
45-49	79.3	45.2	41.5	11.7		1.6	42
TOTAL	87.6	46	35.4	16	2	0.7	1431
Ninguna	75.2	44.2	32.3	23.4		0	50
Primaria	85.6	47.9	34.6	15.2	1.6	0.8	756
Secundaria y más	91.2	44.3	35.4	17	2.8	0.5	601
TOTAL	87.6	46	35.4	16	2	0.7	1431

En el departamento de Beni, al 87,6 por ciento de las mujeres le pusieron alguna inyección en el brazo para prevenir que al bebé le diera tétanos. De esta cobertura; el 46 por ciento de mujeres recibieron una dosis y tan sólo el 35,4 declararon tener la segunda dosis. A nivel nacional según la ENDSA 2003, el 53,3 por ciento de las mujeres recibieron por lo menos una inyección contra el tétanos neonatal.

Los municipios de la red Guayaramerín tienen la mayor cobertura de mujeres protegidas contra el tétano neonatal (95,2 por ciento).

Las coberturas de mujeres protegidas contra el tétanos neonatal tienen una tendencia a disminuir a mayor edad de la madre de 90,9 por ciento (mujeres de 20 a 24 años), a 79,3 por ciento (mujeres de 45 a 49 años), y cuanto más baja es la educación de la

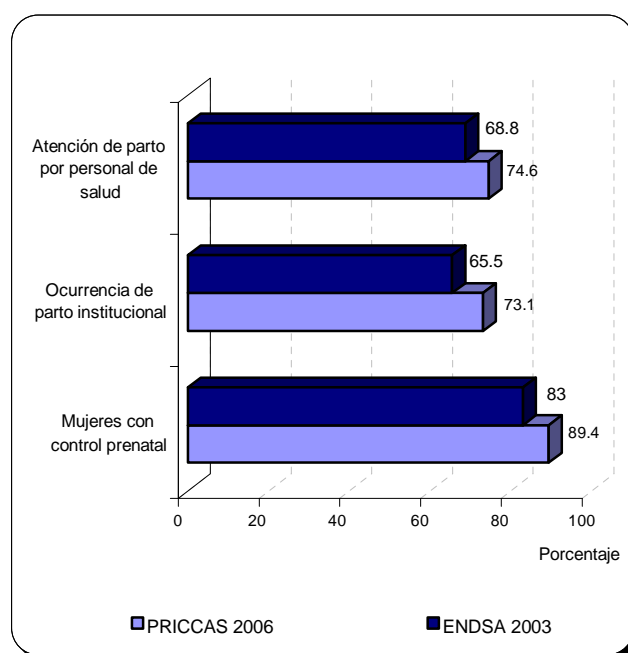
madre, menor es la cobertura de mujeres vacunadas contra el tétanos neonatal (75,2 por ciento).

2.2. Lugares de ocurrencia del parto y tipo de asistencia

La encuesta Línea de Base PRICCAS 2006, contiene una cantidad apreciable de información sobre aspectos relacionados con la salud materno – infantil que no sólo permiten evaluar acontecimientos del pasado inmediato en la materia, sino también proyectar las tendencias futuras. En este informe, se presentan los resultados referidos a la atención del parto, tanto a la persona que atendió el parto, como el parto ocurrido en un establecimiento de salud.

En Beni, el 89 por ciento de las futuras madres recibieron cuidado prenatal y de éstas tan solo el 65 por ciento acudieron a un establecimiento de salud (público o privado). Considerando lo reportado por la ENDSA 2003, se puede observar un comportamiento similar en cuanto a la atención prenatal y el parto institucional.

GRÁFICO 6. Atención Prenatal y Asistencia del Parto por Personal de Salud

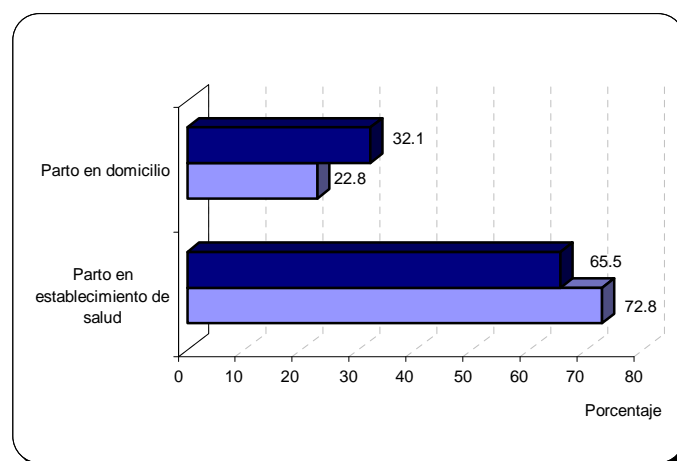


2.2.1. LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO

Respecto al lugar de ocurrencia del parto, las cifras muestran una relación inversa entre el número de visitas prenatales y la atención del parto por los establecimientos de salud. Así, el 83.5 por ciento de las embarazadas declararon haber asistido a cuatro o más consultas prenatales; sin embargo, acudieron el 73,2 por ciento a los

establecimientos de salud (público 69,9 y privado 3,3 por ciento) para la atención de su parto.

GRÁFICO 4. Distribución porcentual de nacimientos por lugar de ocurrencia del parto, según características seleccionadas, departamento de Beni PRICCAS 2006 y ENDSA 2003



El 23 por ciento de los nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta ocurrieron fuera de un establecimiento de salud, lo que implica que el parto domiciliario es todavía importante. A nivel nacional, el 34.5 por ciento de los nacimientos en los cinco años antes de la encuesta tuvieron lugar en el hogar, y el 32.1 por ciento para el Beni (ENDSA 2003), ratificándose el ancestro cultural marcado por la tradición del evento del nacimiento entre los suyos.

CUADRO 11. Distribución porcentual de nacimientos en los cinco años que precedieron a la encuesta, por lugar de ocurrencia del parto, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción	Hospital público, centro o posta de salud	Servicios privados (clínica consultorio, etc)	Medico particular	Curandero	Parientes	Puesto de venta, tienda	En la casa	otro
1 Riberalta	60.7	4.5	0.2		0.4		34.2	
2 Guayaramerín	81.3	2.3	0.4		0.2	0.2	15.5	
3 Mamoré	84.1	0.6	0.2	0.2	0.8	0.2	13.4	0.4
4 Itenez	73.2	1.7	0.4		0.6		24.1	
TOTAL	69.9	3.2	0.3	0	0.4	0.1	22.8	0.1
15-19	73.7	1.5			0.5		24.3	
20-24	76.6	2.4	0.1		0.2		20.7	
25-29	69.8	5.3	0.6		0.8	0.1	23.4	0.1
30-34	71.3	3.9	0.8		0.2		23.8	
35-39	54.6	3.9					41.5	

40-44	60.5				1.7	0.9	37	
45-49	67.4	4.4					27.1	1.1
TOTAL	69.9	3.2	0.3	0	0.4	0.1	22.8	0.1
Ninguna	45.3				2.9		51.8	
Primaria	61.1	2.5	0.4		0.3	0	35.5	0.1
Secundaria y más	84.1	4.7	0.1		0.2	0.1	10.7	
TOTAL	69.9	3.2	0.3	0	0.4	0.1	22.8	0.1

El 51,8 por ciento de las mujeres sin instrucción tuvieron parto domiciliario, esto muestra una vez mas que las mujeres a menos grado de instrucción son mayores reproductoras de sus moldeamientos culturales, sobre todo en eventos tan importantes como los nacimientos.

2.2.2. TIPO DE ASISTENCIA DURANTE EL PARTO

Con relación al tipo de atención durante el parto a los nacimientos en los últimos cinco años, el 74,6 por ciento de los nacimientos fueron atendidos por personal de salud (médicos, enfermeras y auxiliares). A nivel nacional el 60,8 por ciento de las mujeres fueron atendidas por personal de salud (ENDSA 2003).

CUADRO 12. Distribución porcentual de mujeres que tuvieron nacimiento en los cinco años que precedieron a la encuesta, por tipo de persona que asistió el parto, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción	Persona que le atendió en el parto							
	Médico	Enfermera	Auxiliar de enfermería	Partera	Esposo/compañero	Familiar/amiga	Otro	Nadie
1 Riberalta	64.7	2	0.2	8.3	11.6	12.8		0.4
2 Guayaramerín	83	0.2	0.6	7.8	3.7	4.7		
3 Mamoré	80.8	3.4	0.4	9.3	1.1	3.8	0.2	1.1
4 Itenez	71	11		13.5	1.3	2.5	0.2	0.4
TOTAL	71.9	2.4	0.3	8.7	7.5	8.8	0	0.4
12-14	83.4			16.6				
15-19	73.6	2.1	0.5	9.7	2.7	11.5		
20-24	78.8	2	0.4	6.3	6.9	5.7		
25-29	72.9	3.4		8.2	5.1	9.3		1.1
30-34	74.4	1.2	0.3	6.6	8.2	8.6	0.1	0.5
35-39	57	3.4		13.3	14.5	11.6		0.3
40-44	58.6	3.3	1.7	11.9	11.9	12.6		
45-49	67.8	1.8		18	5.1	5.1	1.1	1.1
TOTAL	71.9	2.4	0.3	8.7	7.5	8.8	0	0.4

Ninguna	46.8	0.7		22.4	17.1	13		
Primaria	62	2.7	0.5	10.1	11.1	12.9	0	0.7
Secundaria y más	87.6	2.3	0.1	5.2	1.6	3.1	0	
TOTAL	71.9	2.4	0.3	8.7	7.5	8.8	0	0.4

Los municipios de la red de salud de menor cobertura de partos atendidos por médico es Riberalta con el 56,9 por ciento. Los municipios de la red de Guayaramerín son los de mayor cobertura con 83,2 por ciento.

2.2.3. PESO AL NACER

CUADRO 13. Distribución porcentual por peso del niño al nacer, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción	Pesó al nacer					
	Peso de la tarjeta		Peso según recuerda		No sabe	Sin información
	Menos de 2.5 Kg.	2.5 Kg. o más	Menos de 2.5 Kg.	2.5 Kg. o más		
1 Riberalta	1.5	57.8	2.7	32.5	4.6	0.9
2 Guayaramerín	4.1	70.2	2.3	21.9	1.5	
3 Mamoré	2.8	53.3	4	38.4	1.3	0.3
4 Itenez	3.1	72	0.8	22.9	0.8	0.3
TOTAL	2.6	61.9	2.6	29.4	2.9	0.5
12-14		19.9		80.1		
15-19	6	63.6	1.8	27	1.7	
20-24	2.2	61.6	4.1	28.9	2.3	1
25-29	3.7	62.2	1.7	28.7	3	0.7
30-34	0.5	66	0.6	29	3.7	0.1
35-39	1.1	52.7	3.1	40.5	2.2	0.4
40-44	3.4	64.6	5.1	18.2	8.7	
45-49		61.3	5.3	33.4		
TOTAL	2.6	61.9	2.6	29.4	2.9	0.5
Ninguna	9.7	66	1.2	10.6	12.5	
Primaria	2.1	62.2	2.9	28.8	3.4	0.6
Secundaria y más	2.8	61.3	2.5	30.9	2.1	0.4
TOTAL	2.6	61.9	2.6	29.4	2.9	0.5

Según peso de tarjeta, el 61,9 por ciento de los niños pesaron 2.5 kilogramos o más y el 29,4 por ciento pesan 2.5 Kg. o más según recuerda la madre. A nivel nacional según la ENDSA 2003 el 56,4 por ciento pesa 2,5 Kg. o más.

Por red de salud, en la red de Guayaramerin, según tarjeta el 70,2 por ciento de los niños pesaron 2.5 Kg. o más, al otro extremo tenemos a los municipios de la red de Mamoré con 53,3 por ciento y a Riberalta con el 57,8 por ciento.

2.3. Cuidado postnatal de las madres

Período postnatal (o puerperio) se le llama al período de transformaciones progresivas anatómicas, metabólicas y hormonales en el que involucran todas las modificaciones acaecidas durante la gestación, con la sola excepción de la glándula mamaria. Su duración es de aproximadamente sesenta días, teniendo una etapa inmediata (las primeras 24 horas), otro período de 10 días, un período alejado que comprende del 11º al 45º día y por último un período tardío que comienza a los 45 días y concluye con el retorno definitivo de la regla. El período postnatal, principalmente los dos primeros días, es susceptible a infecciones u otros trastornos de la salud que pueden llevar hasta la muerte por problemas originados durante el parto o por deficientes cuidados postnatales generales y locales. La atención postnatal a las mujeres también ayuda a la vigilancia del recién nacido, al apoyo de la lactancia natural y a la elección de un método de planificación familiar adecuado. La atención en salud calificada en este período, a pesar de no ser una práctica muy corriente, debe entonces continuar²⁰.

Según las normas del Ministerio de Salud y Deportes, la mujer que ha tenido un parto normal puede tener su primer control durante la etapa inmediata (cuando el parto es institucional forma parte de los requisitos para dar de alta a las mujeres) y otros tres controles en los siguientes 42 días. Por efectos prácticos, en los países de baja accesibilidad a los servicios de salud se acepta un período de una semana para que las mujeres que no han tenido su parto en una institución acudan para su primer control puerperal.

En la Línea de Base PRICCAS 2006, se investigó la cobertura del control del puerperio por medio de una pregunta directa hecha a las mujeres entrevistadas sobre el tiempo transcurrido después de haber dado a luz, en que tuvo su primera revisión médica o control puerperal.

²⁰ ENDSA 2003

CUADRO 14. Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron hijos que no nacieron en establecimiento de salud en los cinco años anteriores a la encuesta por momento del primer control postnatal para el nacimiento más reciente, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción	Control postnatal			
	Días después de nacido	Semanas después de nacido	No fue	Mujeres
1 Riberalta	26.7	44.9	28.4	747
2 Guayaramerín	71.6	18	10.4	385
3 Mamoré	55.9	24.2	19.9	186
4 Itenez	53	31	16.1	117
TOTAL	44.7	33.9	21.5	1434
12-14	16.6	16.6	66.8	4
15-19	38.3	36.7	25	183
20-24	47.6	33.6	18.9	378
25-29	46.9	35.6	17.5	320
30-34	46.4	34.5	19.1	233
35-39	39.7	33.3	27	174
40-44	47.7	26.5	25.8	101
45-49	34.6	29.5	35.9	40
TOTAL	44.7	33.9	21.5	1434
Ninguna	34.6	32.7	32.7	49
Primaria	39.2	32.1	28.7	760
Secundaria y más	52.3	36.7	11	602
TOTAL	44.7	34.1	21.3	1411

Los resultados indican que del 26,9 por ciento de las mujeres del Beni que tuvieron su último parto fuera de una institución el 44,7 por ciento reportaron no haber tenido ningún control puerperal y el 34,1 por ciento realizaron su primera revisión médica a las semanas de haber dado a luz.

Algo más del 50 por ciento de mujeres con nivel de instrucción superior hicieron su primer control postnatal a los días después de haber nacido el bebé.

2.4. Nutrición de las madres

2.4.1. ESTATURA DE LAS MUJERES E ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

La estatura de la mujer es uno de los indicadores de crecimiento lineal de nutrición que se encuentra condicionado por la alimentación, la salud, la genética y entre otros más, el entorno.

La talla baja de las mujeres se encuentra asociada al riesgo durante el parto, bajo peso del niño al nacer, supervivencia infantil, incremento de la mortalidad materna y complicaciones durante el embarazo y el parto.

CUADRO 15. Estatura de la mujer e Índice de Masa Corporal (IMC) de 15 a 49 años de edad, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Características		Altura (cm)	Índice de masa corporal (IMC)							
		Media	18.5 a 24.9 IMC Normal	TOTAL Delgadas <18.5	17.0 a 18.4 Ligeramente delgada	16.0 a 16.9 moderadamente delgada	<16 Severamente delgada	TOTAL Sobre peso/ obesas >=25.0	25.0 a 29.9 Sólo sobre peso	>=30 Sólo obesa
Red de salud	Riberalta	152	50,8	0,6	0,6			48,6	36,9	11,7
	Guayaramerín	153,7	42,2	1,1	1,1			56,7	36,3	20,4
	Mamoré	154,4	36,3	1,2	0,6	0,3	0,3	62,5	38,6	23,9
	Itenez	155,6	39,8	1,4	1,1	0,3		58,8	40,6	18,2
Total		153	45,8	0,9	0,8	0,1	0	53,4	37,3	16,1
²¹ Edad en años	15-19	152,9	64,7	2,3	2,3			32,9	25,9	7
	20-24	153	51,8	0,3	0,2		0,1	47,9	38,2	9,7
	25-29	153,4	41,9	0,8	0,6	0,2		57,3	39,2	18,1
	30-34	153,4	36,8	0,9	0,9			62,3	41,6	20,7
	35-39	152,8	37,6	0,2	0,2			62,2	41,4	20,8
	40-44	152,5	39,9	1,1	1,1			59	32,4	26,6
	45-49	152,3	37,3	1,4	0,7	0,7		61,2	34,6	26,6
Total		153	45,8	0,9	0,8	0,1	0	53,4	37,3	16,1

En el presente estudio se midió la estatura de las mujeres comprendidas entre los 15 a 49 años de edad. De un total 1454 mujeres, la estatura media en el departamento de Beni es de 153 cm. La información nacional departamental muestra que la estatura media es de 154 cm ENDSA 2003, con un centímetro de diferencia.

El índice de masa corporal (IMC) permite medir la delgadez u obesidad del cuerpo y por lo tanto, la disponibilidad de energía del organismo, por consiguiente se debe

²¹ No se consideró a tres mujeres de 12 a 14 años.

considerar el peso y la talla, donde la primera es medida en kilogramos y la segunda en m² donde la relación es Kg/m². Se utilizó el ²²punto de corte de 18.5 para establecer los valores del IMC de acuerdo a la fórmula para obtener el índice de Quetelet. El índice se encuentra asociado con la edad, ya que la talla se ve afectada a medida que el ser humano crece y envejece.

Los resultados muestran que el 45.8 por ciento de las mujeres se encuentran en la normalidad (18.5 a 24.9). Con algún grado de delgadez menos del 1 por ciento (<18.5) y con sobrepeso y obesidad el 53.7 por ciento (>=25.0). Por edad, se observa que a partir de los 15 años comienza el sobrepeso y se incrementa a medida que avanza la edad para luego descender a partir de los 40 años.

Es posible que los resultados nos lleven a pensar que la mujer no consigue obtener la talla adecuada durante la niñez y culminarla en la adolescencia, por lo tanto, el sobrepeso y la obesidad son el resultado de una talla disminuida para la edad esperada y que se encuentra asociada principalmente a un déficit de nutrientes en su alimentación necesarios para su crecimiento durante la niñez y adolescencia donde se alcanza el pico máximo de la talla.

Se observa que la talla de la mujer es mayor cuando el nivel educativo alcanzado es más alto, contrariamente cuando las mujeres se encuentran con sobrepeso el nivel educativo disminuye, esto podría responder a que la mujer con mayor instrucción dispone de una mejor información de alimentación y nutrición.

2.5. Conocimiento y utilización de prestaciones del SUMI

Los resultados indican que el 89 por ciento de las mujeres benianas con nacimientos en los cinco años antes de la encuesta, reportaron saber lo que es el SUMI. De éstas el 75,6 por ciento recurren al SUMI para control prenatal y tan sólo el 61,5 por ciento tienen su parto a través del seguro.

²² Internacional Dietary Energy Consultative Group.

CUADRO 16. Distribución porcentual de las mujeres con conocimiento del SUMI, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Características	Mujeres que conocen o no saben lo que es el SUMI	Servicios y prestaciones que utilizó el SUMI					
		Control prenatal	Atención de parto	Servicios de salud sexual y reproductiva	Atención de enfermedades de menores de 5 años	Atención de crecimiento de menores de 5 años	Vacunas
1 Riberalta	94	76	53.3	3.1	58.5	65.2	36.6
2 Guayaramerín	93.1	81.2	80.5	1.3	79.9	39.6	81.8
3 Mamoré	75.3	61	48.3	3.4	68.8	32.7	32.2
4 Itenez	62.1	71.5	63.7	0.6	66.5	58.7	51.4
TOTAL	88.9	75.8	61.5	2.5	66.3	54	50.5
15-19	88.6	82.6	68.5	0.7	67.6	55.3	57.3
20-24	91.4	76.7	65.1	2.7	66.9	60.8	50.8
25-29	90	77.6	61.7	1.6	62.9	47.7	49.6
30-34	90.2	72.2	58.4	6.4	65.6	51.9	42.5
35-39	89.9	72	48.4		69.8	53.6	52.3
40-44	75.6	75.1	64	3.1	64.2	52.9	58.5
45-49	79.6	56.1	55.2		81.2	46.8	44.1
TOTAL	88.9	75.8	61.5	2.5	66.3	54	50.5
Ninguna	77.2	79.9	40.4		67.1	54	43.6
Primaria	87.2	75.8	59.1	3	64.7	53.4	50.1
Secundaria y más	91.7	75	65.2	2.2	67.7	54.7	51.2
TOTAL	88.9	75.8	61.5	2.5	66.3	54	50.5

Respecto al SUMI y los niños menores de cinco años, el 66,3 por ciento de las madres recurren al seguro para atención de enfermedades en menores de cinco años y el 54 por ciento realiza la atención de crecimiento del menor de cinco años.

Aquí se ve claramente oportunidades perdidas que el AIEPI provoca, hay más porcentaje de atención de enfermedades que de control de crecimiento, debido al enfoque de atención de la enfermedad.

CAPITULO III

SITUACION DE SALUD DEL NIÑO

3.1. Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños menores de cinco años

Las enfermedades infecciosas se encuentran asociadas a la pobreza, la malnutrición y bajas condiciones de saneamiento básico,²³OPS/OMS, 2003.

Las enfermedades infecciosas incrementan los requerimientos de los nutrientes por una pérdida de éstos y en una baja utilización biológica de los alimentos, como consecuencia tienen mayor impacto sobre el crecimiento donde juega un rol importante, la disminución del apetito y la baja absorción de nutrientes.

3.1.1. ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA)

De un total de 1446 niños, el 33.5 por ciento de ellos tuvieron diarrea en las dos últimas semanas de la encuesta, mayor a la información nacional departamental que muestra una prevalencia de 22.2 por ciento para el departamento de Beni ENDSA 2003.

Por Red de Salud, la mayor prevalencia de diarrea se encuentra en Riberalta con 37.5 por ciento y la menor en Mamoré con 25.6 por ciento.

²³ Conocimientos Actuales sobre Nutrición, 8va Edición, OPS/OMS, 2003

CUADRO 17. Prevalencia de diarrea en niños menores de cinco años. Líquidos y alimentación proporcionados durante la diarrea, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de salud/sexo/edad / nivel de instrucción	Con diarrea últimas 2 semanas	Cantidad de líquidos			Cantidad de alimentos			Con SRO	Con suero casero	Número de niños
		Misma cantidad	Más cantidad	Menos cantidad	Misma cantidad	Más cantidad	Menos cantidad			
Hombre	37,1	35,7	47,1	17,2	36,8	10,9	52,3	32,5	17,3	728
Mujer	29,9	40,6	44,8	14,7	28,5	12,3	59,2	24,6	18,4	719
TOTAL	33,5	37,8	46,1	16,1	33,1	11,5	55,4	29	17,8	1446
Riberalta	37,5	42,1	42,1	15,8	36,1	9	54,9	24,4	11,1	755
Guayaramerín	30,4	30,8	60,7	8,4	26,6	13,8	59,6	34,9	25	387
Mamoré	25,6	33	38,5	28,6	35,2	19,8	45,1	31,5	33,7	187
Itenez	30,3	33	39,6	27,4	28,6	12,4	59	42,1	26,2	117
TOTAL	33,5	37,8	46,1	16,1	33,1	11,5	55,4	29	17,8	1446
<6	20,8	61,9	22,6	15,5	40,5	25,9	33,6	5,3	10,1	77
6-11	39,5	43,3	40,9	15,8	35,9	14,6	49,4	25,8	17,8	180
12-23	49,4	35,5	48,6	15,9	29,7	8,8	61,5	35,9	15,5	313
24-35	29,8	28,4	52,9	18,6	36,5	19,5	44	26,6	22,7	289
36-47	31,8	31,6	49,6	18,8	27,2	10	62,9	31,2	23,1	277
48-59	22	51,8	37,8	10,4	40,1	3,8	56,1	22,1	11,8	310
TOTAL	33,5	37,8	46,1	16,1	33,1	11,5	55,4	29	17,8	1446
Ninguna	35,9	57,1	26,5	16,4	29,1	17,6	53,3	35,2	26,5	50
Primaria	37	39,8	44,2	16	35	7,7	57,3	28,4	16,8	764
Secundaria y más	28,7	30,9	52,5	16,5	31,1	16,5	52,4	28,7	18,9	609
TOTAL	33,5	37,8	46,1	16,1	33,1	11,5	55,4	29	17,8	1446

El mayor impacto de niños con diarrea, se encuentra a la edad de 12 a 23 meses con 49.4 por ciento, el porcentaje va disminuyendo antes de cumplir los 5 años de edad con 22 por ciento, este comportamiento es similar a la información nacional donde se observa que el mayor daño lo sufren los niños justamente a esa edad ENDSA 2003.

La educación de la mujer influye en la salud del niño y por lo tanto en la presencia de diarrea, en el que a medida que el grado de instrucción es mayor el porcentaje de niños afectados disminuye.

3.1.1.1. Alimentación durante la diarrea

La alimentación que deben recibir en cantidad y calidad los niños es fundamental, sobre todo es necesario continuar con los líquidos y la alimentación durante los procesos de diarrea para evitar la deshidratación y la desnutrición, dado que el efecto de la malnutrición sobre la morbilidad potencia la mortalidad debida a la diarrea, OPS 2003.

Bajo esta premisa, se indagó sobre la conducta que tiene la madre cuando el niño se enferma con diarrea, preguntándole si proporciona la misma cantidad de líquidos, igual o menos. Los resultados muestran que el 46.1 por ciento de las madres le dan mayor cantidad de líquidos cuando el niño cursa diarrea, el 37.8 por ciento igual y el 16.1 por ciento menos. La información nacional departamental muestra un porcentaje más alto con mayor cantidad de líquidos (56.8 por ciento) y menor con igual cantidad (26 por ciento) en relación a los resultados del estudio.

A nivel de Red de Salud, en Mamoré e Itenez se encuentran los mayores porcentajes de niños que reciben menor cantidad de líquidos durante la diarrea, alrededor de 27 por ciento.

Más de la mitad de las madres le da menor cantidad de alimentos cuando el niño cursa diarrea, el 33.1 por ciento igual y el 11.5 por ciento más. La información nacional departamental muestra un porcentaje mayor (56.8 por ciento) con mayor alimentación y menor porcentaje con igual alimentación ENDSA 2003, en relación a los niños del estudio.

Por Red de Salud, se observa que en Guayaramerín e Itenez alrededor del 60 por ciento de las madres alimenta en menor cantidad a sus niños cuando tienen diarrea, es menor en Mamoré con 45 por ciento.

Cuando la madre tiene mayor nivel de instrucción, los niños que reciben más líquidos durante la diarrea se incrementa, sin embargo, cuando se refiere a la alimentación ésta no influye; esto nos conduce a pensar que estas madres tienen conocimiento respecto a la administración de mayor cantidad de líquido para evitar la deshidratación durante la diarrea. En lo que respecta a la alimentación, son necesarias otras variables además de la instrucción de la madre relativa a la seguridad alimentaria del hogar que permitan una mejor dirección.

3.1.1.2. Tratamiento durante la diarrea

Evitar que el niño pierda electrolitos durante la diarrea y la reposición de ellos, es fundamental para disminuir el riesgo de muerte. Para ello, se preguntó a la madre la utilización de SRO o suero casero durante la diarrea. Los resultados muestran que el 29 por ciento de las madres utiliza SRO y el 17.8 por ciento suero casero, esto significa que casi el 50 por ciento de los niños recibe suero. La información nacional departamental (29.6 por ciento) muestra un resultado similar a las madres que proporcionan SRO del estudio y es mayor de la solución casera (19.3 por ciento), ENDSA 2003.

Por Red de Salud, Itenez muestra el mayor porcentaje de madres que utilizan SRO con 42 por ciento y la menor se encuentra en Riberalta con 24.4 por ciento, mientras que las madres de Mamoré se inclinan a dar más solución casera (34 por ciento).

Cuando se pregunta a la madre si le da algo más para tratar la diarrea, el 70.7 por ciento de ellas refiere que le dan otros preparados diferentes a los sueros. El 50.4 por ciento le da pastillas y jarabes, el 19.1 por ciento remedios caseros o medicinas caseras y alrededor del 1 por ciento y más, les administran inyecciones o sueros intravenosos.

CUADRO 18. Otros remedios utilizados por la madre durante la diarrea del niño menor de cinco años, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Le dio algo más para tratar la diarrea	Pastillas/jarabe	Inyección	Suero intravenoso	Remedios caseros/medicinas caseras	Otro
Sexo	Hombre	70,6	50,6	1,3	2,8	17,3	2,4
	Mujer	70,9	50,2	0,5	0,5	21,3	3,5
Total		70,7	50,4	1	1,8	19,1	2,9
Red de salud	Riberalta	71,6	59,3	0,7		13,3	2,2
	Guayaramerín	71,6	44		3,7	26,6	3,7
	Mamoré	60,9	26,1	2,2	8,7	22,8	4,3
	Itenez	74,1	33,3	4,6		35,2	3,7
Total		70,7	50,4	1	1,8	19,1	2,9
Edad en meses	<6	52,2	39,2	2,1	6,6	13	
	6-11	74,9	53,8	0,9	0,7	22,9	3
	12-23	77,7	53,3	2,1	1,4	23,5	1,4
	24-35	65,9	45,8	0,6	1,3	17,9	7,7
	36-47	66,1	45,6		2,4	19,2	1,8
	48-59	66,9	54,8		2,3	8,1	2,2
Total		70,7	50,4	1	1,8	19,1	2,9
Nivel de instrucción	Ninguna	50,5	20,5		8,9	30,1	
	Primaria	70,8	49,8	1,2	1,3	19,8	2,6
	Secundaria y más	73,9	55,3	0,9	1,5	17,4	3,7
Total		71,2	50,7	1	1,7	19,3	2,9

La información nacional departamental muestra un porcentaje similar de pastillas y jarabes (50.8 por ciento) en relación a los niños del estudio y menor con remedios caseros (22.8 por ciento) ENDSA 2003.

Por Red de Salud, es algo menor en Mamoré con 61 por ciento de madres que dan algo más para tratar la diarrea. Respecto a los remedios caseros o medicinas caseras, Itenez es la Red que mayormente utiliza estos remedios con 35.2 por ciento.

La educación de la madre con la administración de pastillas o jarabe para la diarrea guardan una relación; a mayor nivel de educación de la madre, el porcentaje de estas se incrementa pero es inverso cuando la madre le da sueros caseros, el porcentaje de madres disminuye.

Más de la mitad de las madres buscó consejo o tratamiento cuando enfermaron sus niños con diarrea, el 79.5 por ciento de ellas acudió a los hospitales públicos, centros o postas de salud, el 8.8 por ciento en la farmacia, el 4.4 por ciento clínicas privadas y en menor porcentaje en otros lugares.

Por Red de Salud, el mayor porcentaje de madres que buscó un tratamiento para la diarrea y utilizó los hospitales, centros o postas de salud es Itenez con 74.1 por ciento y 95 por ciento, respectivamente, la menor se observa en la Red de Riberalta.

Cuando las madres cuentan con un nivel menor de instrucción, buscan el consejo o tratamiento en las farmacias y es inverso cuando acuden a las clínicas privadas o consultorios médicos. Cuando recurren a los hospitales o centros de salud, no se encuentra una relación con el nivel de instrucción.

CUADRO 19. Lugar de atención y tratamiento de diarrea en niños menores de cinco años, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Buscó consejo o tratamiento médico	Lugar							
			Hospital público, centro o posta de salud	Servicios privados (clínica consultorio, etc.)	Médico particular	Curandero	Parientes	Farmacia	Puesto de venta, tienda	Ninguno
Sexo	Hombre	52	79,3	2,6	3	0,4	2,8	9,6	1,5	0,8
	Mujer	52,1	79,9	6,6	3,4		1,4	7,8	0,5	0,5
Total		52,1	79,5	4,4	3,2	0,2	2,2	8,8	1	0,6
Red de salud	Riberalta	42,2	77,2	7	1,8		1,8	10,5	1,8	
	Guayaramerín	63,3	78,3	2,9	7,2			10,1		1,4
	Mamoré	66,3	78,7	1,6	1,6	1,6	9,8	3,3	1,6	1,6
	Itenez	74,1	95				1,3	3,8		
Total		52,1	79,5	4,4	3,2	0,2	2,2	8,8	1	0,6
Edad en meses	<6	45,5	71					29		
	6-11	64,1	70	7	7	1,1	1,9	13		
	12-23	65,4	83,4	5,2			3,6	7,2		0,5
	24-35	42,4	86,7	1,4	5,9			5,9		
	36-47	45,8	75,2	5,2	5,3		2,6	5,2	6,5	
	48-59	31,3	80,2		2,4			12,3		5,1
Total		52,1	79,5	4,4	3,2	0,2	2,2	8,8	1	0,6
Nivel de instrucción	Ninguna	54,5	73,4					26,6		
	Primaria	48,1	84	3,1	3,9	0,4	2,9	4,1	0,4	1,2
	Secundaria y más	57,7	75,6	6,8	2,7		1	11,8	2,1	
Total		51,9	80,2	4,5	3,3	0,2	2	8,1	1,1	0,6

3.1.2. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas, la diarrea y la desnutrición, producen efectos negativos en la salud del niño y se constituyen en una de las causas de mortalidad en los niños.

CUADRO 20. Prevalencia de IRA y fiebre en niños menores de cinco años. Conocimientos y actitudes de la madre, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Con fiebre	Con tos	Con tos, respiraciones cortas y rápidas	Buscó consejo o tratamiento para la fiebre
Sexo	Hombre	41,8	57,9	70,4	68,6
	Mujer	43,9	55	63,6	67,6
Total		42,9	56,4	67,1	68,1
Red de salud	Riberalta	41,1	58,7	61	64,6
	Guayaramerín	48,3	55,9	67,5	66
	Mamoré	38,7	46,4	90,4	81,9
	Itenez	42,9	59,7	75,5	79,4
Total		42,9	56,4	67,1	68,1
Edad en meses	<6	30,1	55,6	62,6	62,1
	6-11	51,1	57	71,4	79,7
	12-23	49,3	61,5	71,6	75,6
	24-35	48	55,9	68,2	67,2
	36-47	36,4	59,2	59,4	65
	48-59	35,8	49,3	66,8	56,8
Total		42,9	56,4	67,1	68,1
Nivel de instrucción	Ninguna	42,6	66,6	62,2	62,4
	Primaria	47	61,1	66,3	68,7
	Secundaria y más	37,1	50	68,6	69,2
Total		42,6	56,6	67	68,6

El 42.9 por ciento de los niños menores de cinco años presentó fiebre y el 56.4 por ciento tos IRA las dos semanas anteriores a la encuesta, estos resultados son más altos que la prevalencia del departamento del Beni que es con fiebre 31.1 por ciento y tos 25.7 por ciento ENDSA 2003.

No se encuentran diferencias de importancia a nivel de Red de Salud, no obstante Mamoré presenta la menor prevalencia (46.4 por ciento) de niños con IRA y con fiebre (38.7 por ciento) respecto a las demás redes de Salud.

El 67 por ciento de las madres declara que su niño presentó respiraciones más cortas y rápidas durante la IRA. Por Red de Salud, no se encuentran diferencias de

importancia, no obstante, Riberalta muestra un porcentaje algo menor de madres que reconoce los síntomas (61 por ciento).

Cuando se relaciona el nivel de instrucción de las madres, se observa que el porcentaje de niños con que tienen IRA y fiebre disminuye e incrementan las madres que reconocen los síntomas de IRA.

CUADRO 21. Lugar de atención del tratamiento de IRA de niños menores de cinco años, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Lugar									Le dió a (NOMBRE) alguna medicina/medicamento para la
		Hospital público, centro o posta de salud	Servicios privados (clínica consultorio, etc.)	Médico particular	Curandero	Parientes	Farmacia	Puesto de venta, tienda	Ninguno	Otro	
Sexo	Hombre	78,9	3,6	2,4	0,1	6,2	7,5	0,4	0,7	0,2	75,9
	Mujer	80,8	2,6	0,7	0,1	2,3	10,6		1,3	1,6	75,5
Total		79,8	3,1	1,6	0,1	4,3	8,9	0,2	1	0,9	75,7
Red de salud	Riberalta	78,8	5,1	0,7		2,9	9,5		1,5	1,5	68
	Guayaquerín	81,8	1,5	2,3		3	10,6	0,8			82,4
	Mamoré	75,6	0,7	2,2		14,1	5,2		1,5	0,7	85,4
	Itenez	85,5		3,6	1,2	2,4	6,6		0,6		92,3
Total		79,8	3,1	1,6	0,1	4,3	8,9	0,2	1	0,9	75,7
Edad en meses	<6	92,6				3,2	4,1				61,9
	6-11	85,9	1,3	3		5,5	3		0,6	0,6	78,8
	12-23	82,5	2,2	0,5		3,7	10	0,8	0,4		79,8
	24-35	78,3		2		5,2	12,7		1,9		82
	36-47	73,4	5,9	1,8		3,9	13,1			2	66,5
	48-59	75,7	7,8	2	0,8	4	4,5		2,8	2,4	75,8
Total		79,8	3,1	1,6	0,1	4,3	8,9	0,2	1	0,9	75,7
Nivel de instrucción	Ninguna	89,8				7,7	2,5				69,9
	Primaria	79,2	2	1,4	0,2	4,5	9,2	0,3	1,6	1,5	76,6
	Secundaria y más	79,6	5,3	2		3,7	9,3		0,2		74,7
Total		79,7	3,1	1,6	0,1	4,3	9	0,2	1	0,9	75,6

La búsqueda de tratamiento en la enfermedad es vital para el niño, ya que disminuye el riesgo de deteriorar su estado de salud y evita probablemente la muerte. Bajo este

contexto, se preguntó a la madre la conducta que tiene frente a la presencia de IRA en su niño.

El 68 por ciento de las madres declaró que buscaron consejo o tratamiento durante la fiebre. El 84,5 por ciento de ellas acudió a los hospitales o servicios de salud y alrededor del 1 por ciento a médicos particulares, curanderos, parientes y otros.

Por Red de Salud, no se encuentran diferencias de importancia cuando las madres acuden a hospitales o postas de salud. Se encuentra una relación del nivel educativo de la madre con el conocimiento de la presencia de fiebre en el niño y cuando busca consejo o tratamiento, por lo tanto, a mayor nivel de instrucción menor porcentaje de niños con IRA y fiebre y mayor de madres que buscan consejo o tratamiento.

3.1.2.1. Tratamiento de IRA

Los resultados muestran que el 75.7 por ciento de las madres le da medicina para la fiebre a su niño. Por Red de Salud, es menor en Riberalta con 68 por ciento, las demás redes presentan un porcentaje mayor al 80 por ciento.

Se encuentra una relación entre el nivel de instrucción y de las madres que dan medicinas u otros medicamentos para la fiebre; a medida que el nivel de instrucción es mejor, el porcentaje de madres se incrementa.

3.1.2.2. Alimentación del niño menor de 5 años

La frecuencia de alimentación que tienen los niños, nos ayuda a determinar si la alimentación es deficitaria o no lo es. Bajo esta premisa, se preguntó a la madre el número de veces de comidas sólidas y semisólidas que proporciono al niño el día anterior a la encuesta.

CUADRO 22. Alimentación del niño menor de cinco años según edad en meses, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Frecuencia de la alimentación del niño según edad		
		Media	N niños	porcentaje
Sexo del hijo	Hombre	4	668	50,4
	Mujer	4	666	49,6
Total		4	1334	100

Red de salud	Riberalta	3	705	52,8
	Guayaramerín	5	372	28,1
	Mamoré	4	153	11,4
	Itenez	4	104	7,8
Total		4	1334	100
Edad en meses	6	3	32	2,4
	7	3	16	1,2
	8	3	27	2
	9-12	3	116	8,6
	13-24	4	315	23,5
	25-35	4	249	18,9
	36 y más	4	578	43,3
Total		4	1334	100
Nivel de instrucción	Ninguna	4	48	3,6
	Primaria	4	708	53,7
	Secundaria y más	4	558	42,7
Total		4	1314	100

Los resultados del estudio muestran en un total de 1334 niños menores de cinco años, la media de la ²⁴frecuencia de comidas que recibe el niño en el día es de 4 veces. Por ²⁵grupos de edad, cuando los niños tienen de 6 a 8 meses la media es de 3 comidas en el día y la norma refiere cuatro comidas. A partir de los nueve y más meses de edad, el niño debe recibir 5 comidas, sin embargo los niños del estudio solo reciben en promedio 4.

Por Red de Salud y por nivel de educación de la madre no se encuentran diferencias, esta situación es posible que se atribuya a la falta de información en temas de salud y nutrición en los servicios de salud donde acuden las madres.

3.2. Coberturas de vacunación en niños menores de dos años

Una de las acciones dirigidas a prevenir las enfermedades infecciosas y reducir la morbilidad y mortalidad en los niños menores de dos años es la vacunación, éstas son registradas en el carnet de salud infantil. En este contexto, se averiguaron las coberturas de las vacunas de BCG, la 1ra., 2da., y 3ra. Dosis de la Polio y Pentavalente, la SRP (MMR) y la antiamarílica en los niños menores de un año de edad.

²⁴ En el presente estudio sólo se indagó parte del FADU = número de comidas. El FADU comprende: Frecuencia = No. de comidas; A = cantidad de alimentos; D = densidad de energía – nutrientes; U = utilización. La Nutrición en la Supervivencia, Desarrollo y Protección del Niño, MPSYSP, 1992.

²⁵ Los grupos de edad del niño provienen de la norma del FADU (vigente agosto, 2006), MSYD.

El ²⁶82.9 por ciento de los niños cuenta con el carnet de salud infantil (CSI). La cobertura total de vacunación en los niños de 12 a 23 meses de edad es de 63 por ciento mayor a la información nacional departamental que muestra el 51.5 por ciento, ENDSA 2003. Por Redes de Salud, la mayor cobertura se encuentra en Itenez (86 por ciento) y es menor en Riberalta (47 por ciento).

CUADRO 23. Coberturas de vacunación en niños menores de dos años, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Con CSI	BCG	1ra Polio	2da Polio	3ra Polio	1ra Penta	2da Penta	3ra Penta	SRP/SR	Todas las vacunas	Ninguna vacuna	Fiebre amarilla
Sexo	Hombre	82,3	94,7	96	92,5	82,6	97,4	92,8	82	71,9	62,7		65,6
	Mujer	83,4	93,2	96,3	93,6	88,3	95,2	93,4	88,3	66,7	62,8	2,7	64,4
Total		82,9	94	96,2	93,1	85,4	96,3	93,1	85,1	69,4	62,8	1,3	65
Red de salud	Riberalta	80,8	91	94,9	91	79,5	94,9	91	79,5	53,8	47,4	2,6	51,3
	Guayamerín	89,4	96,5	97,6	94,1	92,9	97,6	95,3	91,8	85,9	80		80
	Mamoré	73,8	98,5	96,9	96,9	86,1	96,9	95,3	86,1	86,2	73,8		77
	Itenez	84,7	98,6	98,6	97,2	95,8	100	95,8	95,8	88,9	86,1		84,7
Total		82,9	94	96,2	93,1	85,4	96,3	93,1	85,1	69,4	62,8	1,3	65
Nivel de instrucción	Ninguna	82,6	100	100	86,6	86,6	100	86,6	86,6	60,7	60,7		60,7
	Primaria	78,1	89,8	93,6	90,4	78,4	95,4	91,4	78,4	67,6	57,3	2,4	61,7
	Secundaria y más	88,9	99,2	99,3	96,8	94,4	97,1	95,6	93,5	72,9	70,6		71
Total		82,7	93,9	96,1	93	85,2	96,2	93	84,8	69,5	62,8	1,4	65,5

BCG

Casi la totalidad de los niños de 12 a 23 meses de edad fueron vacunados con la BCG en el departamento de Beni, (94 por ciento). No se encuentran diferencias de importancia por Red de Salud, no obstante, Riberalta presenta un porcentaje algo menor (91 por ciento) en relación a las demás redes que se ubican con más del 96 por ciento.

De acuerdo a la información nacional departamental, el 91.5 por ciento de los niños fueron vacunados con BCG, algo menor que la información del estudio, ENDSA 2003.

POLIO

²⁶ Considera a los niños que cuentan con CSI (vistos) y los reportados por la madre.

Respecto a la primera dosis de la vacuna contra la poliomielitis, el 96.2 por ciento de los niños fueron vacunados. La información nacional departamental muestra una cobertura similar de 95.8 por ciento en relación a la información del estudio ENDSA 2003.

Por Red de Salud, el comportamiento es similar, con más del 90% de cobertura en esta vacuna. El 93.1 por ciento de los niños recibió la segunda dosis de la vacuna Polio. Por Red de Salud, las coberturas alcanzan a más del 90 por ciento.

Cuando los niños deben recibir la tercera dosis de la vacuna contra el Polio, la cobertura disminuye de 93.1 por ciento (2da. dosis) a 85.4 por ciento (3ra. dosis), es decir que casi el diez por ciento de los niños queda sin culminar este esquema. Por Red de Salud, en Itenez se encuentra la mayor cobertura con 95.8 por ciento y la menor en Riberalta con 79.5 por ciento. La información nacional departamental muestra el 65.9 por ciento de los niños con la tercera dosis de la vacuna contra el polio, menor a la que presentan los niños del estudio, ENDSA 2003.

PENTAVALENTE/DPT (Difteria, tos ferina, tétanos)

La vacuna pentavalente/DPT previene la difteria, tos ferina y el tétanos. Esta vacuna se aplica en tres dosis. El 96.3 por ciento de los niños menores de un año fue vacunado con la primera dosis de la Pentavalente. Por Red de Salud, no presentan diferencias de importancia. La segunda dosis fue administrada al 93 por ciento de los niños y la tercera al 85 por ciento. La ENDSA 2003 muestra una menor cobertura de la tercera dosis con 66.5 por ciento respecto a los niños del estudio.

SRP/SR

La vacuna contra el sarampión se administra en una sola dosis. El 69 por ciento de los niños cuenta con esta vacuna. La información nacional departamental muestra que el 68 por ciento de los niños recibió la dosis única contra el sarampión, menor a los niños de este estudio que continúan bajas ENDSA 2003.

La vacuna contra el sarampión continúa con una cobertura muy baja que los expone a un mayor riesgo de enfermar y morir.

FIEBRE AMARILLA

El 65% de los niños fue vacunado contra la fiebre amarilla. Por Red de Salud, los niños de Riberalta presentan un porcentaje menor de cobertura con 51% respecto a

las demás redes que son alrededor del 80%. La Red de Salud que presenta mayor porcentaje de niños vacunados, es la de Itenez.

Cuando se relaciona la educación de la madre y la vacunación de los niños, se observa que a medida que la madre cuenta con mayor nivel de educación, los niños vacunados contra el sarampión y la fiebre amarilla se incrementa, en las demás vacunas la relación no es tan marcada.

3.3. Número de muertes neonatal, en menores de un año y menores de cinco años

En un total de 2010 hogares con niños menores de cinco años no se ²⁷reportó ninguna muerte en los hogares que fueron visitados en el estudio.

3.4. Suplementación con micronutrientes

Una de las deficiencias presentes en el país, es la vitamina A y la anemia debida a la deficiencia de hierro y ácido fólico, que afecta a los grupos de mayor vulnerabilidad como las mujeres embarazadas y los niños menores de cinco años. La información nacional, refiere que el 37 por ciento de las mujeres embarazadas presenta algún grado de anemia y más de la mitad de los niños a nivel nacional tiene anemia, ENDSA 2003.

Con el esfuerzo de superar las deficiencias nutricionales en el país, el Ministerio de Salud tiene como estrategias a la ²⁸suplementación con vitamina A en mujeres en puerperio y sulfato ferroso y ácido fólico a mujeres embarazadas y niños menores de cinco años, así como también la fortificación del aceite con vitamina A y la harina de trigo con hierro y vitaminas del complejo B.

3.4.1. COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN MUJERES PUÉRPERAS

De acuerdo a la norma del Ministerio de Salud, se debe proporcionar una dosis de vitamina A a toda mujer después del parto. La suplementación con vitamina A

²⁷ Se debe considerar que la información en este tema puede crear susceptibilidad en la madre y por lo tanto limitar la encuesta.

²⁸ La norma de suplementación del MSYD refiere que toda mujer después del parto debe recibir una megadosis de 200 mil UI de vitamina A. En niños menores de cinco años de 100 mil a 200 mil UI de acuerdo a la edad.

permitirá reforzar el sistema inmunológico de la mujer y el enriquecimiento de la leche materna durante el período de lactancia²⁹.

CUADRO 24. Cobertura de suplementación con vitamina A en mujeres puérperas de 15 a 49 años de edad, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Dosis única Vitamina A	Número de mujeres
Red de salud	Riberalta	57,5	1066
	Guayaramerín	39,7	509
	Mamoré	57,2	246
	Itenez	63,3	155
Total		53,3	1975
³⁰ Edad en años	15-19	50,6	239
	20-24	59,6	558
	25-29	46,5	423
	30-34	55,5	335
	35-39	54,1	248
	40-44	44,5	125
	45-49	57,8	48
Total		53,3	1975
Nivel de instrucción	Ninguna	48,3	72
	Primaria	54,1	1087
	Secundaria y más	52,6	794
Total		53,3	1953

Los resultados del estudio muestran de un total de 1975 mujeres con niños menores de cinco años, el 53.3 por ciento de las mujeres recibió la dosis única de vitamina A después del parto. La información nacional muestra una cobertura algo menor (47.9 por ciento) en relación a las mujeres de la encuesta, ENDSA 2003.

A nivel de Red de Salud, la menor cobertura de suplementación se encuentra en Guayaramerín con 39.7 por ciento, respecto a las demás redes que muestran más del 50%.

²⁹ Conocimientos Actuales sobre Nutrición, 8va Edición, OPS/OMS, 2003.

³⁰ No se consideró a tres mujeres de 12 a 14 años.

3.4.2. COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO Y ÁCIDO FÓLICO EN MUJERES EMBARAZADAS

Uno de los fines de la ³¹suplementación con hierro y ácido fólico es la prevención de las anemias nutricionales y los defectos del tubo neural durante el período de gestación del niño.

CUADRO 25. Cobertura de Suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico en mujeres embarazadas de 15 a 49 años, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Cobertura de suplantación con 90 tabletas	Tabletas tomadas	Número de mujeres
			Media	
Red de salud	Riberalta	96,8	68	931
	Guayaramerín	98,4	77	479
	Mamoré	97,1	99	233
	Itenez	97,8	107	146
Total		97,4	79	1789
³² Edad en años	15-19	97,2	71	218
	20-24	98,6	77	529
	25-29	94,8	75	394
	30-34	98,5	81	304
	35-39	99	83	208
	40-44	97,5	92	101
	45-49	89	104	34
Total		97,4	79	1789
Nivel de instrucción	Ninguna	96,6	75	57
	Primaria	96,3	80	947
	Secundaria y más	98,8	78	764
Total		97,4	79	1769

De un total de 1789 mujeres con niños menores de cinco años, el 97.4 por ciento de las mujeres recibió tabletas de sulfato ferroso y en promedio tomaron 79 pastillas, que significa, alrededor de una semana menos de suplementación.

³¹ La norma de suplementación con hierro y ácido fólico para las mujeres embarazadas es de 90 tabletas y con anemia 180 tabletas. Para los niños menores de cinco años, jarabe de hierro 3 a 4 frascos según la edad.

³² No se consideró a tres mujeres de 12 a 14 años por no ser representativas al grupo.

Si bien estas mujeres se encuentran con un déficit de once días que significa alrededor de una semana de suplementación de acuerdo a la norma nacional que son noventa, tienen el riesgo de presentar anemia, aunque no es posible aseverar si este déficit de suplementos afecte en la presencia de anemia. En un estudio reciente se demostró que la suplementación en forma cotidiana versus intermitente y semanal guardaba una equivalencia, ³³OSP/OMS 2003.

3.4.3. COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

La cobertura de suplementación con vitamina A en niños menores de un año con dosis única, es de 67.8 por ciento. Si bien las coberturas de suplementación aún son bajas, es posible que en parte se deba a una debilidad en el registro de la información del CSI, a pesar de ello, se deberán realizar mayores esfuerzos para lograr mejores coberturas que ayuden a disminuir los indicadores de morbilidad infantil y de la niñez.

La información nacional departamental muestra el 67 por ciento que recibieron vitamina A en los últimos 6 meses anteriores a la encuesta ENDSA 2003, menor que los resultados del estudio con 71.5 por ciento

CUADRO 26. Cobertura de suplementación con vitamina A y sulfato ferroso (jarabe) en niños menores de cinco años, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Vitamina A					³⁴ Sulfato ferroso
		6 a 11 meses	1 a 4 años		6 a 59 Meses		
			Dosis única	1ra dosis	2da dosis	1ra dosis	
Sexo	Hombre	68,5	62,2	46,2	61,6	44	553
	Mujer	67,2	57,4	45,6	59,4	43,2	554
Total		67,8	59,8	45,9	60,5	43,6	1108
Red de salud	Riberalta	61,8	54,5	41,1	54,2	39,7	571
	Guayaramerín	80,5	72	56,2	74,9	53,1	315
	Mamoré	63,1	53,8	38,5	50,6	33	133
	Itenez	70,1	60,6	52,9	65,7	52,3	89
Total		67,8	59,8	45,9	60,5	43,6	1108

³³ Conocimientos Actuales sobre Nutrición, 8va Edición, OPS/OMS, 2003. Forma intermitente y semanal. Cotidiana estudio en embarazadas en China.

³⁴ En el caso del sulfato ferroso (jarabe) para niños, la entrega del suplemento figura como dosis.

Nivel de educación	Ninguna	70,4	66,1	48,5	53,4	47,1	30
	Primaria	65,6	58,6	45	60,5	44	580
	Secundaria y más	70,7	61,2	47,7	60,9	42,9	480
Total		68	60	46,3	60,4	43,6	1090

Durante el primer año de vida del niño, la cobertura con la primera dosis es de 67.8 por ciento. Antes de cumplir los 5 años de edad, el 58.9 por ciento fue suplementado con la primera dosis y con la segunda el 45.9 por ciento.

Por Red de Salud, Riberalta y Mamoré presentan una cobertura más baja con dosis única, alrededor de 60% y es más alta en Guayaramerín e Itenez con 80.5 por ciento y 70 por ciento, respectivamente.

Con la segunda dosis de vitamina A, Mamoré muestra la cobertura más baja con 38.5 por ciento y con una cobertura mejor Guayaramerín con más del 50 por ciento de niños suplementados.

La información del departamento de Beni (SNISS, 04) presenta una cobertura superior con dosis única en relación a los niños del estudio (122 por ciento). Con la primera (48 por ciento) y la segunda dosis (35 por ciento) de 1 a 4 años de edad muestra una cobertura menor que los niños del estudio. No presenta una relación marcada entre el nivel de instrucción de la madre y la suplementación con vitamina A.

3.4.4. COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

El 60.5 por ciento de los niños menores de cinco años recibió sulfato ferroso con la primera dosis, la cobertura es menor cuando los niños reciben la segunda dosis con 43.6 por ciento.

Por Red de Salud, en Guayaramerín se encuentra la mayor cobertura de suplementación con la primera dosis (74.9 por ciento) y con la segunda dosis también es alta (53 por ciento).

El suplemento de hierro, necesita de una mayor información dirigida a la madre para disminuir la prevalencia de anemia en los niños menores de cinco años. El Ministerio de Salud con la finalidad de mejorar las coberturas de suplementación, está implementando las chispitas nutricionales a través del SUMI.

3.5. Estado nutricional de niños menores de cinco años según indicadores de peso/edad, talla/edad y peso/talla (-2de)

La desnutrición está asociada a múltiples factores genéticos, ambientales y nutricionales, donde un balance energético negativo prolongado conduce a la desnutrición especialmente en los grupos de mayor vulnerabilidad como son las mujeres en período de lactancia y embarazo y los niños menores de cinco años; las enfermedades infecciosas y la baja utilización biológica de los alimentos afectará en un retraso del crecimiento y daño nutricional³⁵.

En el presente estudio, se determinó el estado nutricional en niños menores de cinco años considerando el peso y talla de acuerdo a la edad.

El peso para la edad o desnutrición global, indica una enfermedad reciente en el niño o una dieta insuficiente ya que el peso es sensible a pequeños cambios.

La talla para la edad o desnutrición crónica, indica la historia nutricional del niño a través del tiempo, a una alimentación deficiente que permanece en el tiempo.

El peso para la talla o desnutrición aguda, refleja el deterioro de la alimentación y la presencia de enfermedades, se relaciona con los dos indicadores anteriores, puede esconder una talla deficitaria y ser catalogado como no desnutrido.

3.5.1. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

De acuerdo a los resultados obtenidos del estudio en 1753 niños menores de cinco años, el 7.1 por ciento de los niños tiene desnutrición global mientras que, el 22.9 por ciento desnutriciones crónicas y el 1.1 por ciento desnutriciones agudas. La información nacional departamental, muestra el 9.5 por ciento de niños menores de cinco años con desnutrición global, el 29.5 por ciento con desnutrición crónica y 3.3 por ciento con desnutrición aguda, alrededor de dos puntos porcentuales menos en los niños del estudio con desnutrición global y aguda; la crónica es casi siete puntos ENDSA 2003.

La desnutrición global se inicia a partir de los 6 meses de edad con 7.4 por ciento y es más alta cuando los niños alcanzan la edad de 12 a 23 meses con 11 por ciento. Es a

³⁵ Conocimientos Actuales sobre Nutrición, 8va Edición, OPS/OMS, 2003.

esta edad que los niños tienen un mayor impacto de diarrea y de infecciones respiratorias como se vio anteriormente, que afecta el peso del niño.

CUADRO 27. Prevalencia de desnutrición global según el indicador de Peso/Edad en niños menores de cinco años (-2DE) del departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Indicador peso/edad						Número de niños
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
Sexo	Hombre	1,3	5,5	6,8	31,5	56,8	4,9	887
	Mujer	1	6,3	7,3	27,1	59,7	5,9	866
Total		1,2	5,9	7,1	29,3	58,2	5,4	1753
Red de salud	Riberalta	1,6	6,2	7,8	32,8	55,5	3,9	485
	Guayaramerín	0,4	6,7	7,1	28	60,3	4,5	446
	Mamoré	1	3,3	4,3	21,9	62,6	11,2	393
	Itenez	0,2	4,4	4,6	19,8	64,6	11	429
Total		1,2	5,9	7,1	29,3	58,2	5,4	1753
Edad en meses	6 a 11	0,9	6,5	7,4	13,7	62,6	16,3	216
	12 a 23	3,1	7,9	11	35,7	49,3	4	389
	24 a 35	1,1	7,4	8,5	35	53,5	3	379
	36 a 59	0,3	4	4,3	27,8	63,7	4,3	769
Total		1,2	5,9	7,1	29,3	58,2	5,4	1753
Nivel de instrucción	Ninguna	3	4,5	7,5	36,5	53,7	2,3	61
	Primaria	1,6	6,9	8,5	30,5	56,5	4,5	902
	Secundaria y más	0,4	4,9	5,3	26,7	60,8	7,2	753
Total		1,2	6	7,2	29,2	58,1	5,5	1716

Por Red de Salud, es más alta la prevalencia en Riberalta y Guayaramerín, alrededor del 7%, las demás redes presentan una prevalencia de 4 por ciento y más.

La desnutrición crónica se inicia a partir de los seis meses de edad (9.2 por ciento) y es notablemente más alta cuando los niños tienen de 12 a 23 meses (30.9 por ciento), el daño en la talla ya se encuentra comprometido antes de cumplir los 5 años de edad (21.5 por ciento).

CUADRO 28. Prevalencia de desnutrición crónica según el indicador de Talla/Edad en niños menores de cinco años (-2DE) del departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Indicador talla/edad						Número de niños
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
Sexo	Hombre	5	17,9	22,9	38,5	35,9	2,6	887
	Mujer	5,9	16,8	22,7	32,9	41,2	3,2	866
Total		5,5	17,4	22,9	35,8	38,5	2,9	1753
Red de salud	Riberalta	6,4	21,2	27,6	38,8	31,5	2,1	485
	Guayaramerín	4,7	15,5	20,2	34,5	43,5	1,8	446
	Mamoré	4,8	10,2	15	29	49,4	6,6	393
	Itenez	2,3	6,3	8,6	28,2	55,7	7,5	429
Total		5,5	17,4	22,9	35,8	38,5	2,9	1753
Edad en meses	6 a 11	2	7,2	9,2	27,9	55,2	7,7	216
	e 12 a 23	7,9	23	30,9	36,2	30,9	2,1	389
	24 a 35	5,7	19,3	25	34,1	37,6	3,2	379
	36 a 59	5,1	16,4	21,5	38,5	38,1	1,8	769
Total		5,5	17,4	22,9	35,8	38,5	2,9	1753
Nivel de instrucción	Ninguna	3,5	25,3	28,8	41,6	29,1	0,5	61
	Primaria	7,8	19,9	27,7	39,4	30,2	2,7	902
	Secundaria y más	2,7	13,4	16,1	29,9	50,4	3,6	753
Total		5,6	17,4	23	35,6	38,4	3	1716

La desnutrición crónica se inicia a partir de los seis meses de edad (9.2 por ciento) y es notablemente más alta cuando los niños tienen de 12 a 23 meses (30.9 por ciento), el daño en la talla ya se encuentra comprometido antes de cumplir los 5 años de edad (21.5 por ciento).

Por Red de Salud, la menor prevalencia se encuentra en los niños de Itenez con 8.6 por ciento y la más alta en Riberalta con 27.6 por ciento.

La desnutrición aguda tiene mayor impacto antes de cumplir los dos años de edad (2 por ciento), luego descende cuando los niños tienen 4 años de edad debido al compromiso de una talla deficitaria.

CUADRO 29. Prevalencia de desnutrición aguda según el indicador de Peso/Talla en niños menores de cinco años (-2DE) del departamento de Beni, PRICCAS 2006.

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Indicador peso/talla						Número de niños
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
	Hombre	0,2	0,8	1	7,8	77	14,3	887
	Mujer	0,4	0,8	1,2	7	76,4	15,4	866
Sexo		0,3	0,8	1,1	7,4	76,7	14,8	1753
	Riberalta	0,2	0,8	1	7	77,9	14	485
	Guayaramerin	0,2	0,7	0,9	8,5	76	14,6	446
	Mamoré	0,8	1	1,8	5,9	72,5	19,8	393
	Itenez	0,5	0,5	1	8,6	76,2	14,2	429
Total		0,3	0,8	1,1	7,4	76,7	14,8	1753
Edad en meses	6 a 11		1,3	1,3	8,3	60,5	29,8	216
	12 a 23	0,8	1,2	2	13	74,1	10,8	389
	24 a 35	0,4	0,2	0,6	7	84,6	7,7	379
	36 a 59	0,1	0,7	0,8	4,6	78,5	16,2	769
Total		0,3	0,8	1,1	7,4	76,7	14,8	1753
Nivel de instrucción	Ninguna	3		3	6,7	82,6	7,6	61
	Primaria	0,1	0,9	1	7,7	75,8	15,5	902
	Secundaria y más	0,3	0,8	1,1	7	77,2	14,7	753
Total		0,3	0,8	1,1	7,4	76,6	14,9	1716

Por Red de Salud, el mayor porcentaje de niños con desnutrición aguda se presenta en Mamoré cerca del 2 por ciento y es alrededor de 1 por ciento en las demás redes.

Al relacionar la educación de la madre y la desnutrición, no se encuentra una relación con la desnutrición global y la aguda, pero sí con la desnutrición crónica que muestra que a mayor nivel de instrucción de la madre, los niños con desnutrición crónica disminuyen. Esta situación puede responder que cuando la madre tiene un nivel más elevado de educación, las oportunidades de mejorar la economía del hogar son mayores y es menor el riesgo de situarse como hogar de mayor vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria, aunque la educación no sea el único indicador que afecte a la desnutrición crónica. No se encuentra una relación marcada con la desnutrición global y la aguda.

3.5.2. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS SEGÚN LOS INDICADORES DE PESO/EDAD, TALLA/EDAD Y PESO/TALLA (-2DE)

CUADRO 30. Prevalencia de desnutrición global en niños menores de tres años según el indicador de Peso/Edad (-2DE), del departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Indicador Peso/edad						Número de niños
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
Sexo	Hombre	2,3	7,9	10,2	30,4	53,8	5,6	505
	Mujer	1,4	6,8	8,2	30,8	53,9	7	479
Total		1,9	7,4	9,3	30,6	53,9	6,3	984
Red de salud	Riberalta	3	7,2	10,2	32,8	51,7	5,3	265
	Guayaramerín	0,4	9,2	9,6	30,4	54,6	5,4	260
	Mamoré	1	5,3	6,3	24,4	59,8	9,6	209
	Itenez	0,4	5,2	5,6	24,4	58	12	250
Total		1,9	7,4	9,3	30,6	53,9	6,3	984
Edad en meses	6 a 11	0,9	6,5	7,4	13,7	62,6	16,3	216
	12 a 23	3,1	7,9	11	35,7	49,3	4	389
	24 a 35	1,1	7,4	8,5	35	53,5	3	379
Total		1,9	7,4	9,3	30,6	53,9	6,3	984
nivel de instrucción	Ninguna	6	6	12	44,5	43,4		31
	Primaria	2,9	8,1	11	33,1	50,4	5,5	490
	Secundaria y más	0,3	7	7,3	25	59,7	8	445
Total		1,9	7,5	9,4	30,1	54,1	6,4	966

En un total de 984 niños menores de tres años, se observa que el 9.3 por ciento de estos presenta desnutrición global. El grupo de edad de mayor impacto es de 12 a 23 meses con 11 por ciento, edad en que es notorio el impacto de las enfermedades infecciosas y a una baja utilización biológica de los alimentos, que darían respuesta a esta prevalencia.

La prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de tres años es de 23.8 por ciento. Por Red de Salud, la menor se encuentra en Itenez con 9.6 por ciento y en las demás redes es alrededor del 20 por ciento.

CUADRO 31. Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de tres años según el indicador de Talla/Edad (-2DE), del departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Indicador Talla/Edad						Número de niños
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
Sexo	Hombre	5,9	18	23,9	35,9	36,7	3,4	505
	Mujer	5,5	18,2	23,7	31,2	41	4,1	479
Total		5,7	18,1	23,8	33,6	38,8	3,8	984
Red de salud	Riberalta	6,8	21,5	28,3	36,2	32,5	3	265
	Guayaramerín	4,6	16,2	20,8	32,3	44,2	2,7	260
	Mamoré	5,7	13,9	19,6	25,8	46,9	7,7	209
	Itenez	2,4	7,2	9,6	30,4	52,8	7,2	250
Total		5,7	18,1	23,8	33,6	38,8	3,8	984
Edad en meses	6 a 11	2	7,2	9,2	27,9	55,2	7,7	216
	12 a 23	7,9	23	30,9	36,2	30,9	2,1	389
	24 a 35	5,7	19,3	25	34,1	37,6	3,2	379
Total		5,7	18,1	23,8	33,6	38,8	3,8	984
nivel de instrucción	Ninguna	0,9	32	32,9	37,5	29,6		31
	Primaria	8,3	21,2	29,5	36,7	30,7	3,1	490
	Secundaria y más	3,2	13	16,2	28,2	50,5	5,1	445
Total		5,9	18,1	24	33,2	39	3,8	966

La prevalencia de desnutrición aguda en niños menores de tres años alcanza 1.3 por ciento. Por Red de Salud, es más alta en Mamoré con 2.4 por ciento, las demás se ubican alrededor del 1 por ciento.

CUADRO 32. Prevalencia de desnutrición aguda en niños menores de tres años según el indicador de Peso/Talla (-2DE), del departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Indicador Peso/talla						Número de niños
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
Sexo	Hombre	0,3	0,7	1	10,3	75,8	12,9	505
	Mujer	0,6	1	1,6	9	74,7	14,7	479
Total		0,5	0,8	1,3	9,7	75,3	13,8	984
Red de salud	Riberalta	0,4	0,8	1,2	9,1	76,2	13,6	265
	Guayaramerín	0,4	0,8	1,2	11,9	74,2	12,7	260
	Mamoré	1	1,4	2,4	7,2	73,7	16,7	209
	Itenez	0,8	0,8	1,6	9,2	74,4	14,8	250

Total		0,5	0,8	1,3	9,7	75,3	13,8	984
Edad en meses	6 a 11		1,3	1,3	8,3	60,5	29,8	216
	12 a 23	0,8	1,2	2	13	74,1	10,8	389
	24 a 35	0,4	0,2	0,6	7	84,6	7,7	379
Total		0,5	0,8	1,3	9,7	75,3	13,8	984
nivel de instrucción	Ninguna	6		6	12,1	78,8	3,1	31
	Primaria	0,2	0,6	0,8	10,8	73,8	14,6	490
	Secundaria y más	0,5	1,2	1,7	8,4	76,1	13,9	445
Total		0,5	0,9	1,4	9,8	75	13,9	966

En resumen, la Red de Salud que presenta niños con mayor desnutrición es Riberalta y la menor en Itenez. Es necesario considerar que el grupo de edad de mayor impacto son los niños menores de tres años en los tres indicadores.

CAPITULO IV

LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La lactancia materna es un alimento que provee al niño todos los nutrientes necesarios y es el alimento perfecto para el desarrollo y crecimiento hasta los 6 meses de edad, es a esta edad que la alimentación complementaria debe ser iniciada debido a que la velocidad de crecimiento es más rápida y los requerimientos son mayores, consecuentemente, se debe comenzar a introducir otros alimentos en su dieta además de la leche materna.

4.1. Inicio de la lactancia materna

Se recomienda que los niños comiencen su lactancia en forma inmediata ya que se suministra el calostro que es rico en inmunoglobulinas necesarias para su vida futura.

CUADRO 33. Inicio de la lactancia materna en mujeres de 15 a 49 años de edad, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Amamantó alguna vez	Inicio de la lactancia materna		Número de mujeres
			En la primera hora	En el primer día	
Red de salud	Riberalta	97,5	33	81,4	755
	Guayaramerín	96,4	50,1	85,5	387
	Mamoré	98,3	70,4	85,5	186
	Itenez	96,9	67	80,9	117
Total		97,3	45,2	83	1445
³⁶ Edad en años	15-19	98,5	41,1	85,9	185
	20-24	96,2	45	83,1	379
	25-29	97,8	50,5	82,6	325
	30-34	98,8	44,6	84,8	237
	35-39	96	40,5	76,1	174
	40-44	95,2	47	87,7	102
	45-49	98,8	42	80,5	44
Total		97,3	45,2	83	1445
Nivel de instrucción	Ninguna	97,9	45,1	78,9	50
	Primaria	97,8	42,3	83,6	765

³⁶ No se consideró a tres mujeres de 12 a 14 años por no ser representativas al grupo.

	Secundaria y más	96,4	48,8	82,7	611
Total		97,2	45,2	83,1	1426

De un total de 1445 respuestas, el 97.3 de las madres dio lactancia materna alguna vez. El 45.2 por ciento de las madres lo hizo dentro de la primera hora y el ³⁷83 por ciento durante el primer día de nacido. La información nacional departamental, muestra el mismo valor de las madres que alguna vez dieron de lactar con 96.7 por ciento, es mayor en la primera hora con 69.5 por ciento y durante el primer día con 87.8 por ciento, ENDSA 2003.

Por Red de Salud, el mayor porcentaje de madres que dan en la primera hora es en Mamoré con 70.4 por ciento que también presenta un porcentaje alto en el primer día con 85.6 por ciento.

Al observar la educación de la madre con el inicio de la lactancia materna, se observa que a medida que la mujer tiene más instrucción, el porcentaje que inician dentro de la primera hora y día es mayor, sin embargo esta relación no es tan marcada.

La ³⁸duración mediana de la lactancia materna es de 12 meses en madres que tienen niños menores de tres años. La ENDSA 2003, muestra una media de 18.2 meses de lactancia del departamento de Beni, mayor a la que presenta el estudio, considerando que la recomendación indica una lactancia de dos años con la finalidad disminuir el riesgo de las enfermedades infecciosas.

CUADRO 34. Duración de la lactancia materna, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Media de lactancia materna		
		Media	Mediana	
Red de salud	Riberalta	12	13	191
	Guayaramerín	11	12	124
	Mamoré	12	12	57
	Itenez	12	12	42
Total		12	12	414
Edad en años	15-19	10	11	56
	20-24	12	12	114
	25-29	13	12	89

³⁷ Incluyen los niños que comenzaron la lactancia materna dentro de la primera hora de nacido.

³⁸ El MSYD recomienda dar lactancia materna hasta los dos años de edad.

	30-34	13	12	76
	35-39	11	12	47
	40-44	11	12	23
	45-49	13	12	10
Total		12	12	414
Nivel de instrucción	Ninguna	13	13	13
	Primaria	13	13	208
	Secundaria y más	11	12	191
Total		12	12	412

No se encuentran diferencias de importancia por Red de Salud, sin embargo en Guayaramerín es algo menor (11 meses). Por edad, a partir de los 19 años la duración de la lactancia tiende a incrementarse hasta los 39 años que comienza a declinar.

Respecto al nivel de instrucción de la madre, tiende a disminuir la duración de la lactancia cuando la mujer tiene mayor nivel de educación. Esta situación puede responder a que cuando la mujer tiene mayor preparación, le significa una mejor oportunidad laboral y por consiguiente, la lactancia se ve limitada en el hogar.

4.2. INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y FRECUENCIA DE ALIMENTACIÓN

De acuerdo a los resultados del estudio, la media de edad de inicio de la alimentación complementaria es de 6 meses de edad del niño.

CUADRO 35. Frecuencia de la alimentación en niños menores de tres años, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Inicio de la lactancia materna			Número de mujeres
		Temprana	Según norma nacional	Tardía	
Red de salud	Riberalta	36,2	35,2	28,6	407
	Guayaramerín	37,3	43,3	19,4	233
	Mamoré	33,5	38,5	28	101
	Itenez	36,7	41,4	21,9	67
Total		36,2	38,4	25,4	809
	15-19	41,2	34,1	24,6	145
	20-24	31,9	40,7	27,3	223
	25-29	36,1	39,3	24,6	172

	30-34	35	38,7	26,3	137
	35-39	39	32,2	28,8	82
	40-44	34,8	51,8	13,4	35
	45-49	47	36,8	16,2	15
Total		36,2	38,4	25,4	809

En un total de 809 respuestas, el 36.4 por ciento de los niños comienza la alimentación complementaria en forma temprana, el 38.2 por ciento de acuerdo a la norma nacional y el 25.3 por ciento en forma tardía, es decir que más del 60 por ciento se encuentra fuera de la norma.

Por Red de Salud, Riberalta (65 por ciento) y Mamoré (62 por ciento) presentan los mayores porcentajes de mujeres que comienzan en forma tardía o muy temprana, en relación a las demás redes que se encuentran alrededor del 57 por ciento. Es muy importante que se imparta a las madres temas de salud y nutrición, ya que según los resultados del presente estudio el porcentaje de niños que comienza fuera de lo recomendado (6 meses) es alto, y es posible que de respuesta a las altas prevalencias de desnutrición y anemia que presentan estos niños.

Por edad de la madre, no se encuentran diferencias de importancia con el inicio de la alimentación en forma temprana, aunque algunas madres alimentan a sus niños en forma tardía, cuando son mayores.

CAPITULO V

ANEMIA

Uno de los principales problemas de salud pública es la anemia nutricional en mujeres en edad fértil, embarazadas y en niños menores de cinco años que son los grupos de mayor vulnerabilidad. La información nacional estima que el 33 por ciento de las mujeres en edad fértil tienen anemia, en embarazadas el 37 por ciento y en niños menores de cinco años el 51 por ciento. En el departamento de Beni, la anemia total en niños menores de cinco años es de 45.6 por ciento y por tipo de anemia, la leve y moderada presentan alrededor del 20 por ciento.

5.1. Puntos de corte utilizados para la determinación de la anemia

Para el presente estudio, se definieron los ³⁹puntos de corte ajustados a la altura para determinar la anemia en mujeres de 15 a 49 años de edad fértil y para los niños menores de cinco años que viven en el departamento de Beni.

CUADRO 36. Puntos de Corte para mujeres ⁴⁰MEF y embarazadas

Puntos de Corte	Mujeres MEF g/dl	Embarazadas g/dl
Anemia severa	<7	
Anemia moderada	7.0 a 9.9	
Anemia leve	10.0 a 11.9	10.0 a 10.9

³⁹ CDC, 1998. Recommendations to Prevent and Control Iron Deficiency in the United State. Morbidity and Mortality, Weekle Report, 47 (RR-3): 1-29.

⁴⁰ MEF= Mujeres en edad fértil.

CUADRO 37. Puntos de Corte para niños menores de cinco años

Edad en meses	Leve g/dl	Moderada g/dl	Severa g/dl
0 a 3	8.9	6.9	4.9
3 a 6	10.4	8.4	5.4
7 a 23	10.9	8.9	5.9
24 y más	11.4	9.4	6.4

La anemia se define como una reducción del volumen de eritrocitos o la concentración de hemoglobina en una muestra de sangre comparada con cifras similares en una población de referencia.

5.2. Anemia en mujeres embarazadas y edad fértil (MEF)

En un ⁴¹total de 168 mujeres embarazadas del departamento de Beni, el 44.9 por ciento de ellas presentó algún grado de anemia. La anemia leve y moderada, son más bajas con 24.9 y 20 por ciento, no se encuentran embarazadas con anemia severa. La información nacional muestra una prevalencia de anemia total de 37 por ciento, la leve de 17.7 por ciento, la moderada de 18.8 por ciento y la severa de 0.5 por ciento ENDSA 2003.

CUADRO 38. Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas y MEF del departamento del Beni según tipo de anemia, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Anemia en mujeres de 15 a 49 años					Número de mujeres
		Leve	Moderada	Severa	Total anemia	Normal	Recuento
Actualmente esta embarazada	Si	24,9	20		44,9	55,1	168
	No	30,3	6,9	1	38,2	61,8	1258
Total		29,7	8,4	0,9	39	61	1426
Red de salud	Riberalta	32,2	10,8	1,4	44,4	55,6	755
	Guayaramerín	29,6	6,4		36	64	387
	Mamoré	20,8	4,3	0,3	25,4	74,6	170
	Itenez	26	5,5	1,4	32,9	67,1	113
Total		29,7	8,4	0,9	39	61	1426

⁴¹ No se consideró a tres mujeres en el grupo de 12-14.

⁴² Edad en años	15-19	36,6	9,2	0,2	46	53,9	181
	20-24	26,8	7,8	1,1	35,7	64,2	373
	25-29	24	9,5	0,7	34,2	65,8	322
	30-34	31,1	7,4	1,2	39,7	60,3	234
	35-39	34,5	8,9	0,7	44,1	55,9	173
	40-44	34,4	9,2	2,1	45,7	54,3	101
	45-49	28,1	3,8		31,9	68,1	42
Total		29,7	8,4	0,9	39	61	1426
Nivel de instrucción	Ninguna	41,5	18,8	4,8	65,1	34,8	50
	Primaria	30,9	9,1	0,6	40,6	59,4	758
	Secundaria y más	27,8	6,8	0,9	35,5	64,5	598
Total		29,7	8,4	0,9	39	61	1426

De un total de 1702 mujeres en edad fértil, el 39% presenta algún grado de anemia. Por tipo de anemia, la leve es de 29.7 por ciento, la moderada 6.6 por ciento y la severa 0.3 por ciento. La información nacional departamental muestra el 30.8 por ciento de anemia total, 23.9 por ciento la leve, 8.4 por ciento la moderada y 0.3 por ciento la severa, menor a la prevalencia total y por tipo de anemia que presentan las mujeres del estudio, ENDSA 2003.

Por Red de Salud, la prevalencia de anemia total es más alta en las mujeres de Riberalta con 44.4% y la más baja se encuentra en Mamoré con 25.4 por ciento.

Por grupos de edad, es más alta cuando la mujer tiene 15 a 19 años y también a partir de los 35 años de edad, alrededor del 45 por ciento.

Al considerar el nivel de educación de la mujer, la prevalencia con anemia total disminuye a medida que el nivel de instrucción es más elevado.

5.3. Anemia en niños menores de cinco años

De un total de 1360 niños, la prevalencia de anemia total en niños menores de cinco años es de 68 por ciento.

⁴² No se consideró a tres mujeres en el grupo de 12-14 por no ser representativo.

CUADRO 38. Prevalencia de anemia en niños menores de cinco años, según tipo de anemia, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Sexo/red de salud/edad/nivel de instrucción		Leve	Moderada	Severa	Total anemia	Normal	Número de niños
Sexo	Hombre	48,1	20,1	0,4	68,6	31,5	685
	Mujer	54,4	12,6	0,5	67,5	32,5	675
Total		51,2	16,4	0,4	68	32	1360
Red de salud	Riberalta	54	18,9	0,6	73,5	26,5	711
	Guayaramerín	51,4	14,1		65,5	34,5	383
	Mamoré	41,5	12,7	0,3	54,5	45,4	160
	Itenez	46,9	13,2	0,9	61	39	107
Total		51,2	16,4	0,4	68	32	1360
Edad en meses	6-11	62,8	21,1	0,5	84,4	15,7	179
	12-23	55,8	27,9	0,7	84,4	15,6	309
	24-35	53,7	18,9	0,7	73,3	26,6	288
	36-47	45,2	8,6	0,2	54	45,9	275
	48-59	43	6,8		49,8	50,2	310
Total		51,2	16,4	0,4	68	32	1360
Nivel de educación	Ninguna	45,3	13,8	4,2	63,3	36,7	50
	Primaria	53,4	17,2	0,4	71	29,1	716
	Secundaria y más	49,2	15,2	0,1	64,5	35,4	573
Total		51,3	16,2	0,4	67,9	32,1	1340

Por tipo de anemia, la leve es más alta con 51.2 por ciento y menor en la moderada con 16.4 ciento y la severa con 0.4 por ciento. La información nacional departamental muestra una prevalencia menor de la anemia total (45.6 por ciento) que los niños del estudio. Por tipo de anemia, la leve (23.3 por ciento) es mayor en los niños del estudio y menor, la moderada (21.1 por ciento) y severa (1.3 por ciento) ENDSA 2003.

La anemia total afecta más a los niños cuando tienen menos de dos años alrededor del 80 por ciento y va disminuyendo cerca del 50 por ciento antes de cumplir los 5 años de edad.

Por Red de Salud, los niños de Riberalta presentan la mayor prevalencia total con 73.5 por ciento en relación a Mamoré que es menor, con 54.5 por ciento. No se observan diferencias de importancia en la anemia leve, sin embargo la red de salud de Mamoré presenta una prevalencia algo más baja con 41.5 por ciento.

Si se relaciona la información de los niños que presentan anemia y las coberturas de suplementación con sulfato ferroso, se observa que la cobertura es menor en Riberalta donde precisamente la prevalencia es mayor de anemia en esta red.

CAPITULO VI

FORTIFICACIÓN DE LA SAL

En el país, otra de las deficiencias de importancia es la de yodo en la alimentación. La deficiencia de yodo puede causar daño irreversible en el organismo, principalmente en período de la gestación del niño y en la niñez.

Hasta el año 1994 se logró disminuir la prevalencia de bocio en el país de 65 por ciento a 4.5 por ciento en escolares (MSPYPS). Desde el año 1994 el 81 por ciento de los hogares consumía sal yodada. En 1996, la MICS (Encuesta de Múltiples Indicadores) reportó un incremento al 91 por ciento y en la ENDSA 1998 se mantuvieron estos valores; en el año 2003, el 86.4 por ciento de los hogares consumía sal en bolsa y el 95.2 por ciento de la sal contenía yodo ENDSA 2003.

Para prevenir los Desórdenes por Deficiencia de Yodo, como norma del Ministerio de Salud se debe fortificar toda sal que es destinada para el consumo.

6.1. Utilización y determinación de yodo en sal

Para la determinación de sal con yodo, se utilizó la prueba cualitativa a través de una muestra de sal en cada hogar visitado. Los resultados del estudio muestra que el 99.6 por ciento de los hogares utiliza sal en bolsa, el 93.4 por ciento de esta sal se encuentra yodada. Por red de salud, no se encuentran diferencias de importancia.

CUADRO 39. Porcentaje de hogares según tipo de sal y presencia de yodo, del departamento del Beni, PRICCAS 2006

Red de salud/nivel de instrucción		Sal utilizada en los hogares				Sal en bolsa	Número de Hogares
		Sal en bolsas	Sal en bloque	Ninguna sal	Otro	Resultados de la prueba	
Red de salud	Riberalta	100				96.1	694
	Guayaramerín	99.4		0.6		97.3	359
	Mamoré	100				83.2	174
	Itenez	97.1	0.3	1.3	1.3	95.1	103
Total		99,6	0	0,3	0,1	94.6	1329

CAPÍTULO VII

OTROS ASPECTOS DE LA SALUD:

CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

En la PRICCAS 2006, además de los temas tratados en los capítulos precedentes, se ha recolectado información sobre otros temas que se consideran importantes, los cuales se analizan en el presente capítulo.

7.1. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

El SIDA constituye una de las enfermedades de mayor interés para los responsables de la salud pública. El SIDA conforma una pandemia que amenaza a todos los países del mundo por su rápido incremento, alta letalidad y falta de medios eficaces de prevención y tratamiento. La enfermedad afecta especialmente a la población económicamente activa, conduce a la desintegración familiar y a la marginalidad y estigmatiza a las personas afectadas.

Bolivia no está exenta del SIDA, sin embargo se visualiza al SIDA como un "problema de otros". La transmisión está relacionada con la desigualdad en las relaciones sociales y sexuales entre hombres y mujeres, con la deficiente educación sexual, con el comportamiento de la población, con los valores, creencias, tabúes y prácticas, con los patrones de cultura patriarcal y machista, con la falta de involucramiento, con la ignorancia, subvaloración y concepción errónea de que el SIDA es propio de otros países y personas. Todos estos son factores aliados para la expansión de esta enfermedad, principalmente en grupos vulnerables como las mujeres, los adolescentes y jóvenes.

La transmisión sexual, sumada al patrón de transmisión heterosexual, traerá al país gran impacto social, debido a que la mujer corre mayor riesgo de infección, por lo cual nacerán más niños infectados, se elevará la mortalidad materno/infantil, aumentarán los niños huérfanos y el de ancianos abandonados por la muerte de las mujeres y la desintegración familiar.

La magnitud del problema, la rápida propagación del VIH/SIDA y la no existencia de cura para la enfermedad, confirman la importancia de monitorear el conocimiento de la población sobre el problema, la percepción de los riesgos y formas de transmisión y prevención.

Por las razones indicadas, en la encuesta Línea de Base PRICCAS 2006 se incluyó una sección para indagar sobre el conocimiento general de las mujeres acerca del SIDA, qué debe hacerse para evitar contraer el SIDA, si una persona puede tener la enfermedad aunque parezca saludable y si cree que el SIDA es una enfermedad mortal o no y si puede ser transmitido de la madre al niño durante el embarazo, parto o lactancia.

7.1.1. Conocimiento de SIDA

CUADRO 40. Distribución porcentual de mujeres que conocen el SIDA, según características seleccionadas. Departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Conoce o sabe lo que es el SIDA			Total
		Si	No	No sabe	
Red de salud	Riberalta	92,9	4,1	3	558
	Guayaramerín	90	9,4	0,7	323
	Mamoré	56,5	43,5		164
	Itenez	50	47,1	2,9	90
Total		83,4	14,7	1,9	1135
Edad	15-19	78,1	20,1	1,8	133
	20-24	84,1	13,2	2,7	314
	25-29	85,3	12,8	2	263
	30-34	84,6	14,1	1,3	187
	35-39	85,7	14,3		124
	40-44	84,1	15,1	0,8	82
	45-49	65,4	27,2	7,4	33
Total		83,4	14,7	1,9	1135
Nivel de Instrucción	Ninguna	80,1	13,2	6,7	31
	Primaria	77,5	19,9	2,5	533
	Secundaria y más	89,2	9,7	1,1	555
Total		83,4	14,7	1,9	1135

En Beni, 83,4 por ciento de las mujeres en edad fértil ha escuchado hablar, conoce o sabe sobre el SIDA. Según la ENDSA 2003, en Bolivia⁴³ el 35,3 por ciento de mujeres han oído hablar de esta enfermedad.

Existen importantes diferencias según red de salud y nivel de instrucción. El mayor porcentaje de conocedoras se da entre las mujeres de mayor nivel educativo (89,2 por ciento), luego en los municipios de la red de salud de Riberalta (92,9 por ciento). Los menores porcentajes de conocedoras de esta enfermedad se

⁴³ Dato del área rural

presentan en las mujeres que viven en los municipios de Itenez (50 por ciento) y Mamoré (56,5 por ciento).

7.1.2. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA EVITAR EL SIDA

A las entrevistadas que manifestaron saber lo que es el SIDA, se les preguntó que puede hacer una persona para evitar contraer el SIDA. Se admitían todas las respuestas de las mujeres entrevistadas y se sondeaba por otras formas. Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

En Beni, el 89 por ciento de las mujeres entrevistadas piensan que si se puede hacer algo para evitar contraer el SIDA. Alrededor del 81,6 por ciento de mujeres consideran que usar condones se constituyéndose en la principal forma de protección contra el SIDA en el área de investigación, le sigue en importancia con 55,6 por ciento el sexo con una sola pareja.

CUADRO 41. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de evitar contraer el SIDA, según características seleccionadas. Departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Mujeres que piensan que hay algo que una persona pueda hacer para contraer el SIDA	Total	Usar condones	Tener sexo con una sola pareja/serle fiel a su pareja	Evitar picaduras de mosquito	Evitar compartir platos, cubiertos y utensilios con personas enfermas	Puede una persona contraer el virus del SIDA por picadura de mosquito	P97. ¿Puede una persona contraer el virus del SIDA compartiendo alimentos	Total
Red de salud	Riberalta	89,1	518	79,1	60,5	4,5	4,5	35,5	31,1	518
	Guayaramerín	92,2	291	87,9	61,3	4,8	2,4	36,7	42,7	291
	Mamoré	80,3	93	75,4	12,7		2,1	47,8	35,8	93
	Itenez	82,5	45	80,5	33,6		3,5	55,1	33,3	45
Total		88,9	947	81,6	55,3	4	3,6	38	35,3	947
Edad	15-19	90,3	104	82,7	61,7		1,7	31,5	30,8	104
	20-24	86,1	264	87,6	50,3	4,7	3,5	32	36	264
	25-29	88,9	224	82,7	61	4,8	2,3	34,9	33	224
	30-34	94,7	158	81,9	55,3	5	5,3	46,4	31,4	158
	35-39	92,1	106	80,3	53,1	3,3	5,7	46,5	41,1	106
	40-44	81,5	69	59,1	53,7	3,8	4,7	40,9	42,4	69
	45-49	79,8	21	64	39,5	6,3		62,8	47,9	21
Total		88,9	947	81,6	55,3	4	3,6	38	35,3	947
Nivel de Instrucción	Ninguna	63,2	25	73,4	60,1	6,8	13,2	72,6	64,2	25
	Primaria	84,8	413	77,1	54,5	2,7	5,5	41	44,2	413

	Secundaria y más	93,9	495	85,3	56,3	4,8	1,8	33,6	26,3	495
Total		88,9	947	81,6	55,3	4	3,6	38	35,3	947

No existen diferencias significativas en el porcentaje de conocedoras de formas de prevenir el SIDA, según nivel instrucción. Llama la atención que entre las mujeres que fueron entrevistadas sin ningún nivel de instrucción el 50 por ciento respondieron que no se puede hacer nada para evitar contraer el sida y el otro 50 por ciento no saben.

Por edad, las mujeres en general reconocen el uso del condón como la forma más importante de prevenir el SIDA.

7.1.3. CONOCIMIENTO DE LA TRANSMISIÓN DE LA MADRE AL HIJO O PERINATAL

Para investigar el conocimiento de la transmisión de madre a hijo o perinatal, se formuló, a las mujeres, una pregunta general sobre la posibilidad de que una madre infectada transmitiera el SIDA a su hijo y las tres preguntas específicas e independientes sobre si esa transmisión ocurría durante el embarazo, el parto o la lactancia.

CUADRO 42. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de evitar contraer el SIDA, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Mujeres que creen que puede ser transmitido el virus del SIDA de una madre al niño	Durante el embarazo	Durante el parto	Durante la lactancia	Total
Red de salud	Riberalta	82,2	90,1	67,5	62,6	518
	Guayaramerín	85,4	95,2	64,6	74,2	290
	Mamoré	89,9	97,5	84,3	84,3	93
	Itenez	79,4	98,1	87,9	79,6	45
Total		83,8	92,8	69,2	69,2	945
Edad	15-19	77,3	89,5	62,5	63,8	104
	20-24	83,6	91,7	67,1	67,2	263
	25-29	83,3	93,2	70,6	70,9	224
	30-34	91,1	92,8	73,3	70,4	158
	35-39	83,1	95,8	73,2	72,8	106
	40-44	76,2	96	62,6	66,8	69
	45-49	97,6	94,8	75,5	78,3	21

Total		83,8	92,8	69,2	69,2	945
Nivel de instrucción	Ninguna	85,3	100	55,7	70,6	25
	Primaria	81,4	92,1	75,9	72,7	412
	Secundaria y más	86,4	93	64,4	65,9	495
Total		84,2	92,8	69,1	69	932

7.1.3.1. Transmisión de la madre al hijo durante el embarazo

El 92,8 por ciento de las mujeres de Beni consideran que el VIH/SIDA puede ser transmitido de la madre al hijo durante el embarazo. No se encuentran importantes diferencias entre redes de salud.

Casi como en todos los indicadores considerados, las diferencias más importantes se dan por edad y nivel educativo. Sin embargo en el Beni no se da esta situación. El conocimiento adecuado, que el VIH/SIDA puede ser transmitido de madre a hijo durante el embarazo, es casi universal entre las mujeres sin diferencia de edad ni nivel de instrucción.

7.1.3.2. Transmisión de la madre al hijo durante el Parto

De las tres posibilidades de transmisión, durante el embarazo, el parto o la lactancia, la primera es la más conocida por las mujeres benianas, sin embargo también el 69,2 por ciento de las entrevistadas respondieron afirmativamente la posibilidad de transmitir el SIDA de la madre al hijo durante el parto.

La proporción de mujeres de los municipios de las redes de salud de Riberalta y Guayara que reconocen en menor proporción la transmisión del SIDA de la madre al hijo durante el parto.

7.1.3.2. Transmisión de la madre al hijo durante la lactancia

Este conocimiento es menos difundido entre las mujeres residentes en el departamento de Beni, así como entre las personas sin educación de ambos sexos.

7.2. MALARIA

La malaria⁴⁴ es una enfermedad producida por hemoparásitos del genero *Plasmodio*, especies *P. falciparum*, agente que produce la forma más grave, *P. vivax*, *P. malariae* y *P. ovale*, no descrito en América. En algunas zonas endémicas no son raras las infecciones mixtas. El humano es el único reservorio conocido de esta enfermedad.

⁴⁴ Prevención, Erradicación y control de enfermedades transmisibles. OPS/OMS

Puede comenzar con malestar indefinido y fiebre, que aumenta poco a poco en un lapso de varios días, seguida por escalofríos fuertes y aumento rápido de la temperatura, que por lo regular se acompañan de cefalalgia y náusea y culmina con sudores profusos. Después de un lapso sin fiebre se repite el ciclo de escalofríos, fiebre y sudores todos los días, en días alternos o cada tercer día.

Desde tiempos inmemoriales ha sido una de las enfermedades que más ha gravitado sobre la salud, historiadores sostienen que la decadencia de Egipto, Grecia y Roma se debió a que la malaria diezmo a los ejércitos y poblaciones. Se discute si la enfermedad existió en la América precolombina o si llegó con los conquistadores. Como en otras latitudes, ha constituido un azote para la salud y la economía de los bolivianos. La existencia de la malaria en Bolivia se caracteriza porque hay diferencias marcadas dadas por factores ecológicos y patrones culturales.

Inicialmente los métodos usados en la lucha contra la malaria consistieron en la eliminación de charcas en las orillas de los ríos y acequias, en el tratamiento de los criaderos de larvas con arseniato de cobre disuelto y petróleo, y en la fumigación regular y periódica de las casas.

La otra contribución importante para las acciones de control fue el mejor conocimiento de los hábitos de vida del *Anopheles*, que antes y después de picar al hombre, reposa generalmente sobre las paredes interiores de la casa. El rociado de paredes con un insecticida de efecto residual, una o dos veces al año, era suficiente para exterminar los mosquitos infectados antes de que terminaran el período de incubación intravectorial que los convierte en infectantes.

No cabe duda que la introducción del uso del DDT en el combate contra la malaria cambió radicalmente la estrategia de lucha, pues detuvo la ampliación de las costosas obras de drenaje y de las operaciones de destrucción de larvas y permitió controlar la enfermedad en muchas zonas agrícolas, incluso en lugares donde el aislamiento de las viviendas no permitía el empleo de otros métodos de control.

La estrategia nacional⁴⁵ para combatir la malaria se basa en: descentralización, participación comunitaria, acceso a grupos especiales de riesgo, coordinación entre sectores, gestión integral y actividades conjuntas en áreas de interés epidemiológico

45

común. El Plan para el Control de la Malaria tiene la meta de “reducir la morbilidad, y prevenir la mortalidad causada por la malaria en Bolivia mediante el mejoramiento progresivo y el fortalecimiento de la capacidad local, regional y nacional”.

Los Departamentos de Pando, Beni y Santa Cruz en la Amazonía boliviana, en la frontera con el Brasil, son una prioridad. Esta región es responsable de 50% de todos los casos de malaria notificados y 99% de casos por *P. falciparum*.

7.2.1. CONOCIMIENTO DE LA MALARIA

A las entrevistadas que manifestaron saber lo que es la Malaria, se les preguntó cómo cree que se transmite, que puede hacer una persona para combatirla y a través de que fuente se informó sobre esta enfermedad. Se admitían todas las respuestas de las mujeres entrevistadas y se sondeaba por otras formas. Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

En Beni, al ser una zona endémica, el 95,2 por ciento ha escuchado hablar sobre la malaria y el 93,4 por ciento sabe lo que es esta enfermedad.

CUADRO 43. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de la malaria según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Mujeres que han oído hablar de la malaria	Total	Mujeres que saben lo que es la malaria	Total
Red de salud	Riberalta	97,2	757	97,2	736
	Guayaramerín	98,6	387	97,7	382
	Mamoré	85,8	187	80,8	161
	Itenez	85,7	117	69,6	100
Total		95,2	1448	93,4	1379
Edad	12-14	83,4	3	80,1	3
	15-19	92,1	184	91,6	170
	20-24	97,3	379	93,5	368
	25-29	96,2	325	92,3	313
	30-34	94,6	237	94	224
	35-39	93,1	174	96,9	162
	40-44	97,5	102	96,3	99
	45-49	89,7	44	85,6	39
Total		95,2	1448	93,4	1379
Nivel de Instrucción	Ninguna	96,6	50	90,1	49

	Primaria	93,8	765	92,5	717
	Secundaria y más	96,9	611	94,9	592
Total		95,2	1426	93,4	1358

Existen importantes diferencias según red de salud y nivel de instrucción. El mayor porcentaje de conocedoras con muy pocas diferencias se da entre las mujeres de mayor nivel educativo (94,9 por ciento), luego en los municipios de la red de salud de Riberalta y Guayará con cerca del 98 por ciento. Los menores porcentajes de conocedoras de esta enfermedad se presentan en las mujeres que viven en los municipios de Itenez con 69,6 por ciento.

7.2.2. FUENTES DE CONOCIMIENTO DE LA MALARIA

CUADRO 44. Distribución porcentual de mujeres por fuente de conocimiento, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Fuentes de conocimiento							Otro
		Por su vecino	En las reuniones	Por el personal de salud	De los profesores	Por sus hijos	. En su Junta Vecinal o Sindicato	Radio/Televisión	
Red de salud	Riberalta	36,1	49,6	90	42,8	7,3	39	95,3	12,6
	Guayaramerín	21,4	41,7	85,5	30,7	4,3	34,8	93,6	11,9
	Mamoré	27,3	34,9	83,1	27,3	8,8	20,9	65,9	11,2
	Itenez	45,1	47,4	88,3	41,3	7	32,4	82,6	7,5
Total		31,4	45,7	87,9	37,7	6,6	35,6	91,2	12
Edad	15-19	34	52,9	92	44,6	2,4	31,9	94,8	14
	20-24	32,1	39	85,8	35,6	2,5	32,5	91,8	12,4
	25-29	28,5	43,5	86,9	33,8	5,1	35,1	93	10,1
	30-34	36,5	52,6	87,1	41,3	10,6	42,6	90,8	12,9
	35-39	30,4	45,9	91,6	33,5	9,5	34,8	87,3	11,5
	40-44	25,7	44,5	87,8	44,2	14,1	38	86,9	13
	45-49	28,8	55,7	87,2	39,7	21,7	44,3	90,4	9,9
Total		31,4	45,7	87,9	37,7	6,6	35,6	91,2	12
Nivel de instrucción	Ninguna	11,6	35,7	87,2	27,3	17,5	14,2	90,8	24,2
	Primaria	34,7	48,8	87,8	40,5	6,7	36,6	91,1	10,2
	Secundaria y más	29,3	42,7	88,2	35	5,9	36,3	91,8	13,2
Total		31,5	45,7	88	37,6	6,7	35,7	91,4	12

En general, la televisión, la radio y el periódico son los medios o fuentes principales de conocimiento con el 91,4 por ciento. El 88 por ciento de las mujeres reportaron conocer esta enfermedad por el personal de salud.

Otras fuentes de conocimiento reportados fueron en las reuniones (45,7 por ciento), a través de juntas vecinales (35,7), los profesores (37,6), también han tenido importancia, aunque en menor proporción.

7.2.3. Conocimiento de formas de transmisión de la Malaria

CUADRO 45. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de transmisión según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Formas de transmisión			
		Por bañarse en los ríos	De una persona enferma a otra	Por la picadura de un mosquito	Otro
Red de salud	Riberalta	30,2	54	99,7	5,6
	Guayaramerín	13,9	22,6	98,8	1,7
	Mamoré	38,2	32,9	98,8	3,2
	Itenez	27,7	42,7	99,5	
Total		26,2	42,2	99,4	3,9
Edad	15-19	29,2	47,1	99,7	4,4
	20-24	26,6	40	99,6	3,1
	25-29	22,2	38,7	98,9	5,1
	30-34	29,9	45,8	99,8	4,5
	35-39	22,2	42,7	99,7	2,7
	40-44	28,3	37,7	97,7	4,4
	45-49	25,3	54,4	100	1,5
Total		26,2	42,2	99,4	3,9
Nivel de Instrucción	Ninguna	29,4	47,5	100	4,8
	Primaria	28,2	46,5	99,2	3,5
	Secundaria y más	23,2	36,4	99,5	4,5
Total		26,2	42,2	99,4	3,9

De las posibilidades de transmisión que fueron preguntadas a las entrevistadas, la picadura del mosquito es la más conocida por las mujeres benianas, pues el 99,3 por ciento respondieron afirmativamente a esta posibilidad. No existiendo diferencias entre las mujeres con educación superior frente a las mujeres sin educación.

El 42,1 por ciento de las entrevistadas respondieron que la malaria puede ser transmitida de una persona enferma a otra y el 26,1 por ciento puede ser transmitida por bañarse en los ríos.

7.2.4. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA COMBATIR LA MALARIA

Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

CUADRO 46. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de combatir la malaria, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Formas de combatir			
		Fumigando las casas	Tomando pastillas	Protegiéndose de los mosquitos	De otra manera
Red de salud	Riberalta	96,8	78,9	99,7	16,4
	Guayaramerín	89,6	50,1	99,1	26,4
	Mamoré	89,6	58,2	92	4,8
	Itenez	98,1	71,4	98,6	1,9
Total		94	68,1	98,7	17,3
Edad	15-19	89,6	68	97,3	16,6
	20-24	93,2	65,5	98,8	13,8
	25-29	93,4	71,8	99,5	17,5
	30-34	97,1	73,6	99,1	20,9
	35-39	96,9	65,7	98,6	19,4
	40-44	92,9	58,4	98,3	17,6
	45-49	98,5	64,3	95,9	23,6
Total		94	68,1	98,7	17,3
Nivel de Instrucción	Ninguna	88	80,4	100	22,9
	Primaria	94,4	71,5	98,9	15,2
	Secundaria y más	94,3	62,7	98,7	19,8
Total		94,1	67,9	98,8	17,5

En Beni, el 98,7 por ciento de las mujeres entrevistadas piensan que se combatir la malaria protegiéndose de los mosquitos y el 94 por ciento fumigando las viviendas. No existen importantes diferencias según red de salud.

7.3. DENGUE

Clínicamente, el dengue se reconoce desde hace más de 200 años y cerca de dos tercios de la población mundial vive en zonas infestadas con vectores de dengue¹. El dengue es endémico y epidémico en zonas tropicales de América, África y Asia, donde el vector principal *Aedes aegypti* está presente continuamente⁴⁶.

El dengue clásico, junto con sus formas más graves, el dengue hemorrágico y el síndrome de choque del dengue, es un grave problema de salud en muchas partes de las Américas y puede afectar negativamente las economías nacionales de la región. Las epidemias originan grandes costos de hospitalización, asistencia a enfermos y campañas de emergencia para el control de los vectores.

Los factores responsables del resurgimiento del dengue como un problema de salud pública son complejos y se encuentran estrechamente asociados a cambios sociales y demográficos en los últimos cincuenta años. El crecimiento sin precedente de la población global, asociada a la urbanización no planificada y descontrolada especialmente en países tropicales en desarrollo (viviendas precarias, hacinamiento, deterioro en los sistemas de suministros de agua, red cloacal y tratamiento de desperdicios), ha creado las condiciones ideales para el incremento de enfermedades transmitidas por mosquitos. Otro factor preponderante es la ausencia de un control efectivo del mosquito en áreas donde el dengue es endémico; el rociado con insecticidas para combatir los mosquitos adultos no ha sido efectivo y, al contrario, ha dado una sensación de falsa seguridad. Adicionalmente la densidad de la población de mosquitos ha aumentado en áreas urbanas tropicales debido al crecimiento de hábitat para la larva del mosquito en el medio ambiente doméstico.

Otras causas son el movimiento constante del virus en humanos infectados, cambios en la política de salud pública que pone énfasis en responder a las epidemias con alta tecnología dirigida al control del mosquito más que a prevenir las epidemias con medidas de saneamiento ambiental para reducir la población de mosquitos eliminando su hábitat o actuando sobre estadios inmaduros del vector, el único método que ha demostrado ser efectivo.

Actualmente existe consenso de que mientras no haya vacunas ni tratamiento específico contra el dengue, medidas sencillas de saneamiento ambiental pueden

⁴⁶ Prevención, erradicación y control de enfermedades transmisibles. OPS/OMS

eliminar los criaderos de los mosquitos. Tales medidas se asocian con prácticas específicas de saneamiento doméstico que traducen los conocimientos que la comunidad posee respecto a la prevención del dengue.

7.3.1. CONOCIMIENTO DEL DENGUE

Las entrevistadas que manifestaron saber lo que es el dengue, se les preguntó cómo cree que se transmite, que puede hacer una persona para combatirla y a través de que fuente se informó sobre esta enfermedad. Se admitían todas las respuestas de las mujeres entrevistadas y se sondeaba por otras formas. Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

CUADRO 47. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de dengue según características seleccionadas. Departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Mujeres que han oído hablar del dengue		Mujeres que saben lo que es el dengue
Red de salud	Riberalta	89,8	680	86,7
	Guayaramerín	83,5	323	78,3
	Mamoré	71,6	134	67,3
	Itenez	73,4	86	47,3
Total		84,4	1223	79,6
Edad	15-19	76,9	142	81,4
	20-24	88,9	337	78,3
	25-29	85,2	277	78,2
	30-34	84,1	199	79,2
	35-39	83,8	146	80,2
	40-44	86,2	88	85,7
	45-49	77,9	34	80,2
Total		84,4	1223	79,6
Nivel de Instrucción	Ninguna	73,8	37	73,7
	Primaria	82,6	632	77,3
	Secundaria y más	87,9	537	82,6
Total		84,4	1223	79,6

En Beni, de 1206 mujeres que respondieron que han oído hablar sobre el dengue, el 79,5 por ciento sabe lo que es esta enfermedad.

En la red de Itenez, apenas el 47,3 por ciento sabe lo que es el dengue, en el resto de las redes de salud no hay diferencias importantes y nivel de instrucción. El mayor porcentaje de conocedoras se da entre las mujeres de mayor nivel educativo (82,6 por ciento). Los menores porcentajes de conocedoras de esta enfermedad se presentan en las mujeres sin ningún nivel de instrucción.

7.3.2. FUENTES DE CONOCIMIENTO DEL DENGUE EN BENI

CUADRO 48. Distribución porcentual de mujeres según fuentes de conocimiento según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Fuentes de conocimiento							
		Por su vecino	En las reuniones	Por el personal de salud	De los profesores	.Por sus hijos	En su Junta Vecinal o Sindicato	Radio/Televisión	Otro
Red de salud	Riberalta	35,9	49,8	91,5	40,9	7,1	40,6	95	13,5
	Guayaramerín	26,1	42,3	80,3	30,3	2,6	32,5	91,9	3,4
	Mamoré	24,3	28,9	81,5	24,9	7,5	17,9	69,9	5,8
	Itenez	43,9	48	91,9	39,8	7,3	37,4	89,4	0,8
Total		32,6	45,9	87,7	36,6	6	36,2	91,6	9,7
Edad	15-19	27,5	56	87,7	43,1	1,4	40	92,7	15,3
	20-24	37,1	32,5	88,2	30,5	1,5	33,2	92,3	10,4
	25-29	28,9	45,3	86,8	37,7	3,4	32,4	94,6	7,8
	30-34	33,5	52,8	88,2	37,6	6,8	45,8	86,9	8,7
	35-39	39,4	55,2	88	38,1	13,3	34,9	91,8	11,4
	40-44	23,6	43,5	85,2	41,8	15,1	30,6	87,5	6,9
	45-49	31,7	63	91,8	34,2	27,3	46	95,7	
Total		32,6	45,9	87,7	36,6	6	36,2	91,6	9,7
Nivel de instrucción	Ninguna	11,5	42,3	100	31	13,5	11	94,9	15,3
	Primaria	38,8	51,3	87,6	41	6,9	39,2	91,8	7,6
	Secundaria y más	27,4	40,7	87,5	32	4,7	34,9	91,5	11,3
Total		32,7	46,1	87,9	36,6	6,1	36,4	91,7	9,6

En general, la televisión, la radio y el periódico son los medios o fuentes principales de conocimiento con el 91,7 por ciento. El 87,9 por ciento de las mujeres reportaron conocer esta enfermedad por el personal de salud. Se destaca la importancia de los medios masivos de comunicación en la difusión de la información, pero la sola difusión resulta ineficaz si no se combina con intervenciones que apunten a modificar las actitudes y a orientar las acciones hacia la realización de prácticas de prevención.

7.3.3. Conocimiento de formas de transmisión del DENGUE

CUADRO 49. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de transmisión del dengue según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Formas de transmisión				
		Por bañarse en los ríos	De una persona enferma a otra	Por la picadura de un mosquito	Vacunando	Otro
Red de salud	Riberalta	39,3	61,1	98,9	31,4	5,7
	Guayaramerín	15	18,8	97,9	7,7	3,4
	Mamoré	38,7	36,4	96,5	24,9	2,3
	Itenez	35,5	42,7	99,2	32,3	0,8
Total		32,7	47	98,4	24,7	4,6
Edad	15-19	38,8	50,7	100	13,7	0,9
	20-24	36,6	47,1	97,6	27	5,2
	25-29	29,8	39,6	97,5	24,1	4,4
	30-34	32,6	50,5	98,4	31,5	6,3
	35-39	29,8	49,3	99,6	18,9	5,2
	40-44	19,2	49,5	99,3	28	2,8
	45-49	44,5	53,3	100	29,9	7,6
Total		32,7	47	98,4	24,7	4,6
Nivel de instrucción	Ninguna	54,9	66,5	100	19,1	15,3
	Primaria	37,4	51,1	99,4	24,7	3,2
	Secundaria y más	26,4	41	97,7	25,8	5,1
Total		32,7	47	98,4	24,7	4,6

De las posibilidades de transmisión que fueron preguntadas a las entrevistadas, la picadura del mosquito es la más conocida por las mujeres benianas, pues el 98,3 por ciento respondieron afirmativamente a esta posibilidad. El 47,0 por ciento de las entrevistadas respondieron que el dengue puede ser transmitida una persona enferma a otra.

7.3.4. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA COMBATIR EL DENGUE

Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

En Beni, el 98,5 por ciento de las mujeres entrevistadas piensan que se puede combatir el dengue protegiéndose de los mosquitos y el 96,4 por ciento fumigando las casas.

CUADRO 50. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de combatir el dengue, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Formas de combatir			
		Fumigando las casas	Tomando pastillas	Protegiéndose de los mosquitos	De otra manera
Red de salud	Riberalta	96,4	79,4	98,9	16,7
	Guayaramerín	92,3	49,4	100	19,7
	Mamoré	88,4	50,9	90,8	2,3
	Itenez	97,6	69,4	99,2	0,8
Total		94,7	68,5	98,5	15,5
Edad	15-19	91,2	73,9	98,8	17,7
	20-24	94,1	67,4	98,6	13,9
	25-29	95,8	64,2	98,8	15,6
	30-34	96	71	99,3	13,4
	35-39	97,7	72,4	99,1	20
	40-44	89,1	61,8	93,1	20,3
	45-49	100	78,4	100	
Total		94,7	68,5	98,5	15,5
Nivel de instrucción	Ninguna	100	80,5	92,3	23
	Primaria	94,9	75,1	99,6	14,3
	Secundaria y más	94,2	60	97,6	16,3
Total		94,7	68,5	98,5	15,5

7.4. LEISHMANIASIS

Enfermedad polimorfa de la piel y de las membranas mucosas causada por varios protozoarios pertenecientes a especies del género *Leishmania*; son parásitos intracelulares obligados en los seres humanos y otros huéspedes mamíferos. La enfermedad comienza con una pápula que se agranda y típicamente se transforma en úlcera indolora. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples y, ocasionalmente, no ulceradas u difusas. Pueden cicatrizar espontáneamente en el término de semanas o meses o persistir durante el año o más. En algunas personas, diversas especies parásitas (sobre todo en América), se diseminan y producen lesiones de la mucosa (espundia), incluso años después de que ha curado la lesión cutánea primaria.

En América, los agentes infecciosos son complejos de especies de *L. braziliensis* y *L. mexicana*. Los miembros del complejo de *L. braziliensis* producen con mayor frecuencia lesiones de las mucosas.

El diagnóstico se hace por la identificación microscópica de la forma no móvil intracelular del parásito (amastigote) en frotis teñidos del material obtenido de las lesiones, y por cultivo de la forma extracelular móvil (promastigote) en medios adecuados. Pueden practicarse pruebas serológicas (inmunofluorescencia indirecta o ELISA), pero en forma típica los niveles de anticuerpo son muy pequeños o no detectables, de manera que posiblemente no sean útiles para el diagnóstico, excepto en la leishmaniasis mucocutánea. La identificación de la especie obliga al acopio de pruebas biológicas (desarrollo en flebótomos, medios de cultivo y animales); inmunológicas (anticuerpos monoclonales); moleculares (técnica de ADN) y bioquímica (análisis de isoenzimas).

7.4.1. CONOCIMIENTO DE LA LEISHMANIASIS

Las entrevistadas que manifestaron saber lo que es la leishmaniasis, se les preguntó cómo cree que se transmite, que puede hacer una persona para combatirla y a través de qué fuente se informó sobre esta enfermedad. Se admitían todas las respuestas de las mujeres entrevistadas y se sondeaba por otras formas. Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

En Beni, de 941 mujeres que respondieron que han oído hablar sobre la leishmaniasis, el 83,5 por ciento saben lo que es esta enfermedad. Existen importantes diferencias según red de salud y no así según nivel de instrucción. El mayor porcentaje de conocedoras se da entre las mujeres los municipios de la red de Riberalta (90 por ciento).

CUADRO 51. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de leishmaniasis, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Mujeres que han oído usted hablar de la leishmaniasis		Mujeres que saben lo que es la leishmaniasis
Red de salud	Riberalta	72,3	548	90
	Guayaramerín	69,6	269	78,7
	Mamoré	37	69	60,6
	Itenez	47,3	55	69,8
Total		65	941	83,5
Edad	12-14	66,8	2	100
	15-19	62,8	116	90
	20-24	64,7	245	80,6
	25-29	61,5	200	84,9
	30-34	71,3	169	82,2
	35-39	63,9	111	79,9
	40-44	67,4	69	89,4
	45-49	66,8	29	76,9
Total		65	941	83,5
Nivel de instrucción	Ninguna	57,5	29	83,4
	Primaria	62,3	476	84,3
	Secundaria y más	68,5	418	82,4
Total		65	941	83,5

Los menores porcentajes de conocedoras de esta enfermedad se presentan en las mujeres que viven en los municipios de Mamoré e Itenez (60,6 y 69,8 por ciento respectivamente).

7.4.2. FUENTES DE CONOCIMIENTO DE LA LEISHMANIASIS

CUADRO 52. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de fuentes de conocimiento de leishmaniasis, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Fuentes de conocimiento							
		Por su vecino	En las reuniones	Por el personal de salud	De los profesores	Por sus hijos	En su Junta Vecinal o Sindicato	Radio/Televisión	Otro
Red de salud	Riberalta	31,9	42,6	83,4	33,2	6,4	36,6	88,9	16,6
	Guayaramerín	37,2	41,3	72,4	30,6	4,1	31,6	77	9,2
	Mamoré	26,2	32,5	82,5	35	10	26,2	73,8	5
	Itenez	56,8	44,9	83,1	32,2	4,2	23,7	61	5,9
Total		34,3	41,8	80,4	32,5	5,8	34,1	83,5	13,5
Edad	15- 19	29,6	44,3	85	38	4,6	32,9	82,5	14,9
	20- 24	37,8	39,4	85	31,9	3,4	34	84	19,3
	25- 29	27,8	47,1	77,1	32	1,2	33,7	83,9	11,4
	30- 34	35,3	36,6	78,5	30,6	4,6	37,8	86,5	9,6
	35- 39	36,4	40,7	79,2	31,6	11	27,9	79,7	13,6
	40- 44	37,4	36,2	75,9	27,5	17,1	36,6	82,3	9,2
	45- 49	44,7	67,4	79,2	49,5	25,7	41,3	90,9	7,1
Total		34,3	41,8	80,4	32,5	5,8	34,1	83,5	13,5
Nivel de instrucción	Ninguna	41,4	31,6	91,2	34,8	2,2	27,3	89,5	22,2
	Primaria	41,3	45,5	78,6	32,5	7,1	35,3	79,7	13,6
	Secundaria y más	25	38,8	81,8	32	5	32,2	88,1	12,7
Total		34	42,1	80,4	32,4	6	33,6	83,8	13,4

En general, la televisión, la radio y el periódico son los medios o fuentes principales de conocimiento con el 93,8 por ciento. El 80,4 por ciento de las mujeres reportaron conocer esta enfermedad por el personal de salud. Se destaca la importancia de los medios masivos de comunicación en la difusión de la información, pero la sola difusión resulta ineficaz si no se combina con intervenciones que apunten a modificar las actitudes y a orientar las acciones hacia la realización de prácticas de prevención.

7.4.3. Conocimiento de formas de transmisión de la leishmaniasis

CUADRO 53. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de transmisión de la leishmaniasis según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Formas de transmisión				
		Por bañarse en los ríos	De una persona enferma a otra	Por la picadura de un mosquito	Por entrar monte adentro	De otra manera
Red de salud	Riberalta	21,3	62,6	94,5	86	3,8
	Guayaramerín	14,3	19,9	94,9	89,8	2
	Mamoré	27,5	33,7	72,5	67,5	1,3
	Itenez	43,2	42,4	93,2	92,4	
Total		20,8	48,5	93,4	86,3	3
Edad	15-19	19,4	56,5	91,1	91,6	4,5
	20-24	24,1	57,3	92,4	81,3	2,2
	25-29	17,3	41,8	92,8	91,6	3,1
	30-34	23,4	51,1	92	86,2	3
	35-39	23,2	34,9	97,8	82,7	3,6
	40-44	6,2	33,5	95,7	84,4	3,4
	45-49	31,5	59,4	100	86,1	
Total		20,8	48,5	93,4	86,3	3
Nivel de instrucción	Ninguna	27	58,1	100	84,4	11
	Primaria	25,2	49,8	94,8	89,4	3,9
	Secundaria y más	14,3	45,7	91,3	82,6	1,5
Total		20,8	48,5	93,4	86,3	3

De las posibilidades de transmisión que fueron preguntadas a las entrevistadas, la picadura del mosquito es la más conocida por las mujeres benianas, pues el 93,4 por ciento respondieron afirmativamente a esta posibilidad. El 86,2 por ciento de las entrevistadas respondieron que el entrando al monte puede ser transmitida la enfermedad de la leishmaniasis.

7.4.4. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA COMBATIR LA LEISHMANIASIS

Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

CUADRO 54. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de combatir la leishmaniasis, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Formas de combatir			
		Fumigando las casas	Tomando pastillas	Protegiéndose de los mosquitos	De otra manera
Red de salud	Riberalta	91,9	71,1	98,3	7,7
	Guayaramerín	68,4	44,4	98,5	11,7
	Mamoré	70	58,8	81,3	10
	Itenez	88,1	78,8	96,6	1,7
Total		84,2	63,6	97,4	8,6
Edad	15-19	84,1	73,1	98,2	6,2
	20-24	82,3	64,6	96	12
	25-29	90,1	63,3	97,3	9,7
	30-34	83,7	64,6	96,7	5,4
	35-39	75,5	55,9	98,4	9,6
	40-44	82,5	49,4	99,2	4,3
	45-49	97,7	72,7	100	9,3
Total		84,2	63,6	97,4	8,6
Nivel de instrucción	Ninguna	82	75,3	100	2,2
	Primaria	83,7	66,2	98,5	7,5
	Secundaria y más	84,9	58,7	96	10,6
Total		84,2	63,6	97,4	8,6

En Beni, el 97,4 por ciento de las mujeres entrevistadas piensan que se combatir la leishmaniasis protegiéndose de los mosquitos y el 84 por ciento fumigando las viviendas.

7.5. TUBERCULOSIS

Enfermedad importante como causa mayor de incapacidad y muerte en muchas zonas del mundo. Su agente infeccioso es el Complejo de *Mycobacterium tuberculosis*⁴⁷. Reservorio: principalmente los seres humanos. Modo de transmisión: Exposición al bacilo tuberculoso en núcleos de gotitas suspendidas en el aire expulsado por personas con tuberculosis pulmonar o laríngea durante los esfuerzos respiratorios, como la tos, el canto o el estornudo.

⁴⁷ Idem 4

La infección inicial suele ser asintomático; la sensibilidad a la tuberculina en las pruebas cutáneas se manifiesta en 2 a 10 semanas. Las lesiones pulmonares incipientes por lo general se curan y no dejan alteraciones residuales, excepto calcificación ocasional de los ganglios linfáticos pulmonares o traqueobronquiales.

De 90 a 95.5% de las personas infectadas inicialmente entran a esta fase de latencia, a partir de la cual existe el peligro permanente de reactivación. La tuberculosis extrapulmonar es menos común que la pulmonar. La tuberculosis pulmonar progresiva surge por reinfección exógena o por reactivación endógena del foco latente que persistía desde la infección inicial.

Sin tratamiento, aproximadamente la mitad de los enfermos muere en menos de cinco años, aunque la mayoría de ellos muere en menos de 18 meses, desde el comienzo, puede haber fatiga, fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso, en tanto que en las fases avanzadas adquieren importancia los síntomas de localización como tos, dolor torácico, hemoptisis y ronquera.

7.6.1. CONOCIMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

Las entrevistadas que manifestaron saber lo que es la tuberculosis, se les preguntó cómo cree que se transmite, que puede hacer una persona para combatirla y a través de que fuente se informó sobre esta enfermedad. Se admitían todas las respuestas de las mujeres entrevistadas y se sondeaba por otras formas. Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

CUADRO 55. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de la tuberculosis, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Mujeres que han oído usted hablar de una enfermedad llamada tuberculosis		Mujeres que conocen lo que es la Tuberculosis
Red de salud	Riberalta	93,6	709	94,7
	Guayaramerín	88	341	90,5
	Mamoré	84,1	157	73,2
	Itenez	84,3	99	70,4
Total		90,1	1306	89,2

Edad	12-14	16,6	1	100
	15-19	83,8	155	88,7
	20-24	90,7	343	89,1
	25-29	91	296	85,9
	30-34	92,3	219	89,1
	35-39	93,3	162	92,5
	40-44	89,8	92	94,3
	45-49	88,2	39	90,2
Total		90,1	1306	89,2
Nivel de instrucción	Ninguna	86,8	44	91,7
	Primaria	88,4	676	87,4
	Secundaria y más	92,7	567	91,4
Total		90,2	1286	89,3

En Beni, de 1.306 mujeres que respondieron que han oído hablar sobre la tuberculosis, el 89,2 por ciento sabe lo que es esta enfermedad.

Situación similar que las anteriores enfermedades, se observa entre redes de salud. Se observa mayor conocimiento en las redes de Riberalta y Guayara que en las de Mamoré e Itenez No existen importantes diferencias según nivel de instrucción.

7.6.2. Conocimiento de síntomas y signos de la Tuberculosis

CUADRO 56. Distribución porcentual de mujeres que reconocen signos y síntomas de la tuberculosis según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Síntomas y signos				
		Sudores nocturnos durante 3 semanas o más	Tos durante dos semanas o más	Pérdida de peso durante 3 semanas o más	Ninguna	Otro
Red de salud	Riberalta	18,1	91,3	77,8	3,1	68,4
	Guayaramerín	20	93,3	63,5		50,5
	Mamoré	4,5	71	30,8	2,7	21,3
	Itenez	10,4	96,2	52,8	0,5	36,3
Total		16,8	90,1	67,9	2,1	57,1
Edad	15-19	21,4	83,4	68,4	7,9	66,1
	20-24	19,2	91,9	64,8	2,1	48,5
	25-29	15,4	91,9	69,2	1	57,2
	30-34	12,7	93,1	67,9	1,1	60,6
	35-39	14	89	74,4		61,6

	40-44	17,1	84,2	67,2	3	58
	45-49	22,2	90	57,7		55,9
Total		16,8	90,1	67,9	2,1	57,1
Nivel de Instrucción	Ninguna	11,9	94,7	47,4		65,7
	Primaria	15,7	89,8	68	2,8	58,8
	Secundaria y más	19	90,5	69,1	1,1	54,5
Total		16,8	90,1	67,9	2,1	57,1

Sobre el reconocimiento de los signos o síntomas de la tuberculosis que fueron preguntadas a las entrevistadas, el 90 por ciento reconoce la tos durante dos semanas o más como el principal signo que identifica que una persona tenga tuberculosis. Es importante mencionar que no existen mayores diferencias entre las mujeres con educación superior frente a las mujeres sin educación.

7.6.3. CONOCIMIENTO DE FORMAS DE TRANSMISIÓN DE LA TUBERCULOSIS

Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

CUADRO 57. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de contagio de la tuberculosis, según características seleccionadas, departamento de Beni, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/nivel de instrucción		Formas de contagio				
		Al gritar o cantar	Al toser o estornudar	Al usar utensilios para comer	Al escupir	Otro
Red de salud	Riberalta	87,2	95,9	97,2	94,4	2,2
	Guayaramerín	81,3	95,8	93	88	4,6
	Mamoré	69,5	93,6	77,7	85,5	3,6
	Itenez	85,8	96,2	96,2	94,8	1,4
Total		83,8	95,7	94,1	91,8	2,9
Edad	15-19	81,5	91,5	91	89,3	4,5
	20-24	86,5	97,5	95,6	94,9	3,8
	25-29	81,8	96,8	94,5	91,4	0,8
	30-34	82,5	94,1	94,7	89,6	3
	35-39	83,7	96,5	94	92,8	2,8
	40-44	82,8	94,4	91,4	90,1	2,8
	45-49	96,1	96,9	93,9	90,8	4,6
Total		83,8	95,7	94,1	91,8	2,9
Nivel de instrucción	Ninguna	89,5	94,8	98,7	96	2,7
	Primaria	83,6	94,8	94,1	90,5	2,9

	Secundaria y más	84	97,3	93,9	93,6	2,8
Total		83,8	95,7	94,1	91,8	2,9

El 95,9 por ciento de las entrevistadas respondieron que la tuberculosis puede ser transmitida de una persona a otra al toser o estornudar, el 94,2 usar utensilios de una persona enferma para comer y el 91,8 por ciento al escupir.

ANEXO 1.

Desnutrición infantil (Desnutrición aguda)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 23 meses que están severamente o moderadamente desnutridos, Departamento de Beni, PRICCAS 2006

		Peso/talla (Desnutrición aguda)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	0,3	0,7	1	10,3	75,8	12,9	505
	Mujer	0,6	1	1,6	9	74,7	14,7	479
Total		0,5	0,8	1,3	9,7	75,3	13,8	984
Red de salud	1 Riberalta	0,4	0,8	1,2	9,1	76,2	13,6	265
	2 Guayaramerín	0,4	0,8	1,2	11,9	74,2	12,7	260
	3 Mamoré	1	1,4	2,4	7,2	73,7	16,7	209
	4 Itenez	0,8	0,8	1,6	9,2	74,4	14,8	250
Total		0,5	0,8	1,3	9,7	75,3	13,8	984
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses		1,3	1,3	8,3	60,5	29,8	216
	De 12 a 23 meses	0,8	1,2	2	13	74,1	10,8	389
	De 24 a 35 meses	0,4	0,2	0,6	7	84,6	7,7	379
Total		0,5	0,8	1,3	9,7	75,3	13,8	984
Recodificación de nivel	Ninguna	6		6	12,1	78,8	3,1	31
	Primaria	0,2	0,6	0,8	10,8	73,8	14,6	490
	Secundaria y más	0,5	1,2	1,7	8,4	76,1	13,9	445
Total		0,5	0,9	1,4	9,8	75	13,9	966

Desnutrición infantil (Desnutrición global)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 23 meses que están severamente o moderadamente desnutridos, Departamento de Beni, PRICCAS 2006

		Peso/edad (Desnutrición Global)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	2,3	7,9	10,2	30,4	53,8	5,6	505
	Mujer	1,4	6,8	8,2	30,8	53,9	7	479
Total		1,9	7,4	9,3	30,6	53,9	6,3	984
Red de salud	1 Riberalta	3	7,2	10,2	32,8	51,7	5,3	265
	2 Guayaramerín	0,4	9,2	9,6	30,4	54,6	5,4	260
	3 Mamoré	1	5,3	6,3	24,4	59,8	9,6	209
	4 Itenez	0,4	5,2	5,6	24,4	58	12	250
Total		1,9	7,4	9,3	30,6	53,9	6,3	984
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses	0,9	6,5	7,4	13,7	62,6	16,3	216
	De 12 a 23 meses	3,1	7,9	11	35,7	49,3	4	389
	De 24 a 35 meses	1,1	7,4	8,5	35	53,5	3	379
Total		1,9	7,4	9,3	30,6	53,9	6,3	984
Recodificación de nivel	Ninguna	6	6	12	44,5	43,4		31
	Primaria	2,9	8,1	11	33,1	50,4	5,5	490
	Secundaria y más	0,3	7	7,3	25	59,7	8	445
Total		1,9	7,5	9,4	30,1	54,1	6,4	966

Desnutrición infantil (Desnutrición crónica)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 23 meses que están severamente o moderadamente desnutridos,
Departamento de Beni, PRICCAS 2006

		Talla/edad (Desnutrición Crónica)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	5,9	18	23,9	35,9	36,7	3,4	505
	Mujer	5,5	18,2	23,7	31,2	41	4,1	479
Total		5,7	18,1	23,8	33,6	38,8	3,8	984
Red de salud	1 Riberalta	6,8	21,5	28,3	36,2	32,5	3	265
	2 Guayaramerín	4,6	16,2	20,8	32,3	44,2	2,7	260
	3 Mamoré	5,7	13,9	19,6	25,8	46,9	7,7	209
	4 Itenez	2,4	7,2	9,6	30,4	52,8	7,2	250
Total		5,7	18,1	23,8	33,6	38,8	3,8	984
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses	2	7,2	9,2	27,9	55,2	7,7	216
	De 12 a 23 meses	7,9	23	30,9	36,2	30,9	2,1	389
	De 24 a 35 meses	5,7	19,3	25	34,1	37,6	3,2	379
Total		5,7	18,1	23,8	33,6	38,8	3,8	984
Recodificación de nivel	Ninguna	0,9	32	32,9	37,5	29,6		31
	Primaria	8,3	21,2	29,5	36,7	30,7	3,1	490
	Secundaria y más	3,2	13	16,2	28,2	50,5	5,1	445
Total		5,9	18,1	24	33,2	39	3,8	966

Desnutrición infantil (Desnutrición aguda)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 59 meses que están severamente o moderadamente desnutridos,
Departamento de Beni, PRICCAS 2006

		Peso/talla (Desnutrición aguda)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	0,2	0,8	1	7,8	77	14,3	887
	Mujer	0,4	0,8	1,2	7	76,4	15,4	866
Total		0,3	0,8	1,1	7,4	76,7	14,8	1753
Red de salud	1 Riberalta	0,2	0,8	1	7	77,9	14	485
	2 Guayaramerín	0,2	0,7	0,9	8,5	76	14,6	446
	3 Mamoré	0,8	1	1,8	5,9	72,5	19,8	393
	4 Itenez	0,5	0,5	1	8,6	76,2	14,2	429
Total		0,3	0,8	1,1	7,4	76,7	14,8	1753
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses		1,3	1,3	8,3	60,5	29,8	216
	De 12 a 23 meses	0,8	1,2	2	13	74,1	10,8	389
	De 24 a 35 meses	0,4	0,2	0,6	7	84,6	7,7	379
	De 36 a 59 meses	0,1	0,7	0,8	4,6	78,5	16,2	769
Total		0,3	0,8	1,1	7,4	76,7	14,8	1753
Recodificación de nivel	Ninguna	3		3	6,7	82,6	7,6	61
	Primaria	0,1	0,9	1	7,7	75,8	15,5	902
	Secundaria y más	0,3	0,8	1,1	7	77,2	14,7	753
Total		0,3	0,8	1,1	7,4	76,6	14,9	1716

Desnutrición infantil (Desnutrición global)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 59 meses que están severamente o moderadamente desnutridos,
Departamento de Beni, PRICCAS 2006

		Peso/edad (Desnutrición Global)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	1,3	5,5	6,8	31,5	56,8	4,9	887
	Mujer	1	6,3	7,3	27,1	59,7	5,9	866
Total		1,2	5,9	7,1	29,3	58,2	5,4	1753
Red de salud	1 Riberalta	1,6	6,2	7,8	32,8	55,5	3,9	485
	2 Guayaramerín	0,4	6,7	7,1	28	60,3	4,5	446
	3 Mamoré	1	3,3	4,3	21,9	62,6	11,2	393
	4 Itenez	0,2	4,4	4,6	19,8	64,6	11	429
Total		1,2	5,9	7,1	29,3	58,2	5,4	1753
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses	0,9	6,5	7,4	13,7	62,6	16,3	216
	De 12 a 23 meses	3,1	7,9	11	35,7	49,3	4	389
	De 24 a 35 meses	1,1	7,4	8,5	35	53,5	3	379
	De 36 a 59 meses	0,3	4	4,3	27,8	63,7	4,3	769
Total		1,2	5,9	7,1	29,3	58,2	5,4	1753
Recodificación de nivel	Ninguna	3	4,5	7,5	36,5	53,7	2,3	61
	Primaria	1,6	6,9	8,5	30,5	56,5	4,5	902
	Secundaria y más	0,4	4,9	5,3	26,7	60,8	7,2	753
Total		1,2	6	7,2	29,2	58,1	5,5	1716

Desnutrición infantil (Desnutrición crónica)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 59 meses que están severamente o moderadamente desnutridos,
Departamento de Beni, PRICCAS 2006

		Talla/edad (Desnutrición Crónica)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	5	17,9	22,9	38,5	35,9	2,6	887
	Mujer	5,9	16,8	22,7	32,9	41,2	3,2	866
Total		5,5	17,4	22,9	35,8	38,5	2,9	1753
Red de salud	1 Riberalta	6,4	21,2	27,6	38,8	31,5	2,1	485
	2 Guayaramerín	4,7	15,5	20,2	34,5	43,5	1,8	446
	3 Mamoré	4,8	10,2	15	29	49,4	6,6	393
	4 Itenez	2,3	6,3	8,6	28,2	55,7	7,5	429
Total		5,5	17,4	22,9	35,8	38,5	2,9	1753
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses	2	7,2	9,2	27,9	55,2	7,7	216
	De 12 a 23 meses	7,9	23	30,9	36,2	30,9	2,1	389
	De 24 a 35 meses	5,7	19,3	25	34,1	37,6	3,2	379
	De 36 a 59 meses	5,1	16,4	21,5	38,5	38,1	1,8	769
Total		5,5	17,4	22,9	35,8	38,5	2,9	1753
Recodificación de nivel	Ninguna	3,5	25,3	28,8	41,6	29,1	0,5	61
	Primaria	7,8	19,9	27,7	39,4	30,2	2,7	902
	Secundaria y más	2,7	13,4	16,1	29,9	50,4	3,6	753
Total		5,6	17,4	23	35,6	38,4	3	1716

**ENCUESTA LINEA DE BASE
PRICCAS 2006**

**DEPARTAMENTO DE ORURO
INFORME FINAL**

La Paz, Noviembre de 2006

INDICE

	<u>PÁGINA</u>
PRESENTACIÓN	6
 CAPITULO I. ASPECTOS GENERALES Y METODOLOGICOS	 8
1.1 Plan Nacional de Desarrollo	8
1.1.1 La dimensión poblacional en el plan nacional de desarrollo	8
1.1.2 Programas y prioridades en salud materno infantil	9
1.2 Línea de base PRICCAS 2006	9
1.2.1Objetivos	10
1.2.1.1 OBJETIVO GENERAL	10
1.2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
1.2.2 Metodología	11
1.2.3 Diseño de la muestra y de la unidad de investigación	12
1.2.3.1 MARCO MUESTRAL	12
1.2.3.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA	13
1.2.3.3 PONDERACIONES	14
1.2.3.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	15
1.2.4 Instrumentos de investigación	17
1.2.5 Estructura organizativa	17
1.2.6 Descripción de actividades	18
1.2.6.1 REUNIONES DE COORDINACIÓN TEMÁTICA	18
1.2.6.2 DISEÑO Y CONTENIDO DE LOS CUESTIONARIOS Y APLICACIÓN DE LA ENCUESTA	18
1.2.6.3 PRUEBA PILOTO	20
1.2.6.4 CAPACITACIÓN	20
1.2.6.5 OPERATIVO DE CAMPO	22
1.2.6.6 PROCESAMIENTO DE DATOS	23
 CAPÍTULO I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN Y DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL	 24
1.1. Características generales del departamento de Oruro	24
1.1.1 LA POBLACIÓN DE ORURO	24
1.1.2 LA ECONOMÍA DE BOLIVIA Y LA ECONOMÍA DE ORURO	25
1.2. Características de la población del departamento de Oruro	27
1.2.1. HOGARES Y PERSONAS ENTREVISTADAS	27

1.2.2. JEFATURA Y TAMAÑO DEL HOGAR	27
1.3. Características de las viviendas del departamento de Oruro	28
1.3.1. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS BÁSICOS	28
1.3.1.1. Fuente de agua para beber	29
1.3.1.2. Servicio higiénico	30
1.3.1.3. Personas por dormitorio	32
1.3.3 Combustible para cocinar	32
 CAPÍTULO II. SITUACIÓN DE SALUD DE LA MUJER	 34
2.1. Atención prenatal y asistencia en el parto	34
2.1.1. TIPO DE LA ATENCIÓN PRENATAL	34
2.1.2. FRECUENCIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL	36
2.1.3. CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL	38
2.1.4. TÉTANO NEONATAL	39
2.2. Lugares de ocurrencia del parto y tipo de asistencia	41
2.2.1. LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO	41
2.2.2. TIPO DE ASISTENCIA DURANTE EL PARTO	43
2.2.3. PESO AL NACER	44
2.3. Cuidado postnatal de las madres	45
2.4. Nutrición de las madres	47
2.4.1. ESTATURA DE LAS MUJERES E ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	47
2.5. Conocimiento y utilización de prestaciones del SUMI	48
 CAPÍTULO III. SITUACIÓN DE SALUD DEL NIÑO	 50
3.1. Enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños menores de cinco años	50
3.1.1. ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA)	50
3.1.1.1. Alimentación durante la diarrea	52
3.1.1.2. Tratamiento durante la diarrea	52
3.1.2. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS (IRA)	56
3.1.2.1. Tratamiento de IRA	59
3.1.2.2. Alimentación del niño menor de 5 años	59
3.2. Coberturas de vacunación en niños menores de dos años	60
3.3. Número de muertes neonatal, en menores de un año y menores de cinco años	62

3.4. Suplementación con micro nutrientes	63
3.4.1 COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN MUJERES PUÉRPERAS	63
3.4.2. COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO Y ÁCIDO FÓLICO EN MUJERES EMBARAZADAS	64
3.4.3 COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS	66
3.4.4 COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS	67
3.5. Estado nutricional de niños menores de cinco años según indicadores de peso/edad, talla/edad y peso/talla (-2DE)	67
3.5.1. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS	68
3.5.2 ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS SEGÚN LOS INDICADORES DE PESO/EDAD, TALLA/EDAD Y PESO/TALLA (-2DE)	71
CAPITULO IV. LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	74
4.1. Inicio de la lactancia materna	74
4.2. Inicio de la Alimentación complementaria y frecuencia de alimentación	76
CAPITULO V. ANEMIA	78
5.1. Puntos de corte utilizados para la determinación de la anemia	78
5.2. Anemia en mujeres embarazadas y edad fértil	79
5.3. Anemia en niños menores de cinco años	81
CAPITULO VI. FORTIFICACIÓN DE LA SAL	83
6.1. Utilización y determinación de yodo en sal	83
CAPÍTULO VII. OTROS ASPECTOS DE LA SALUD: CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES	85
7.1. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	85
7.1.1. CONOCIMIENTO DE SIDA	86
7.1.2. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA EVITAR EL SIDA	87
7.1.3. CONOCIMIENTO DE LA TRANSMISIÓN DE LA MADRE AL HIJO O PERINATAL	89

7.1.3.1. Transmisión de la madre al hijo durante el embarazo	90
7.1.3.2. Transmisión de la madre al hijo durante el parto	90
7.1.3.3. Transmisión de la madre al hijo durante la lactancia	90
7.2. Malaria	90
7.2.1. CONOCIMIENTO DE LA MALARIA	92
7.2.2. FUENTES DE CONOCIMIENTO DE LA MALARIA	93
7.2.3. CONOCIMIENTO DE FORMAS DE TRANSMISIÓN DE LA MALARIA	94
7.2.4. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA COMBATIR LA MALARIA	95
7.3. Dengue	95
7.3.1. CONOCIMIENTO DEL DENGUE	97
7.3.2. FUENTES DE CONOCIMIENTO DEL DENGUE EN ORURO	98
7.3.3. CONOCIMIENTO DE FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL DENGUE	99
7.3.4. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA COMBATIR EL DENGUE	99
7.4. Leishmaniasis	100
7.4.1. CONOCIMIENTO DE LA LEISHMANIASIS	101
7.5. Tuberculosis	102
7.5.1. CONOCIMIENTO DE LA TUBERCULOSIS	102
7.5.2. CONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS Y SIGNOS DE LA TUBERCULOSIS	104
7.5.3. CONOCIMIENTO DE FORMAS DE TRANSMISIÓN DE LA TUBERCULOSIS	104
ANEXOS	106

PRESENTACIÓN

“Bolivia es un país multiétnico y multicultural sin embargo, el Sistema Nacional de Salud nunca ha asumido la cosmovisión sanitaria de los pueblos indígenas y originarios, al contrario, ha ejercido represión y desprecio a los saberes ancestrales y a los usos y costumbres tradicionales, siendo esta situación una de las causas de la exclusión y marginación en salud. Los intentos de recuperación sociocultural fueron insuficientes”.¹

Algunos de los indicadores que reflejan la situación de salud y de exclusión son los siguientes: El 77 por ciento de la población se encuentra al margen de los servicios de salud, con fuerte incidencia en las regiones del altiplano y valles rurales. Las barreras de exclusión son la económica, la geográfica, la cultural y la social. El 7,5 por ciento de los niños muere antes de los cinco años, principalmente por enfermedades infecciosas prevenibles y/o curables; el 26,5 por ciento de los sobrevivientes tiene desnutrición crónica y la mayoría de ellos tiene secuelas irreversibles en su capacidad intelectual y desarrollo; el 67 por ciento de los niños menores de tres años tiene anemia y el 19 por ciento déficit de vitamina A.

Por otro lado, el 44 por ciento de los niños nacidos de madres sin educación son desnutridos, lo que prueba una relación directa entre educación y desnutrición. Un tercio de la población de niños de áreas rurales menores de tres años e indígenas de la misma edad tiene desnutrición crónica, que equivale al doble de la población de niños de la misma edad que viven en la ciudad. Por otro lado, el país presenta una mortalidad materna de 320 por 100 mil nacidos vivos (ENDSA 2003), una de las más altas de Sudamérica.

La tasa de Incidencia Parasitaria Anual (IPA) en la población en riesgo es de 4,3 por mil habitantes expuestos en el 2005. La dispersión de vectores domiciliarios cubre, aproximadamente, el 60 por ciento del territorio, ocupando casi toda la superficie de

¹ Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para Vivir Bien 2006

los departamentos de Tarija, Chuquisaca, Cochabamba, Santa Cruz y, parcialmente, Potosí y La Paz, representando un 80 por ciento el riesgo de transmisión vectorial. La tuberculosis es un problema grave de salud pública: la notificación de casos procedentes de los servicios de salud públicos muestra una incidencia de casos pulmonares positivos 67,3 por 100.000 y en todas sus formas de 100,3 por cien mil.

En este contexto, el Ministerio de Salud y Deportes MSD, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF y Población, Desarrollo y Medio Ambiente, presentan los resultados finales de la Encuesta Línea de Base PRICCAS 2006.

El proyecto PRICCAS, contribuye al cumplimiento de los compromisos asumidos por UNICEF en el marco de la cooperación quinquenal Bolivia 2003-2007. El resultado esperado en los cinco años de ejecución 2005-2009 es haber contribuido -al finalizar el proyecto- a que la población de los departamentos de Beni, Pando y Oruro hayan mejorado su bienestar y cuenten con un sector salud fortalecido en su gestión, responsable, eficiente y equitativo; con servicios primarios de calidad y accesibles particularmente los materno-infantiles.

Se espera que las enfermedades transmisibles estén controladas e implementados los programas nacionales priorizados en los departamentos seleccionados, de igual forma, que los servicios primarios municipales de salud tengan facilidad de acceso y se haya mejorado la calidad, particularmente la atención materno-infantil en las redes seleccionadas.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES Y METODOLÓGICOS

1.1. Plan Nacional de Desarrollo²

En el marco de la nueva Política Nacional de Desarrollo, el sector salud ha establecido las siguientes problemáticas: Alta privación socio-biológica³ en mayorías poblacionales determinantes sociales y políticas desfavorables para la calidad de vida y sus consecuencias para la salud colectiva, que se expresan en perfiles patológicos y epidemiológicos diferenciados según grupos sociales, caracterizados por la alta incidencia de enfermedades de la pobreza, muertes evitables y baja productividad.

1.1.1. LA DIMENSIÓN POBLACIONAL EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

Sistema Nacional de Salud segmentado, fragmentado, con débil rectoría. Gestión ineficaz e ineficiente, sin capacidad de seguridad sanitaria ni de contribuir a la protección social de la población, expresado en la presencia de varios subsectores, con planes y presupuestos no coordinados con el Ministerio de Salud y Deportes, y de accionar independiente; con recursos de cooperación mayoritariamente condicionados por las agencias cooperantes; con un marco jurídico disperso y contradictorio, en gran parte obsoleto; con concentración y duplicidad de servicios en focos urbanos y con áreas rurales sin servicios básicos de salud; con poca o ninguna experiencia o interés en coordinar intersectorialmente para intervenir sobre las determinantes de la salud y minimizar la exclusión social en salud.

Insatisfacción de los usuarios del Sistema Nacional de Salud como expresión de la alienación sobre la valoración de la salud y escasa participación en la planificación y control social de la actividad sectorial, determinado por un entorno económico y social que ha minado el poder social y ha evitado el empoderamiento de la población, aún más el de las mujeres.

Problemas alimentario nutricionales, que repercuten en la desnutrición y malnutrición, que generan bajas defensas frente a la enfermedad y en el caso de la infancia causa disminución en sus capacidades de aprendizaje y desarrollo intelectual.

² Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para Vivir Bien' 2006'

³ Dada por la inaccesibilidad a alimentación, vivienda, vestimenta, recreación, servicios básicos y seguridad.

1.1.2. PROGRAMAS Y PRIORIDADES EN SALUD MATERNA INFANTIL⁴

El objetivo del Plan Nacional en el sector salud es la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, que asume la medicina tradicional. Este sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez. Participará de la dimensión económica, productiva, sociocultural y política organizativa, generando capacidades individuales, familiares y comunitarias, actuará de manera intersectorial sobre los determinantes de salud con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, que cuida, cría y controle el ambiente, promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio comunitaria del Vivir Bien.

Para lograr este propósito, el Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para Vivir Bien, se ha estructurado en núcleos estratégicos que definen los lineamientos de política y las políticas instrumentales prioritarias del Estado Boliviano, organizados en torno a los pilares de Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, Rectoría, Movilización Social, Promoción de la salud y Solidaridad.

1.2. Línea de Base PRICCAS 2006

El proyecto PRICCAS contribuye al cumplimiento de los compromisos asumidos por UNICEF en el marco de la cooperación quinquenal Bolivia 2003-2007. Con los resultados de la línea de base como parte del proceso de diagnóstico llevado a cabo por el accionar institucional, permite contar con información para el seguimiento de los resultados planificados y la medición de los posibles impactos de la acción de UNICEF/PRICCAS⁵.

La población objetivo total es de 806,916 habitantes, distribuidos en 57 municipios y 12 redes de los departamentos Beni (362,521), Pando (52,525) y Oruro (391,870), enfatizando en: niñas, niños y adolescentes; mujeres y; población afectada por enfermedades transmisibles.

⁴ Ídem 4.

⁵ Términos de Referencia Proyecto Línea de Base PRICCAS 2006

1.2.1. OBJETIVOS

1.2.1.1. *Objetivo General*

Contar con la información cuantitativa y cualitativa necesaria para la medición del punto de partida de PRICCAS en 57 municipios y 12 Redes de Salud de los departamentos de Pando, Beni y Oruro.

1.2.1.2. *Objetivos Específicos*

- ❖ Construir una Línea de Base con variables seleccionadas referidas a:
 - ✓ **Atención materna:** atención prenatal, parto, post parto.
 - ✓ **Atención infantil:** lactancia, alimentación complementaria, vacunación, diarreas, neumonías. prevalencia de enfermedades en menores de 5 años, desnutrición y anemia.
 - ✓ **Enfermedades transmisibles:** SIDA, malaria, tuberculosis, inmunoprevenibles.

La encuesta consideró 5 temas, con ellos se obtiene información de las viviendas, los hogares, sus residentes habituales y principalmente las mujeres en edad fértil y sus hijos menores de 5 años. Si bien no podrán hacerse generalizaciones a todos los hogares, se analiza la situación de los hogares donde viven las mujeres con hijos menores de 5 años, que es la población objetivo de todo el proyecto.

Los temas y las variables incluidas en cada uno de ellos son:

Características educativas. Con el objeto de conocer la situación educativa y su relación con la salud se investiga el nivel de analfabetismo de la población, su asistencia escolar y el nivel de escolaridad.

Mortalidad. Número de muertes maternas y de la niñez, como un indicador cualitativo, que no será utilizado para estimaciones de tasas ni índices, pero sí podrá ser útil para estudios de casos.

En mortalidad materna se investiga sobre muertes maternas en los últimos 5 años, la edad de la fallecida, si al momento de la muerte estaban embarazadas, en proceso de parto o post parto y atención por personal de salud.

Para el caso de muertes en la niñez se investiga sobre la edad al morir.

Salud Materno – Infantil. El interés se enfoca al conocimiento de la salud de las mujeres que han tenido hijos nacidos vivos en los últimos 5 años hasta el momento de la entrevista.

Se indaga sobre el control prenatal, tiempo de embarazo en el primer control, número de veces de control, el lugar y personal donde fue revisada la madre antes, durante y posterior al parto.

Para el niño se indaga sobre el peso al nacimiento, la condición de lactancia y alimentación complementaria, cobertura de vacunación, EDAs, IRAs, TRO.

También se incluye un módulo sobre el SUMI.

Sida/Malaria/Dengue/Leishmaniasis/Tuberculosis. El interés es el de actualizar la información disponible sobre el conocimiento y prevención.

1.2.2. METODOLOGÍA

La Encuesta Línea de base PRICCAS 2006, es una investigación por muestreo, efectuada en viviendas particulares y dirigida a las mujeres con hijos menores de cinco años que habitan en dichas viviendas.

La investigación respondió al objetivo de obtener información necesaria para la medición del punto de partida del PRICCAS en 12 redes de salud y 57 municipios de Oruro, Beni y Pando, referente a variables en salud de la madre y niño, necesarias para la formulación, evaluación, seguimiento de políticas y el diseño de programas de acción en el área social.

La encuesta se realizó mediante la aplicación de dos cuestionarios a través de una entrevista directa a los hogares seleccionados por muestreo y un Formulario Institucional que captó información de los establecimientos de salud. El cuestionario de la encuesta está organizado en diez secciones que permite la investigación de las características generales, educativas, empleo, salud, gastos, ingresos, vivienda y servicios básicos de los hogares. La encuesta tiene cobertura a nivel de redes rurales de salud en Oruro, redes seleccionadas en Beni y todo el departamento de Pando.

Una vez definidos los instrumentos de recolección que son las Boletas y Manuales, el Equipo Central del Proyecto se trasladó al Municipio de Caracollo para efectuar una

prueba de campo y una vez validados y ajustados los instrumentos se procedió con la capacitación a los encuestadores de acuerdo a cronograma establecido.

Para el inicio del operativo de campo, el Equipo Central, Responsable de Crítica y Transcripción, Supervisores y Encuestadores, se trasladaron a Oruro, para: 1) prueba final de la boleta y ajustes a la misma; 2) ejecución del trabajo de campo en tres UPM's bajo estricta supervisión del equipo central; 3) ajustes y correcciones a la forma de efectuar las preguntas y revisión de coherencias internas y 4) procesamiento de la información y detección de problemas en esta etapa.

Una vez concluida esta primera fase de trabajo de campo se continuó con la recolección de la información de acuerdo al Plan de Recorrido; cinco equipos de trabajo de campo fueron desplazados al departamento de Oruro (uno a cada Red de Salud) en los Municipios de Curahuara de Carangas, San Pedro de Totora, Huayllamarca, Choquecota, Eucaliptus, Caracollo municipios que corresponden a la Red de Salud de Eucaliptus; Challapata, Huari, Pazña, Pampa Aullagas, Salinas de Garci Mendoza y Santuario de Quillacas que constituyen los municipios de la Red de Salud Azanake. Huachacalla, Sabaya, Chipaya, Escara, La Rivera, Todos Santos Carangas, Coipasa, Yunguyo de Litoral, Cruz de Machacamarca y Esmeralda, municipios de la Red de Salud de Occidente. La Red de Salud de Corque con los municipios de Corque, Toledo, Andamarca, Belen de Andamarca, El Choro y Turco; y finalmente, la Red de Salud Huanuni con el municipio del mismo nombre (Huanuni), Machacamarca, Antequera y Poopo.

Para el operativo en Beni, fueron desplazadas cuatro brigadas para el recorrido en las redes de Riberalta, Guayaramerin, Mamoré (municipios de San Joaquín, San Ramón y Puerto Siles) y Red Itenez (municipios de Magdalena, Baures y Huaracaje). Finalmente, una brigada trabajó en el Departamento de Pando en los municipios de Cobija, Porvenir, Bolpebra, Filadelfia, Puerto Rico, Sena, San Lorenzo, Ingavi, Santa Rosa, Gonzalo Moreno, Villa Nueva, Santos Mercado, Nueva esperanza y San Pedro de acuerdo a la distribución de la muestra.

1.2.3. DISEÑO DE LA MUESTRA Y DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

1.2.3.1. Marco muestral

El Marco Muestral está constituido por los listados de los pueblos y comunidades rurales del Departamento de Oruro, todo el departamento de Pando y los listados de las redes de Riberalta, Guayaramerín, Mamoré e Itenez de Beni. La población total es

de 806,916 habitantes (Beni 362,521, Pando 52,525 y Oruro 391,870), distribuidos en 57 municipios y 12 redes de salud en Pando son 3 redes de salud, pero por población se ha considerado solamente la representatividad de todo el departamento, aunque se muestran resultados para Cobija y Resto).

1.2.3.2. Tamaño de la muestra

Para que las estimaciones que se obtengan a partir de la encuesta tengan calidad aceptable es necesario, entre otros elementos, el tamaño de muestra definido para cada parámetro de interés de la encuesta o para el indicador de mayor relevancia.

Esta es una encuesta que busca generar múltiples indicadores, por lo que la tarea de calcular el tamaño de la muestra, adecuado a cada uno de ellos, resulta una actividad compleja dado el gran número de temas y variables que el proyecto incluye. En nuestro caso el peso y talla de niños menores de 5 años han sido las variables que han definido el tamaño.

Se han seleccionado 310 comunidades o Unidades Primarias de Muestreo (UPM) (Anexo 2: Lista de UPMs por departamento PRICCAS 2006) y se han elegido y visitado con la encuesta a 12 hogares con madres y niños menores de 5 años al interior de cada Unidad Primaria de Muestreo. La muestra es representativa para el total de mujeres con hijos menores de 5 años y los resultados son comparables en cada departamento.

El estudio abarca a 10 dominios de estudio correspondientes a las Redes de Salud, 1 en el Departamento de Pando, 4 en Beni y 5 en Oruro. En total se programó entrevistar a 3720 mujeres y niños y se lograron 3603 entrevistas completas. El peso y la talla se tomaron a 4958 niños de los hogares considerados.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, a nivel de dominio muestral (Red de Salud), se utilizó la siguiente expresión:

Tamaño de la muestra:

$$n = (z^2 * p * q * k) / e^2$$

Donde:

n mujeres con hijos <5 o niños
<5 años

353

340

z nivel de confianza

1.96

1.65

(90 por ciento y 95 por ciento)		
p (proporción positiva)	0.50	0.50
q = 1-p	0.50	0.50
k (efecto de diseño)	1.80	1.80
e (error de muestreo) entre 6 y 7 por ciento	0.07	0.06
Nro de UPMs	30	30
Nro de mujeres o niños	12	12
Tamaño final	360	360

En nuestra investigación, en la fórmula utilizada se añade un factor de corrección por Efecto de Diseño por conglomerados, éste factor es "k", que de manera muy previsoramente se le asigna un valor de 1.8.

Por tratarse de una encuesta por muestreo, los resultados de la Línea de Base PPRICCAS 2006, que se incluyen en el presente informe, son estimaciones que están afectadas por dos tipos de errores:

- a) Aquellos que se producen durante el desarrollo del operativo de campo y procesamiento de la información, que se denominan usualmente **errores no muestrales**, estos errores, como en toda encuesta seria, se tratan de reducirlos al mínimo a través de un cuidadoso diseño de los instrumentos, realización de numerosas pruebas de los cuestionarios, intensa capacitación a las encuestadoras, permanente supervisión del trabajo de campo. En fin, una serie de procedimientos de supervisión, revisión de cuestionarios durante la encuesta y control de calidad en la introducción de datos, hacen mínimos los errores no muestrales.
- b) Los llamados **errores de muestreo**, que resultan del hecho de haberse entrevistado sólo una muestra y no la población. (Anexo 1. Lista de errores de muestreo).

1.2.3.3. Ponderaciones

La muestra es autoponderada a nivel de dominio muestral (Red de Salud), sin embargo para mostrar resultados a nivel del departamento de Oruro y total de Redes de Beni, por haber realizado el mismo número de entrevistas por dominio, sin tomar en cuenta el tamaño poblacional de cada uno de ellos, se hace necesario introducir ponderadores que restituyan el peso real de la muestra para el área total. Esto permite

dar resultados a nivel departamental y que las comparaciones entre departamentos sean posibles.

En el siguiente cuadro se muestran los factores de ponderación por dominio dentro de cada departamento.

Cuadro 1. Factores de Ponderación, PRICCAS 2006

DEPARTAMENTO	POBLACION	MUESTRA		PONDERADOR
		SIN PONDERAR	PONDERADA	
ORURO (*)				
EUCALIPTUS	8650	359	417	1.162278
AZANAKE	11013	356	531	1.492204
OCCIDENTE	2560	268	123	0.460744
CORQUE	6395	357	308	0.864093
HUANUNI	6625	360	320	0.887658
TOTAL	35242	1700	1700	
(*) Excluye ciudad Oruro				
	0.0482379			
BENI				
RIBERALTA	15195	333	699	2.097823
GUAYARAMERIN	8089	344	372	1.081002
ITENEZ	3776	333	174	0.521246
MAMORE	2479	348	114	0.327543
TOTAL	29539	1358	1358	
PANDO (**)	52525	433	433	
(**) No requiere ponderación				
TOTAL MUESTRA		3491	3491	

1.2.3.4. Selección de la muestra

La selección de la muestra de cada departamento se realizó en dos etapas: La **primera etapa** consistió en una selección sistemática de Unidades Primarias de Muestreo con probabilidad proporcional a su tamaño, es decir al número de hogares. En una **segunda etapa**, fueron seleccionados los 12 hogares con mujeres con hijos a ser encuestados dentro de cada UPM.

La selección de las UPMs fue hecha con probabilidad proporcional al tamaño de las UPMs:

$$P_{0i} = (a * m_i) / (\sum m_i)$$

Donde:

- a** : es el número de UPMs seleccionados en cada estrato en el departamento,
- m_i** : es el número de hogares en la i-ésima UPM de acuerdo al listado de vulnerabilidad (marco), del censo de 2001,
- Σm_i** : es el total de hogares en el estrato en el departamento según censo 2001.

La selección de los 310 conglomerados para la muestra total comprendió las siguientes tareas previas:

- Elaboración del listado de unidades de muestreo para la primera etapa (construcción de conglomerados) con la medida del tamaño poblacional (hogares).
- Cálculo de la población acumulada del Marco (número hogares (N)).
- Cálculo del Intervalo de Muestreo (IM=N/30).
- Selección aleatoria de la Primera Unidad de primera etapa (primera comunidad) o Arranque Aleatorio (Unidad 1 = AA=<IM).
- Determinación de las siguientes 29 unidades (comunidades) en base al Arranque Aleatorio y al Intervalo de Muestreo (Unidad 2 = AA+IM*1, Unidad 3=AA+IM*2, Unidad 30=AA+IM*29).

En una **segunda etapa**, para una mayor eficiencia se definió un número fijo de 12 hogares (con mujeres con hijos) a ser seleccionados dentro de cada UPM. La probabilidad final de selección del hogar (en cada estrato) en la i-ésima UPM para PRICCAS 2006 está dada como:

$$Prob_{fi} = \{a * m_{ij} / \{\sum m_i\} \{b/ m_i\}$$

$$Prob_{fi} = (a * b) / \sum m_i$$

b : es el número de hogares en la i-ésima UPM (12 hogares)

Este trabajo en campo, consistió en la selección aleatoria del primer hogar encuestado, previa identificación de un punto de partida o referencia (plaza, iglesia, servicio de salud, etc) y de la dirección en que se haría el recorrido al interior del conglomerado.⁶

Cada UPM tiene una completa identificación que corresponde a códigos de departamento, provincia, sección municipal y comunidad, que es la codificación del INE. Línea de base PRICCAS 2006 utiliza una codificación paralela y secuencial para facilitar el control y seguimiento de las UPM en la encuesta. En esta codificación se utilizan tres dígitos, los dos últimos de manera correlativa desde el 01 al 30, y el primer dígito código 4 corresponde a Oruro, Beni 8 y Pando 9.

1.2.4. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Los instrumentos de la investigación utilizados fueron:

- Cuestionario de Hogar.
- Cuestionario de Mujer.
- Manual de la entrevistadora.
- Balanzas SECA.
- Tallímetros para la medición antropométrica.
- Hemocues para la toma de anemia.
- Formulario Institucional a ser aplicado en los diferentes establecimientos de salud que se encuentren en las UPMs.

1.2.5. Estructura organizativa

Cada brigada de campo en Oruro y Pando, estaba estructurada por un supervisor, dos encuestadoras y un responsable de flebotomía; en Beni se contó con un Responsable para Guayaramerín y Riberalta, otro para Itenez y Mamoré y cada equipo estuvo conformado por un Supervisor y 4 entrevistadores.

⁶ Se elige el punto de partida de manera aleatoria sobre un mapa o croquis de la comunidad (punto de referencia). Los métodos de selección más conocidos son el giro de botella o lápiz para determinar la dirección. En segundo lugar, para seleccionar al azar la primera vivienda a ser visitada, se numera las viviendas en la dirección seleccionada y se sortea una de ellas. Para este sorteo se usa el primer o último dígito de la numeración de un billete. Después, la segunda vivienda será la más cercana a la primera, y así sucesivamente hasta completar la cuota (12 hogares) de la muestra.

Se integraron cinco equipos de trabajo de campo para Oruro, cuatro en el Beni y uno en el Departamento de Pando, con el objeto de ejecutar las actividades de recolección de información en las viviendas seleccionadas.

1.2.6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Los preparativos de la Línea de Base PRICCAS 2006, comprende varias etapas:

1.2.6.1. Reuniones de coordinación temática

Se organizó un Comité Técnico, con la participación del Ministerio de Salud y Deportes MSD, principal usuario de la investigación, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, con el objetivo de realizar la inclusión de secciones o batería de preguntas nuevas, una revisión de contenidos y ajuste a los instrumentos de levantamiento de la información como resultado de varias sesiones como consta en actas, donde:

- ❖ Se revisaron los indicadores
- ❖ Se revisaron preguntas y secciones de los dos cuestionarios y del Formulario Institucional y se complementaron el manual del entrevistador y el instructivo del Formulario Institucional.

Como resultado de las diferentes sesiones con el comité técnico, se elaboraron los cuestionarios modelo a ser validados en la prueba piloto. Asimismo, en forma paralela se elaboraron los manuales.

1.2.6.2. Diseño y contenido de los cuestionarios y aplicación de la encuesta

El cuestionario responde a los objetivos definidos de la investigación. Ello exigió un amplio proceso de elaboración y consenso con las instituciones con las que se coordinó el estudio.

Considerando que la línea de base sea parte del proceso de diagnóstico que se llevará a cabo dentro del accionar institucional propuesto por el proyecto PRICCAS 2005/2009 y permitir en el futuro contar con información para el seguimiento de los resultados planificados y la medición de los posibles impactos de la acción de UNICEF⁷.

⁷ Términos de Referencia Proyecto Encuesta Línea de Base PRICCAS 2006.

Para la recolección de la información se utilizaron 2 cuestionarios, basados en los cuestionarios modelos diseñados por el programa DHS (ENDSA) y un formulario institucional para indicadores de proceso o de prestación de servicios, implementando en los servicios de salud.

CUESTIONARIO DE HOGAR

- ✓ Identificación geográfica del hogar.
- ✓ Residentes habituales.
- ✓ Sexo y edad de cada miembro del hogar.
- ✓ Educación de los miembros del hogar de 15 a más años de edad.
- ✓ Datos de la vivienda y del hogar.
- ✓ Muertes maternas.
- ✓ Sal yodada.
- ✓ Peso y Talla para mujeres y niños menores de cinco años.
- ✓ Anemia para mujeres y niños menores de cinco años.

CUESTIONARIO DE MUJER

- ✓ Embarazo, parto y posparto.
- ✓ Lactancia.
- ✓ Vacunación y salud para los niños menores de 5 años.
- ✓ SUMI.
- ✓ SIDA, conocimiento y prevención.
- ✓ Malaria/ Dengue/ Leishmaniasis, conocimiento y prevención.
- ✓ Tuberculosis, conocimiento y prevención.

FORMULARIO INSTITUCIONAL (GESTIÓN 2005)

- ✓ Establecimientos en riesgo para inmunoprevenibles.
- ✓ Consulta habitante de menores de 5 años.
- ✓ Baciloscopías por sintomático respiratorio.
- ✓ Captación de casos TBP Bk (+).
- ✓ Curación de TBP (+).
- ✓ IPA malárico.
- ✓ Tratamientos nuevos en relación a casos nuevos.
- ✓ Incidencia del dengue.
- ✓ Incidencia Leishmaniasis.
- ✓ Fiebre hemorrágica.
- ✓ Vacunación antirrábica canina.

1.2.6.3. Prueba piloto

Esta fase, se ha definido a fin de evaluar los instrumentos de levantamiento de información diseñados, los procedimientos operativos, el proceso de capacitación directa, los materiales didácticos a emplear durante la instrucción del personal, la validación manual para el control de calidad en la información captada y las funciones operativas de supervisores, entrevistadoras y entrevistadores.

Los resultados permitieron ajustar los instrumentos de captación, adecuar los procedimientos operativos, evaluar el parámetro de productividad y con ello estimar la plantilla de personal requerido para el desarrollo de la Encuesta, optimizando los recursos disponibles para su ejecución.

OBJETIVOS PRUEBA PILOTO

Los objetivos de la Prueba Piloto fueron:

- Validar los instrumentos de recolección de la información, así como los instrumentos de procesamiento de la información.
- Validar los instrumentos y estrategias de capacitación en cuanto a contenido temático y operativo.
- Validar el operativo de campo, respecto a la respuesta y la aplicación de los diferentes instrumentos y procesos.
- Validar la organización técnica y administrativa a fin de identificar debilidades en estos procesos que se llevan a cabo en forma paralela al operativo de campo.
- Validar la logística a ser requerida para la ejecución del operativo.

LUGAR Y FECHA DE EJECUCIÓN

La Prueba piloto se realizó en una zona del municipio de Caracollo del Departamento de Oruro el 25 de abril del año en curso. Esta actividad fue llevada a cabo por personal técnico del equipo central del proyecto.

1.2.6.4. Capacitación

La destreza adquirida por el personal durante el desarrollo de la Encuesta, fue resultado de un proceso integral de capacitación que retoma el modelo de instrucción directa, donde los instructores capacitaron al personal postulante (60 personas entre entrevistadores, supervisores y responsables) de los tres departamentos.

La capacitación se realizó en la oficina central de La Paz para el personal de Oruro y se contó con la participación activa del Ministerio de Salud y Deportes. Los Equipos de Guayaramerín y Riberalta fueron trasladados a Trinidad para realizar una capacitación conjunta con los equipos de Itenez y Mamoré. El equipo de Pando recibió capacitación en Cobija.

El Equipo Central de la Encuesta tuvo a su cargo la capacitación en estas tres ciudades, de tal manera que esta actividad fue ejecutada de manera estandarizada. Este proceso permitió impartir una capacitación personalizada con el fin de satisfacer inquietudes y solucionar las dudas presentadas durante el proceso.

La capacitación fue realizada del 9 al 13 de mayo para el personal de Oruro, del 24 al 27 de mayo en Cobija y del 26 al 30 de mayo en Trinidad.

El tiempo de capacitación incluyó las prácticas de campo, ya que se consideró primordial ejercitar el manejo de los instrumentos de captación de información, directamente en el terreno y con ello complementar los conocimientos teóricos adquiridos.

Para la capacitación se elaboró un programa en el cual se definió la estructura del curso de capacitación en función al contenido de las boletas, los responsables de impartir la capacitación y los instrumentos a ser utilizados. Este programa de capacitación consideró fundamentalmente dos aspectos:

- ❑ Capacitación teórica especializada, a través de la cual se daba un contexto teórico y temático especializado, lo que garantiza el manejo de los conceptos, para lo cual se contó con la participación de:
 - ❖ PAI – MSD, reforzaron el tema de inmunizaciones.
 - ❖ Unidad de Nutrición (La Paz), SEDES Cobija y SEDES Trinidad – MSD, realizaron el reforzamiento en el llenado adecuado del Carnet de Salud Infantil y el tema de nutrientes y la estandarización de peso y talla a los postulantes.
 - ❖ Laboratorio SEDES- Cobija y Trinidad, realizaron la estandarización de la toma de hemoglobina (anemia).

- ❑ Capacitación técnica operativa, que implicaba garantizar la destreza del personal en la forma de llenado de los cuestionarios.
- ❑ Práctica en grupos de trabajo.

Resultado de la convocatoria que se realizó, en general, un total de 60 personas fueron preseleccionadas para los cursos de capacitación, a través de un proceso de evaluación curricular (experiencia, formación), después de concluido el proceso de capacitación y aplicada la prueba de evaluación, se seleccionaron y contrataron a los mejores postulantes, 20 personas entre entrevistadoras, responsables de peso, anemia, supervisores para Oruro, 22 postulantes en Beni y 5 en el departamento de Pando.

Posteriormente se realizó un curso de un día de duración, únicamente con los supervisores/as de Campo, en el que se transmitieron conocimientos acerca de las funciones que debe cumplir cada uno de ellos y las responsabilidades que implica el cargo.

Una vez capacitado y seleccionado el personal de campo, se efectuó una prueba piloto en comunidades que no están en la muestra. Los(as) entrevistadores(as) llevaron a cabo todas las labores inherentes a su trabajo para la aplicación de cada formulario. Se evaluaron los resultados y se hicieron los ajustes y adecuaciones que correspondían a boletas e instructivos.

1.2.6.5. Operativo de campo

El operativo de levantamiento de la información se inició en Oruro el 17 de mayo del año en curso y concluyó el 25 de junio con el resultado de ⁸1700 hogares visitados en ⁹143 UPMs.

El operativo de levantamiento de la información en el Beni se inició el 01 de junio del año en curso y el 25 de julio concluyó con el resultado de ¹⁰1358 hogares visitados en 120 UPMs.

⁸ En un hogar puede haber más de dos mujeres con hijos menores de cinco años entrevistadas.

⁹ Si bien fueron visitados los 150 conglomerados asignados al departamento de Oruro, en la correspondiente a la Red de Salud de Occidente, no encontró a mujeres con hijos menores de cinco años en las UPMs 4305, 4307, 4308, 4311, 4314, 4316 y 4324; pese a que se barrieron las UPMs no se pudo completar el cupo asignado.

¹⁰ Ídem 9

El operativo de levantamiento de la información se inició en Pando el 30 de mayo del año en curso y concluyó el 18 de julio con el resultado de ¹¹433 hogares visitados en ¹²37 UPMs.

Como resultado de este proceso se trabajó un total de 310 Conglomerados o Unidades Primarias de Muestreo (UPMs) y 3.600 mujeres y 4.950 niños(as) menores de cinco años.

El trabajo de campo, tuvo enormes dificultades por lo disperso y ausencia de las mujeres con hijos menores de cinco años que afectaron la logística de este trabajo, pese a estas dificultades que retrasaron la conclusión del trabajo de recolección de la información, esta etapa llegó a su fin el 18 de julio.

1.2.6.6. Procesamiento de datos

El procesamiento de la información se efectuó en una primera fase en las mismas áreas de encuesta, los Supervisores fueron entrenados para detectar inconsistencias en terreno e instruir el regreso a los hogares en caso de inconsistencias.

Posteriormente, en la Oficina Central, se realizó un trabajo de crítica de los cuestionarios por personal especializado y se procedió al ingreso de datos en CSPro utilizando criterios de consistencia de la información. Se retranscribió el 100 por cien de los cuestionarios. La base de datos fue preparada en SPSS para la emisión de cuadros y para permitir futuros manejos de la base de datos.

¹¹ Ídem 9

¹² Si bien fueron visitados los 40 conglomerados asignados al departamento de Pando, no se encontró a mujeres con hijos menores de cinco años en las UPMs 9226, 9236 y 9340 por lo que no se pudo completar el cupo asignado.

CAPÍTULO II

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN Y DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL

2.1. Características generales del departamento de Oruro

Oruro se encuentra en el sur-oeste de Bolivia, limita al norte con La Paz, al este con Cochabamba y Potosí, al sur con Potosí y al oeste con la República de Chile. Está situado a 245 kms. de La Paz, ciudad con la que mantiene un fuerte vínculo económico. Sus condiciones climáticas son propias del altiplano, con temperaturas que oscilan entre los 5 grados centígrados bajo cero y los 26 grados centígrados. Su topografía es en general plana y se encuentra a una altura de 3.700 msnm.

Cuenta con una extensión territorial de 53.588 Km², que representan 4,88 por ciento de la superficie total nacional. Oruro está en la región del Altiplano, sin embargo al presentar características climáticas en diferentes subregiones, da lugar a alguna diversidad en los tipos de cultivos, como maíz y variedad de verduras y hortalizas (cebollas, porotos, beterraga, etc.) y por supuesto los cultivos propios del altiplano como papa, quinua, cebada, oca, etc. La principal actividad en Oruro continúa siendo la minera.

2.1.1. LA POBLACIÓN DE ORURO

Según resultados de las proyecciones de población realizadas por el INE¹³, para el año 2006, el Departamento de Oruro tiene 437.131 habitantes, equivalente a 4,54 por ciento del total nacional, de 9.627.269 habitantes. La participación de la población masculina en este departamento es de 49,94 por ciento, mientras que de la femenina es 50,06.

Para el año 2006, según la misma fuente, el departamento tiene una densidad de 8,16 habitantes por Km², similar al promedio nacional de 8,76 habitantes por Km². La tasa neta de reproducción¹⁴ estimada para el periodo 2005-2010, para el departamento de Oruro, es 1,42 hijas por mujer, inferior al promedio nacional de 1,54. La tasa global de

¹³ Actualidad Estadística de departamento de Oruro. INE 2006

¹⁴ Tasa Neta de Reproducción: es el número esperado de hijas (nacidas en un determinado período) que lograrían alcanzar las edades de la vida reproductiva, asumiendo que estuvieran expuestas a la mortalidad materna de sus madres al momento en que nacieron (INE).

fecundidad¹⁵ para el mismo periodo es 3,30 hijos o hijas por mujer, algo inferior a la tasa nacional de 3,50.

Se estima una tasa de mortalidad infantil¹⁶ de 55,10 muertes por mil nacidos vivos, mayor a la tasa estimada a nivel nacional de 45,60. La esperanza de vida al nacer¹⁷ es 62,64 años, inferior a la nacional de 65,51 años.

2.1.2. LA ECONOMÍA DE BOLIVIA Y LA ECONOMÍA DE ORURO

La economía boliviana experimentó un crecimiento en el año 2005 del 2,45 por ciento, mientras que la tasa de crecimiento de la población fue de 2,75. Las perspectivas de mayores ingresos generados por las exportaciones de gas natural podrían coadyuvar la lucha contra la pobreza, con la política de "puertas abiertas" hacia el resto del mundo orientada a cambiar la estructura económica del país.

Las ramas de actividad económica que contribuyen en mayor porcentaje al PIB de Bolivia son las relacionadas al sector de servicios, la agricultura, la industria manufacturera y la minería. Aproximadamente el 50 por ciento del PIB se produce en la actividad comercial, el transporte, los establecimientos financieros, la administración pública y otros servicios. La agricultura al igual que la industria manufacturera contribuye con el 13 por ciento del PIB y la minería con el ocho por ciento.

Un factor positivo es la baja inflación registrada en el 2005, que alcanzó al 3,9 por ciento; sin embargo, la inversión pública ha disminuido a 292 millones de \$US en el mismo año. Otro aspecto desfavorable de la economía boliviana es el excesivo déficit fiscal que se encuentra en alrededor del 8 por ciento del PIB.

El Producto Interno Bruto¹⁸ (PIB) del departamento de Oruro en términos nominales fue de 3.547,37 millones de bolivianos, que representó 5,09 por ciento con relación al total nacional. El Producto Interno Bruto Per Cápita¹⁹ alcanzó a 1.038 dólares estadounidenses, superior al promedio.

¹⁵ Tasa Global de Fecundidad: es el número esperado de hijos e hijas nacidos vivos que una mujer tendría al término de su vida fértil, asumiendo que sus años de vida reproductiva transcurren conforme a las tasas de fecundidad por edad observadas en un año determinado (INE).

¹⁶ Tasa de Mortalidad Infantil: muerte de niños y niñas menores de 1 año con respecto al total de nacidos vivos (INE).

¹⁷ Esperanza de vida al nacer: es el número esperado de años que viviría un recién nacido vivo (INE).

¹⁸ El Producto Interno Bruto es el valor de los bienes y servicios de destino final, resultado de la actividad productiva de un país, que se realiza en su territorio económico y para una gestión determinada.

¹⁹ Producto Interno bruto Per Cápita, es el valor del Producto Interno Bruto sobre el total de población.

CUADRO 1**Producto Interno Bruto, 2004(p), departamento de Oruro**

INDICADOR	ORURO	BOLIVIA
PIB REAL (millones de bolivianos)	1.251,49	24.791,76
PIB REAL (millones de dólares estadounidenses)	394,79	7.820,75
PIB NOMINAL (millones de bolivianos)	3.547,37	69.625,94
PIB NOMINAL (millones de dólares estadounidenses)	446,21	8.757,98
PIB PER CÁPITA (bolivianos)	8.255	7.546
PIB PER CÁPITA (dólares estadounidenses)	1.038	949

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

(p): Preliminar

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, la actividad productiva departamental presentó entre sus principales sectores de aporte al PIB departamental, a la Extracción de Minas y Canteras 19,49 por ciento, Servicios de la Administración Pública 16,86; Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones 15,87; Industrias Manufactureras 9,67 por ciento; Establecimientos Financieros, Seguros, Bienes Inmuebles y Servicios Prestados a las Empresas 7,98; Comercio 6,97; Agricultura, Silvicultura, Caza y Pesca 5,05 por ciento; Servicios Comunes, Sociales y Personales 4,56 por ciento; Restaurantes y Hoteles 4,31 y Electricidad, Gas y Agua 3,22 por ciento.

Las actividades que mostraron variación negativa son: Extracción de Minas y Canteras 26,65 por ciento; Construcción 4,46; Establecimientos Financieros, Seguros, Bienes Inmuebles y Servicios Prestados a Empresas 2,77; Comercio 2,00; y Servicios, Comunes, Sociales, Personales y Doméstico 0,21 por ciento.

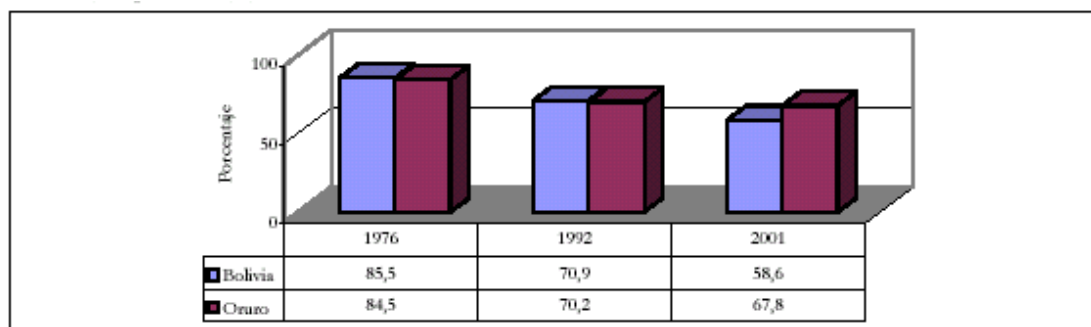
En el año 2005, las exportaciones del departamento de Oruro aumentaron en 8,87 por ciento respecto a 2004, que en términos absolutos representaron 15,65 millones de dólares estadounidenses. Este incremento se explica por la variación positiva que registraron las actividades de la Agricultura Ganadería, Caza y Pesca en 24,19 por ciento, Extracción de Minerales 15,68 y Actividades de la Industria Manufacturera 3,58 por ciento.

La incidencia de pobreza en el departamento de Oruro presentó reducción desde 2001; el año 1976 fue 84,5 por ciento y a nivel nacional de 85,5. Según el Censo de 1992, 70,2 por ciento de las personas en Oruro se enmarcaba en la categoría de pobres y en el ámbito nacional, las personas pobres alcanzaban a 70,9 por ciento. El año 2001, se presentó reducción en la incidencia de pobreza tanto en Oruro como a

nivel nacional, la reducción fue menor en el caso de Oruro, 67,8 por ciento, mientras que a nivel nacional fue de 58,6 por ciento. La reducción de la pobreza en el departamento de Oruro fue 16,7 puntos porcentuales, mientras que a nivel Bolivia fue de 27,2 puntos porcentuales.

GRAFICO 1

Población pobre, según censos de 1976, 1992 y 2001, departamento de Oruro (En porcentaje)



Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

2.2. Características de la población de Oruro

En todas las viviendas de la muestra seleccionada para la encuesta Línea de Base PRICCAS 2006, se aplicó el cuestionario del hogar en el que se registraron las características más importantes de cada uno de los miembros del hogar: sexo, edad, educación y características de la vivienda y el hogar.

2.2.1. HOGARES Y PERSONAS ENTREVISTADAS

De un total de 1.700 hogares seleccionados para el departamento de Oruro, se realizaron 1.713 entrevistas a mujeres de 15 a 49 años y 2.379 niños menores de cinco años. En la Red de Occidente, se tiene la menor cobertura tanto de mujeres como de niños menores de cinco años, por estar conformados por municipios expulsores de gente principalmente a Chile²⁰.

2.2.2. JEFATURA Y TAMAÑO DEL HOGAR

En Oruro, el 14,7 por ciento de los hogares tiene a una mujer como jefa de hogar. La baja proporción de hogares que declararon como jefa de hogar a una mujer, podría estar subestimada por aspectos más de carácter cultural que económicos.

²⁰ Por las características migratorias y la escasa población de la red de accidente, se realizó un barrido de las UPM, pese a esto no se pudo completar el cupo de mujeres de 12 a 49 años de edad en 7 UPMs. (Informe Técnico de Supervisora Red 3 Occidente).

Por red de salud, en los municipios de occidente el 22% de los hogares tienen a una mujer con jefa del hogar y en los municipios de la red de salud de Huanuni tal solo el 6 por ciento de los hogares son jefes de hogar las mujeres.

Según datos de la ENDSA 2003, en el área rural nacional el 17 por ciento de los hogares cuentan con una mujer como jefe de hogar y para el departamento de Oruro el 20 por ciento.

CUADRO 2. Distribución porcentual de la población según mujeres jefes de hogar por red de salud, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud		Hogares con Mujer como jefe de hogar	Tamaño promedio	Número de hogares
Red de salud	Eucaliptus	12.5	5.2	417
	Azanake	18.8	5.3	531
	Occidente	22.4	5	123
	Corque	16.5	5.3	308
	Huanuni	6.1	4.9	320
TOTAL		14.7	5.2	1700

Respecto al número de personas por hogar, en Oruro, el número promedio de miembros es de cinco personas por hogar.

2.3. Características de las viviendas del departamento de Oruro

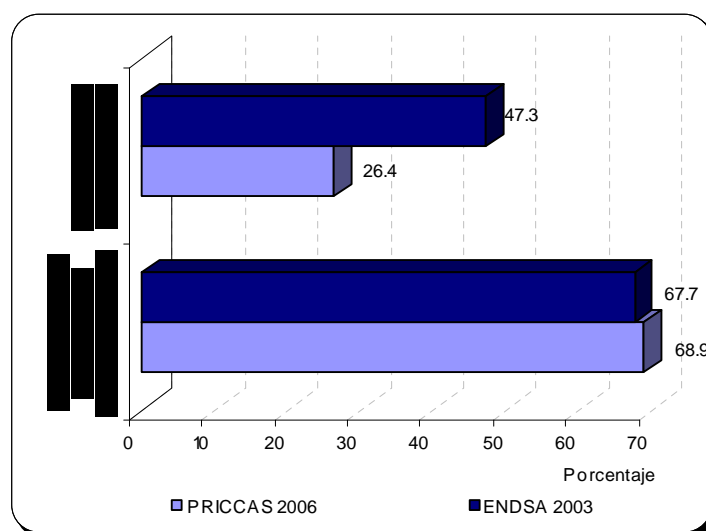
Las condiciones de la vivienda juegan un papel muy importante al influir en la calidad de vida de los hogares. El acceso a servicios básicos y características de la vivienda, pueden determinar si las necesidades básicas satisfacen a los hogares en pro de una mejora de las condiciones de vida en general.

La información recogida en el cuestionario del hogar, permite conocer la disponibilidad de los servicios básicos en las viviendas visitadas.

2.3.1. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS BÁSICOS

El disponer y acceder a los servicios básicos como agua y servicio de alcantarillado para eliminación de excretas, se encuentra asociado a mejores condiciones de supervivencia de la población y en consecuencia de los niños.

GRÁFICO 2. Distribución porcentual de hogares, según principal fuente de agua para beber y facilidad sanitaria usada por el hogar, departamento de Oruro, PRICCAS 2006 y Nacional ENDSA 2003



2.3.1.1. Fuente de agua para beber

Para evaluar las condiciones socioeconómicas en las que vive la población y la protección de las enfermedades relacionadas con el medio ambiente, sobre todo con el agua, se les pidió a las encuestadas que proporcionen información sobre el ambiente domiciliario. Con prácticas de higiene y saneamiento apropiadas, se puede reducir la incidencia de enfermedades graves infantiles, tal como la diarrea

El 68,9 por ciento de los hogares en el departamento de Oruro, accede al agua potable (considerando las conexiones dentro o fuera de la vivienda y aun en pilas públicas), mostrando un ligero aumento respecto a la ENDSA 2003, para este departamento (67.7 por ciento).

Los municipios de la red de salud de Huanuni y los de Occidente, tienen los más altos porcentajes en agua por cañería considerando las conexiones dentro y fuera de la vivienda, edificio, lote o terreno (91,4 y 77,6 por ciento, respectivamente); al otro extremo tenemos a los municipios de la red de Eucaliptos donde algo más de la mitad de los hogares se abastece por este mismo medio (59,3 por ciento).

CUADRO 3. Distribución porcentual de hogares, según principal fuente de agua para beber, por red de salud y nivel de instrucción, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Fuente principal de abastecimiento de agua							
Red de salud/ Nivel de instrucción	Agua por tubería dentro de la vivienda, edificio, lote o terreno	Agua de pileta pública	Agua de pozo	Agua de río, lago, vertiente o acequia	Agua de carro repartidor o aguatero	Otro	Total
Eucaliptus	55.4	3.9	35.9	3.6		1.1	100
Azanake	59.3	5.3	30.9	3.1		1.4	100
Occidente	70.9	6.7	19.4	0.7		2.2	100
Corque	59.4	3.1	31.1	5.3	0.3	0.8	100
Huanuni	73.1	18.3	5.8	2.5		0.3	100
TOTAL	61.8	7.1	26.6	3.3	0.1	1.1	100
Ninguna	53	6.6	32.6	5.3		2.5	100
Primaria	57.4	6.3	30.9	4.4	0.1	0.9	100
Secundaria y más	67.2	8	21.5	2		1.2	100
TOTAL	61.8	7.1	26.6	3.3	0.1	1.1	100

A mayor nivel de instrucción existe una tendencia ascendente de fuente mejorada de abastecimiento de agua (considerando agua por cañería dentro o fuera de la vivienda, edificio, lote o terreno y la pileta pública), de un 59,6 por ciento de los hogares con ningún nivel de instrucción se abastecen de agua potable, se incrementa a 75,2 por ciento de hogares que tienen un nivel de instrucción de secundaria y más.

2.3.1.2. Servicio higiénico

La información recogida en el Cuestionario de Hogar en la presente investigación, permite conocer la disponibilidad de los servicios básicos, en este caso, sobre las formas de eliminación de excretas en las viviendas visitadas.

El disponer o acceder a los servicios básicos, como el referente a la eliminación de excretas por medio de facilidades sanitarias mejoradas, se encuentran asociadas a mejores condiciones de vida de la población en general, y de los niños en particular.

Al igual que en el caso de disponibilidad de fuentes de agua para beber, este indicador se obtiene ponderando el número de hogares por el número de miembros por hogar.

Del total de hogares orureños visitados, más del 70 por ciento no tienen servicio sanitario, según la ENDSA para el departamento de Oruro tanto urbano como rural, el más del 50% de la población orureña no tenía acceso a servicio sanitario.

CUADRO 4. Distribución porcentual de hogares, según tipo de facilidad sanitaria usada por el hogar, por red de salud y nivel de instrucción, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Tipo de servicio higiénico						
Red de Salud/nivel de instrucción	Inodoro conectado a la alcantarilla	Inodoro conectado a pozo ciego	Letrina	Campo abierto	Otro	Total
Eucaliptus	0.3	7.8	22.8	69.1		100
Azanake	13.2	2.2	5.1	79.5		100
Occidente	12.7	7.5	18.7	56.6	4.5	100
Corque	10.1	1.1	12.3	75.4	1.1	100
Huanuni	16.4	1.7	3.1	74.7	4.2	100
TOTAL	10.4	3.9	12.1	71.8	1.8	100

A nivel de red de salud, los municipios de la red de salud de Azanake, Corque y Huanuni tienen los más altos porcentajes respecto al promedio departamental, el 79,5 por ciento, 75,4 y 74,7 por ciento, respectivamente, de los hogares en estos municipios declararon a campo abierto como tipo de servicio higiénico que tiene el hogar; constituyéndose éste un predominante en el departamento de Oruro.

A mayor nivel de instrucción del jefe del hogar, aumenta la disponibilidad de inodoro conectado a la alcantarilla de un 5,7 cuando el jefe de hogar no tiene ningún nivel de instrucción a 15 por ciento cuando el jefe de hogar cursó secundaria o más.

2.3.2. PERSONAS POR DORMITORIO

CUADRO 5. Distribución porcentual de hogares, según hacinamiento y número de miembros del hogar, por red de salud y nivel de instrucción, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud / Nivel de instrucción del jefe de hogar	Hacinamiento		Número de hogares
	Hacinado	No hacinado	
Eucaliptus	92.8	7.2	417
Azanake	83.7	16.3	531
Occidente	76.8	23.2	123
Corque	83.2	16.8	308
Huanuni	84.6	15.4	320
TOTAL	85.5	14.5	1700
Ninguna	75.1	24.9	61
Primaria	88.6	11.4	856
Secundaria y más	82.9	17.1	783
TOTAL	85.5	14.5	1700

El número de personas por dormitorio puede emplearse como indicador de hacinamiento. Como se aprecia en el cuadro anterior el 85,5 por ciento de los hogares presenta un promedio de 3 personas por dormitorio.

2.3.3. COMBUSTIBLE PARA COCINAR

Del total de hogares orureños visitados, algo mas de la mitad de ellos han declarado al gas licuado como el principal combustible para cocinar (51,1 por ciento), le sigue en importancia la leña con 44,7 por ciento.

CUADRO 6. Distribución porcentual de hogares, según tipo de combustible para cocinar, por red de salud y nivel de instrucción, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Principal combustible que utiliza para cocinar							
Red de Salud/nivel de instrucción	Leña	Guano, bosta, taquia	Kerosén	Gas licuado	Electricidad	No cocina	Total
Eucaliptus	63.2		0.8	35.9			100
Azanake	48.2	2.5		49.3			100
Occidente	37.2			62.4	0.4		100
Corque	59.7	6.4	0.3	33.1	0.3	0.3	100
Huanuni	2.8	8.9	0.8	87.2	0.3		100
TOTAL	44.7	3.6	0.4	51.1	0.1	0.1	100
Ninguna	66.2	9.7		24.2			100
Primaria	53	4.8	0.4	41.4	0.3	0.1	100
Secundaria y más	33.9	1.9	0.4	63.8			100
TOTAL	44.7	3.6	0.4	51.1	0.1	0.1	100

Si bien se tiene similar comportamiento a nivel de red de salud, a excepción de los municipios de la red de Huanuni donde el 82,7 por ciento de los hogares utiliza gas y el 8,9 por ciento utiliza guano, bosta o taquia como combustible para cocinar y en menor proporción (2,8 por ciento) leña. Al otro extremo ubican a los municipios de la red de Eucaliptus y Corque, con el 63,2 y 59,7 por ciento de hogares que declaran la leña como el principal combustible utilizado para cocinar.

CAPÍTULO III

SITUACIÓN DE SALUD DE LA MUJER

La información estadística sobre la salud materna-infantil es de vital importancia dentro de las estadísticas sociales, debido a su relación con dos grupos de población estratégicos en el contexto de las políticas de desarrollo humano: madres e hijos menores de edad. Afortunadamente Bolivia dispone ya de cuatro Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA's) –realizadas en 1989, 1994, 1998 y 2003– que pueden proporcionar puntos de referencia válidos para el diseño de políticas al respecto.

La Encuesta Línea de Base PRICCAS 2006, contiene una cantidad apreciable de información sobre aspectos relacionados con la salud materna infantil que no sólo permiten evaluar tópicos del pasado inmediato en la materia, sino también anticipar o proyectar las tendencias futuras. En este capítulo, se presentan los resultados referidos a temas tales como: la atención prenatal y asistencia durante el parto, la cobertura de las vacunas contra el tétanos, la prevalencia y tratamiento de ciertas enfermedades, especialmente la diarrea e infecciones de las vías respiratorias.

3.1. Atención Prenatal y Asistencia en el Parto

La cobertura y calidad de la atención prenatal y durante el parto constituyen factores estrechamente ligados a la salud materna e infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta a evaluar la situación general de la salud del país. En PRICCAS 2006, se averiguó, para los nacimientos ocurridos a partir de mayo de 2001, si la madre había recibido el toxoide antitetánico y si había tenido atención prenatal y durante el parto, al igual que el sitio de ocurrencia del parto.

3.1.1. TIPO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

En Oruro, ochenta y dos de cada cien futuras madres recibieron cuidado prenatal por personal de salud. A nivel nacional según la ENDSA 2003, el 68 por ciento de las futuras mamás recibieron cuidado prenatal por personal de salud y el 74 por ciento en Oruro.

CUADRO 7. Distribución porcentual de mujeres de 12 a 49 años que tuvieron nacimientos en los 5 años anteriores a la encuesta, por tipo de personal que prestó cuidado prenatal, según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/nivel de instrucción		Persona que proporcionó la atención prenatal					Meses de embarazo al primer control prenatal	Número de visitas	Meses de embarazo cuando fue al último control prenatal
		Médico	Enfermera	Auxiliar de enfermería	Otro	Ninguna atención	Media	Media	Media
Red de salud	1 Eucaliptus	29.1	44	10.4		16.5	4.1	4.1	8.6
	2 Azanake	57.5	19.7	0.3	0.3	22.2	3.8	4.3	8
	3 Occidente	38.9	40.2	5.2		15.7	3.4	4.4	8.4
	4 Corque	39.1	40.5	3		17.4	3.8	4.2	8.4
	5 Huanuni	77.4	7.1	0.3	0.3	14.8	3.3	5	8.6
Total		49.9	28.3	3.6	0.2	18.1	3.7	4.4	8.4
Edad	15-19	44.7	30.7	2.8		21.8	4.3	4.2	8.3
	20-24	53.7	31.3	3.4		11.6	3.7	4.5	8.4
	25-29	59.8	24.5	2.8	0.2	12.7	3.5	4.7	8.4
	30-34	49.9	26.8	4.4	0.5	18.2	3.7	4.5	8.4
	35-39	38.3	32.3	3.3		26.1	3.8	3.9	8.3
	40-44	41.8	23.8	5.3		29.1	4	3.9	8.2
	45-49	29.6	30.1	6.1		34.3	4.1	3.4	8.2
Total		49.9	28.3	3.6	0.2	18.1	3.7	4.4	8.4
Nivel de instrucción	Ninguna	42.6	19.1	3.2		35.2	4.1	3.3	7.9
	Primaria	40.5	32.8	5	0.3	21.5	3.9	4.1	8.3
	Secundaria y más	66	22.7	1.6		9.7	3.5	4.9	8.5
Total		49.9	28.3	3.6	0.2	18	3.7	4.4	8.4

Las menores coberturas de atención prenatal por personal de salud, se presentan en los municipios de las redes de salud de Azanake 77 por ciento.

En Oruro, departamento con elevada cobertura prenatal por personal de salud, no se encuentran diferencias importantes entre grupos de edad, la línea de base muestra que para algunos embarazos, en los cuales los riesgos de complicaciones son altos, especialmente en madres menores de 20 años, el cuidado prenatal por parte de salud es del 78 por ciento.

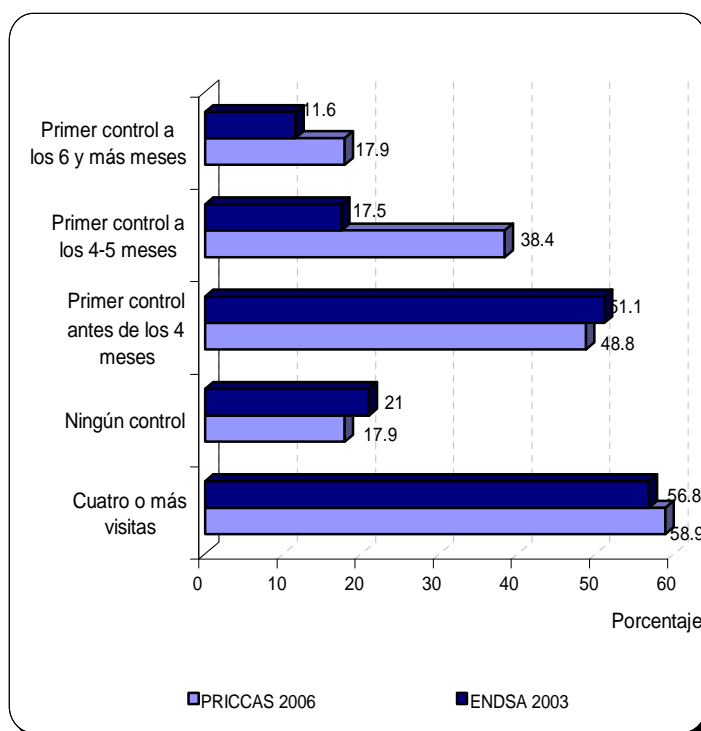
La atención prenatal por personal de salud en mujeres de más de 30 años tiende a disminuir de cerca del 80 por ciento al 65 por ciento.

Por otro lado, más del 90 por ciento de los embarazos de mujeres con nivel de instrucción medio o mayor recibió cuidado prenatal, frente al 69,9 por ciento de los embarazos de mujeres sin ninguna instrucción.

2.1.2. FRECUENCIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Entre las normas vigentes del Ministerio de Salud y Deportes, está brindar como mínimo cuatro controles a un embarazo de bajo riesgo, teniendo que realizarse el primero en el primer trimestre de embarazo, el segundo en las semanas 20-24, el tercero en las semanas 28-32 y el cuarto en las semanas 36-38.

GRÁFICO 4. Distribución porcentual de mujeres, por número de visitas de atención prenatales, para el último nacimiento, departamento de Oruro PRICCAS 2006 y nacional ENDSA 2003



En Oruro, alrededor de 6 mujeres de cada 10 tienen al menos cuatro controles prenatales. A nivel nacional según la ENDSA 2003, el 58 por ciento de las mujeres tienen al menos cuatro controles prenatales y el 56 por ciento en Oruro.

CUADRO 8. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años que tuvieron nacimientos en los 5 años anteriores a la encuesta, por número de visitas de atención prenatales, para el último nacimiento y por el momento de la primera visita, según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/Nivel de instrucción	Visitas al control prenatal				Meses de embarazo en su atención por primera vez				Meses de embarazo tenía cuando se hizo ultimo control prenatal
	1	2-3	4 y más	No sabe/sin información	Menos de 4 meses	4-5	6 y más	No sabe/sin información	Media
Eucaliptus	6.2	36.7	56.4	0.7	35	42.4	22.2	0.5	5
Azanake	11.1	31.2	56.3	1.5	49.9	25.8	22.1	2.2	6
Occidente	7.1	28.2	55.5	9.2	55.2	24.3	12.2	8.3	11
Corque	6.4	35.9	55	2.7	50.1	30.7	14	5.2	9
Huanuni	5.5	20.1	70.9	3.5	60	25.4	11.8	2.8	6
TOTAL	7.7	30.9	58.9	2.5	48.8	30.5	17.9	2.9	7
15-19	12.3	28.3	59	0.4	37.9	30.7	30.6	0.7	5
20-24	6.6	28.1	63.3	2	49.7	30.3	17.3	2.7	6
25-29	5.3	27.7	63.8	3.3	52.7	30.2	14.5	2.6	6
30-34	9.3	31.3	56.1	3.3	47.3	33.1	16.7	2.9	6
35-39	9.7	40.9	47.8	1.6	45.1	28.2	22.9	3.8	8
40-44	9.2	34.3	53.8	2.6	51.2	26.7	16.7	5.4	9
45-49	5.4	46.1	43.7	4.8	46.8	38	11.4	3.7	7
TOTAL	7.7	30.9	58.9	2.5	48.8	30.5	17.9	2.9	7
Ninguna	18.6	34	39.2	8.2	42.5	28.1	20.3	9.2	13
Primaria	9.1	36.7	51.7	2.5	46.6	28.9	20.8	3.7	7
Secundaria y más	4.2	21.9	72.1	1.9	52.8	33.1	13.1	1	4
TOTAL	7.7	30.9	58.9	2.5	48.8	30.5	17.9	2.9	7

El 48,8 por ciento de las mujeres orureñas asisten a su primer control prenatal antes del cuarto mes de embarazo. A nivel nacional, según la ENDSA 2003 el 40,8 por ciento de las mujeres realizaron su primer control prenatal antes del cuarto mes de embarazo y el 51,1 por ciento en Oruro.

Por red de salud, es importante resaltar la cobertura de al menos cuatro controles prenatales en Huanuni con el 70,9 por ciento, siendo en el resto de las redes similar la departamental.

En los municipios de de la red de salud de Eucaliptus el 35 por ciento de las mujeres tienen su primer control prenatal antes del cuarto mes de embarazo.

2.1.3. CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Uno de los problemas más sentidos en los servicios maternos, es la calidad de la atención. El control prenatal, debe garantizar el cumplimiento efectivo de todas las actividades que fomenten la protección, recuperación y rehabilitación de la salud materna-infantil a través de una atención integral a la mujer embarazada.

Entre los principales componentes de control prenatal se encuentra el interrogatorio (para conocer los antecedentes en salud, familiares y personales y la evolución del embarazo en curso), el examen clínico general, los exámenes de laboratorio (sangre y orina).

CUADRO 9. Porcentaje de mujeres que recibieron cuidado prenatal para el último nacimiento, porcentaje que recibió contenidos específicos de la atención, según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Porcentaje de mujeres embarazadas a las que:							
Red de Salud/edad/nivel de instrucción de la madre	Pesaron	La midieron	Presión arterial	Examen de orina	Examen de sangre	Barriga	Latidos bebé
Eucaliptus	95.3	93.6	95.2	32.4	19.4	92.3	88.6
Azanake	88.5	85.6	92.8	51.3	46.6	94.6	93.9
Occidente	86.5	83.7	95.7	39.9	31.8	93.1	97.9
Corque	88.9	87.1	94.3	39.2	31.8	93.9	93.9
Huanuni	94.8	92.9	95.8	64.4	58.9	94.2	93.2
TOTAL	91.1	88.7	94.7	45.8	38.4	93.7	92.8
15-19	87.6	85.1	93.2	49	38.5	90.5	94.5
20-24	93.8	91.9	95	45.6	39	90.9	91.2
25-29	92.4	93	96.8	52.4	45.8	99.1	95

30-34	90	86.8	92.8	44.8	40.6	94.1	93.9
35-39	86.4	83	94.2	36.7	26.1	92	90.2
40-44	93.6	87.9	92.2	42.5	30.1	92.3	91.7
45-49	84.6	84.6	95.4	41.8	20.8	87.4	87.4
TOTAL	91.1	88.7	94.7	45.8	38.4	93.7	92.8
Ninguna	83.3	78.1	88.7	31.7	24.7	88.5	85.2
Primaria	89.3	88.2	93.8	37.7	28.3	93.8	91.9
Secundaria y más	95.4	91.6	96.5	59	53.7	94.2	94.7
TOTAL	91.1	88.7	94.7	45.8	38.4	93.7	92.8

Según declaración de las mujeres, para casi la totalidad de los embarazos de nacidos vivos con atención prenatal, el 91,1 por ciento de las mujeres fueron pesadas, 88,7 talladas y 94,7 por ciento con toma de presión arterial en sus controles prenatales; al 38,4 y al 45,8 por ciento le tomaron exámenes de sangre y de orina, respectivamente.

Según la ENDSA 2003 a nivel nacional, entre un 90-94 por ciento, las mujeres recibieron las actividades rutinarias del examen clínico (mujeres pesadas, talladas, con toma de presión arterial) en sus controles prenatales; al 56 y al 62 por ciento le tomaron exámenes de sangre y de orina

La consejería es igualmente suministrada, aún que en menor proporción a las mujeres de menor educación.

2.1.4. TÉTANO NEONATAL

Como parte de la información sobre las condiciones de salud de los niños de las mujeres entrevistadas, se preguntó a las madres si ellas recibieron vacuna contra el tétanos durante la etapa gestacional y el número de veces durante ese embarazo. Las condiciones de higiene e inmunización que rodean el parto, sobre todo en lo que se refiere a los instrumentos utilizados para el corte del cordón umbilical, hacen que sea necesaria la aplicación de la vacuna antitetánica durante la gestación, para prevenir al niño de contraer el tétanos neonatal al momento del alumbramiento. Por estas razones es importante identificar los grupos de riesgo para orientar las campañas y reducir así la morbimortalidad.

En el Cuadro siguiente, se presenta la información de acuerdo con el número de dosis por grupos de edad de las mujeres en Oruro. También se presentan resultados a nivel departamental para contextualizar la situación de este departamento.

CUADRO 10. Porcentaje de mujeres con nacimientos en los últimos cinco años protegidas contra tétano neonatal, según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad	Mujeres con vacuna del tétano neonatal	Dosis contra el tétano neonatal durante el embarazo				
		1	2	3	4	5 y más
1 Eucaliptus	38.0	82.7	14.1	3.2		
2 Azanake	46.1	71.2	22.3	4.7		1.7
3 Occidente	41.0	63.9	25.2	9.5	0.7	0.7
4 Corque	59.5	75.3	17.7	7.1		
5 Huanuni	73.3	63.1	27.2	9.4	0.3	
Total	51.3	71.5	21.4	6.5	0.1	0.5
15-19	57.2	57.8	30.4	11.8		
20-24	55.2	72.4	19.4	7.7		0.6
25-29	53.6	68.8	24.4	5.0	0.4	1.4
30-34	51.9	76.9	16.0	7.1		
35-39	44.5	72.8	23.2	4.0		
40-44	43.9	73.9	22.2	3.9		
45-49	27.5	88.2	5.9	5.9		
Total	51.3	71.5	21.4	6.5	0.1	0.5

En el departamento de Oruro, al 51,3 por ciento de las mujeres embarazadas le pusieron alguna inyección en el brazo para prevenir que al bebé le diera tétanos. De esta cobertura; el 71,5 por ciento recibieron una dosis y tan sólo el 21,4 declararon tener la segunda dosis. A nivel nacional según la ENDSA 2003 el 44,6 por ciento de las mujeres recibieron por lo menos una inyección contra el tétanos neonatal, y el 53,3 por ciento de las mujeres del departamento de Oruro.

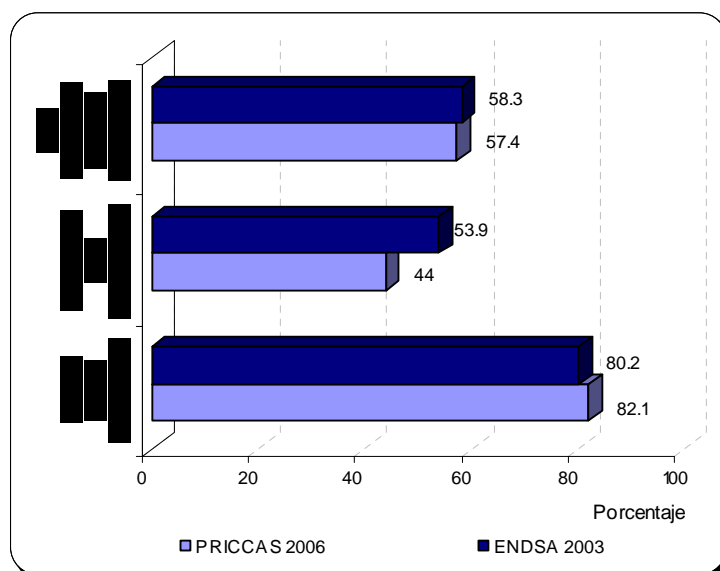
Los municipios de la red Huanuni tienen la mayor cobertura de mujeres protegidas contra el tétano neonatal (73,3 por ciento) y al otro extremo se ubican los municipios de la red de Eucaliptus con el 38 por ciento.

Las coberturas de mujeres protegidas contra el tétanos neonatal tienen una tendencia a disminuir a mayor edad de la madre, de 57,2 por ciento en mujeres de 15 a 19 años, a 44,5 por ciento en mujeres de más de 35 años.

2.2. Lugar de ocurrencia del parto y tipo de asistencia

La encuesta Línea de Base PRICCAS 2006, contiene una cantidad apreciable de información sobre aspectos relacionados con la salud materno – infantil que no sólo permiten evaluar acontecimientos del pasado inmediato en la materia, sino también proyectar las tendencias futuras. En este informe, se presentan los resultados referidos a la atención del parto, a la persona quien atendió el parto y parto ocurrido en un establecimiento de salud.

GRÁFICO 6. Atención Prenatal y Asistencia del Parto por Personal de Salud

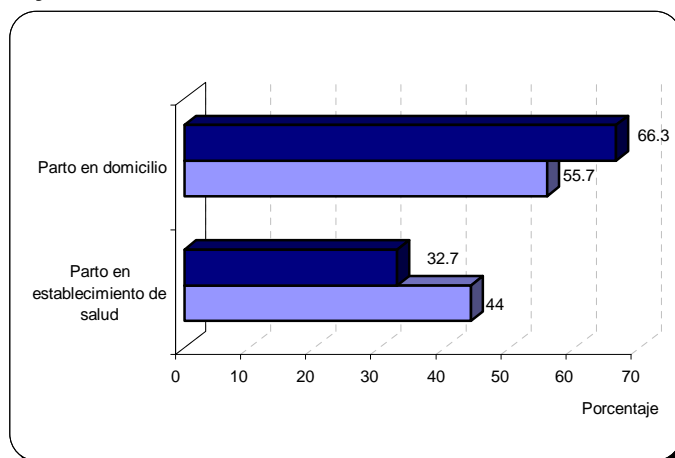


En el gráfico se puede observar una relación inversa entre mujeres con atención prenatal y la atención del parto en los establecimientos de salud. En Oruro, el ochenta y dos por ciento de las futuras madres recibieron cuidado prenatal y de éstas tan solo el 44 por ciento acudieron a un establecimiento de salud (público o privado).

2.2.1. LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO

El 44 por ciento de los nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta ocurrieron en un establecimiento de salud, lo que implica que el parto domiciliario es todavía importante.

GRÁFICO 4. Distribución porcentual de nacimientos por lugar de ocurrencia del parto, según características seleccionadas, departamento de Oruro PRICCAS 2006 y ENDSA 2003



A nivel nacional, el 32,7 por ciento de los nacimientos en los cinco años antes de la encuesta tuvieron lugar en un establecimiento de salud, (ENDSA 2003).

CUADRO 11. Distribución porcentual de nacimientos en los cinco años que precedieron a la encuesta, por lugar de ocurrencia del parto, según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad	Hospital publico, centro o posta de salud	Servicios privados (clínica consultorio, etc.)	En la casa	Otros lugares
Eucaliptus	36.0	1.0	62.4	0.6
Azanake	39.3	2.1	58.4	0.2
Occidente	25.9	5.2	68.3	0.5
Corque	27.8	5.4	66.8	0.0
Huanuni	70.5	2.3	27.0	0.2
TOTAL	41.3	2.7	55.7	0.3
15-19	47.1	2.5	50.4	0.0
20-24	45.3	1.7	52.6	0.4
25-29	47.7	3.9	47.8	0.6
30-34	34.9	4.1	60.9	0.0
35-39	33.7	0.3	65.7	0.3
40-44	35.2	3.4	61.5	0.0
45-49	29.0	1.5	69.5	0.0
TOTAL	41.3	2.7	55.7	0.3

En el departamento de Oruro, aún con la cobertura de parto domiciliario mayor a la media nacional, existen subpoblaciones con altos porcentajes de partos institucionales, como la población de la red de Huanuni con el 72,8 por ciento.

Por edad, son mayores las coberturas de parto en un establecimiento de salud en mujeres de menos de 30 años de edad.

2.2.2. TIPO DE ASISTENCIA DURANTE EL PARTO

CUADRO 12. Distribución porcentual de mujeres que tuvieron nacimiento en los cinco años que precedieron a la encuesta, por tipo de persona que asistió el parto, según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad	Persona que atendió el parto							
	Médico	Enfermera	Auxiliar de enfermería	Partera	Esposo/compañero	Familiar/amiga	Otro	Nadie
Eucaliptus	34.9	7.3	2.4	7.1	30.3	16.2	0.4	1.4
Azanake	43.3	8.2	0.9	4.9	25.0	13.7		4.0
Occidente	31.2	17.7	4.5	9.0	20.0	15.5	0.2	2.0
Corque	29.9	17.8	1.0	6.2	27.5	14.2	1	2.4
Huanuni	73.4	2.7		1.6	15.0	5.3	1.2	0.8
TOTAL	46.6	9.4	1.4	5.3	22.9	11.3	0.5	2.3
15-19	47.6	10.5	0.7	5.2	8.1	26.6		1.3
20-24	48.6	9.5	1.6	4.1	16.3	18.4	0.6	0.8
25-29	51.1	7.2	1.6	5.2	20.6	11.3	0.3	2.7
30-34	38.9	10.5	1.0	6.3	30.6	8.5	0.6	3.6
35-39	33.3	8.9	0.9	6.4	38.4	7.9	1.1	3.1
40-44	35.6	13	2.8	4.8	33.7	8.2		1.9
45-49	26.9	9.1		8.4	38.4	10.9	1.5	4.7
TOTAL	46.6	9.4	1.4	5.3	22.9	11.3	0.5	2.3

El 57,4 por ciento de los nacimientos fueron atendidos por personal de salud (médicos, enfermeras y auxiliares). Según la ENDSA 2003, para el departamento de Oruro, el 58,3 por ciento de las mujeres que tuvieron un nacimiento en los últimos cinco años al momento del parto fueron atendidas por personal de salud.

Los municipios de la red de Huanuni son los de mayor cobertura de partos atendidos por personal de salud, con el 76,1 por ciento.

En el departamento de Oruro, es importante la participación del esposo/compañero en la atención del parto con más del 20 por ciento.

2.2.3. PESO AL NACER

Según peso de tarjeta, el 47 por ciento de los niños pesaron 2.5 kilogramos o más y el 37 por ciento pesan 2.5 Kg. o más según recuerda la madre. A nivel nacional según la ENDSA 2003 el 38,3 por ciento pesa 2,5 Kg. o más y el 52,7 por ciento para el departamento de Oruro.

CUADRO 13. Distribución porcentual por peso del niño al nacer, según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad	Peso del niño al nacer					
	Peso de la tarjeta		Peso según recuerda		No sabe	Sin información
	Menos de 2.5 Kg.	2.5 Kg. o más	Menos de 2.5 Kg.	2.5 Kg. o más		
Eucaliptus	2.8	48.1	2.8	39.2	7.2	
Azanake	0.5	35.9	2.1	44.6	16.4	0.5
Occidente	1.7	29.2	1.7	49.2	15.8	2.5
Corque	1.2	45.3	1.2	43.5	8.7	
Huanuni	2.8	61.6	1.9	24.9	8.8	
TOTAL	1.9	47.5	2	37.4	11	0.3
15-19	7.6	53.8	2.3	34.7	1.5	
20-24	1.3	53.7	1.9	35.8	7.0	0.3
25-29	1.9	42.0	2.9	43.9	9.2	
30-34		48.5	1.9	37.5	12.0	
35-39	1.3	43.7	1.4	30.1	21.7	1.8
40-44	3.3	44.6		28.0	24.1	
45-49		37.1		40.8	22.1	
TOTAL	1.9	47.5	2.0	37.4	11.0	0.3

Por red de salud, en la red Huanuni, según tarjeta el 61,6 por ciento de los niños pesaron 2.5 Kg. o más según el carnet de salud, al otro extremo tenemos a los municipios de la red de Occidente con el 29,2 por ciento.

2.3. Cuidado postnatal de las madres

Período postnatal (o puerperio) se le llama al período de transformaciones progresivas anatómicas, metabólicas y hormonales en el que involucionan todas las modificaciones acaecidas durante la gestación, con la sola excepción de la glándula mamaria. Su duración es de aproximadamente sesenta días, teniendo una etapa inmediata (las primeras 24 horas), otro período de 10 días, un período alejado que comprende del 11º al 45º día y por último un período tardío que comienza a los 45 días y concluye con el retorno definitivo de la regla. El período postnatal, principalmente los dos primeros días, es susceptible a infecciones u otros trastornos de la salud que pueden llevar hasta la muerte por problemas originados durante el parto o por deficientes cuidados postnatales generales y locales. La atención postnatal a las mujeres también ayuda a la vigilancia del recién nacido, al apoyo de la lactancia natural y a la elección de un método de planificación familiar adecuado. La atención en salud calificada en este período, a pesar de no ser una práctica muy corriente, debe entonces continuar²¹.

Según las normas del Ministerio de Salud y Deportes, la mujer que ha tenido un parto normal puede tener su primer control durante la etapa inmediata (cuando el parto es institucional forma parte de los requisitos para dar de alta a las mujeres) y otros tres controles en los siguientes 42 días. Por efectos prácticos, en los países de baja accesibilidad a los servicios de salud se acepta un período de una semana para que las mujeres que no han tenido su parto en una institución acudan para su primer control puerperal.

En la Línea de Base PRICCAS 2006 se investigó la cobertura del control del puerperio por medio de una pregunta directa hecha a las mujeres entrevistadas sobre el tiempo transcurrido después de haber dado a luz, en que tuvo su primera revisión médica o control puerperal.

Los resultados indican que el 45,7 por ciento de las mujeres de Oruro que tuvieron su último parto fuera de una institución reportaron no haber tenido ningún control

²¹ ENDSA 2003

puerperal y el 36,4 por ciento realizaron su primera revisión médica a las semanas de haber dado a luz.

CUADRO 14. Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron hijos que no nacieron en establecimiento de salud en los cinco años anteriores a la encuesta por momento del primer control postnatal para el nacimiento más reciente, según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción	Control postnatal		
	Días después de nacido	Semanas después de nacido	No fue
Eucaliptus	10.9	50.1	38.9
Azanake	17.4	34.6	48
Occidente	34.7	28.8	36.5
Corque	28.6	22.1	49.3
Huanuni	10.7	38.5	50.8
TOTAL	17.9	36.4	45.7
15-19	23.7	30.7	45.7
20-24	15.1	42.3	42.6
25-29	19.1	39.6	41.2
30-34	17.7	38.2	44.0
35-39	21.1	25.9	53.0
40-44	12.9	35.5	51.6
45-49	13.5	16.1	70.4
TOTAL	17.9	36.4	45.7
Ninguna	16.1	16.8	67.1
Primaria	15.9	32.1	52.0
Secundaria y más	21.3	46.2	32.5
TOTAL	17.9	36.4	45.7

Tan sólo el 21,3 por ciento de mujeres con nivel de instrucción superior hicieron su primer control postnatal a los días después de haber nacido el bebé.

2.4. Nutrición de las madres

2.4.1. ESTATURA DE LAS MUJERES E ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

La estatura de la mujer es uno de los indicadores de crecimiento lineal de nutrición que se encuentra condicionado por la alimentación, la salud, la genética y entre otros más, el entorno.

La talla baja de las mujeres se encuentra asociada al riesgo durante el parto, bajo peso del niño al nacer, supervivencia infantil, incremento de la mortalidad materna, complicaciones durante el embarazo y el parto.

CUADRO 15. Estatura de la mujer e Índice de Masa Corporal (IMC) de 15 a 49 años de edad, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad	Altura (cm) media	Índice de Masa Corporal (IMC)							Número de mujeres
		18.5 a 24.9 IMC Normal	TOTAL Delgadas <18.5	17.0 a 18.4 Ligeramente delgada	<16 Severa mente delgada	TOTAL Sobre peso/ Obesas >=25.0	25.0 a 29.9 Sólo sobre peso	>=30 Sólo obesa	
Eucaliptus	149,4	59,9	0			40,1	32,3	7,8	422
Azanake	149,9	55	0,8	0,8		44,1	36,3	7,8	540
Occidente	149,9	42	0,4	0,4		57,6	39,4	18,2	127
Corque	150	52,6	1,4	1,1	0,3	46	35,7	10,3	312
Huanuni	150	49	1,7	1,7		49,3	35,2	14,1	322
TOTAL	149,8	53,7	0,9	0,8	0,1	45,4	35,2	10,2	1723
15-19	150,3	68,3	0,9	0,9		30,8	29,1	1,7	148
20-24	150	61,1	1,2	1,2		37,7	31,8	5,9	428
25-29	150	51,6	0,9	0,9		47,5	35,3	12,2	419
30-34	149,8	47,2	0,9	0,9		51,9	38,6	13,3	300
35-39	149,3	45,8	0,4		0,4	53,8	42,7	11,1	230
40-44	149,6	47,2	0			52,8	35,2	17,6	149
45-49	148,5	60,9	1,7	1,7		37,4	26,8	10,6	50
TOTAL	149,8	53,7	0,9	0,8	0,1	45,4	35,2	10,2	1723

En el presente estudio se midió la estatura de las mujeres comprendidas entre los 15 a 49 años de edad. De un ²²total 1723 mujeres, la estatura media en el departamento de Oruro es de 149.8 cm. La información nacional departamental muestra que la estatura media de Oruro es de 151.1 cm. ENDSA 2003, con un centímetro de diferencia.

El índice de masa corporal (IMC) permite medir la delgadez u obesidad del cuerpo y por lo tanto, la disponibilidad de energía del organismo, por consiguiente se debe considerar el peso y la talla, donde la primera es medida en kilogramos y la segunda en m² donde la relación es Kg/m². Se utilizó el ²³punto de corte de 18.5 para establecer los valores del IMC de acuerdo a la fórmula para obtener el **índice de Quetelet**. El índice se encuentra asociado con la edad, ya que la talla se ve afectada a medida que el ser humano crece y envejece.

Los resultados muestran que el 53.7 por ciento de las mujeres se encuentran en la normalidad (18.5 a 24.9). Con algún grado de delgadez menos del 1 por ciento (<18.5) y con sobrepeso y obesidad el 45.4 por ciento (≥ 25.0). Se observa que a partir de los 15 años comienza el sobrepeso y el porcentaje se incrementa a medida que avanza la edad. La información nacional del departamento muestra que el 58 por ciento tiene IMC normal, con algún grado de delgadez el 2 por ciento y con sobre peso y obesidad el 39.9 por ciento, algo menor en los dos primeros indicadores de las mujeres del estudio y mayor en el último.

Estos resultados, probablemente indican que la mujer no consigue obtener la talla adecuada durante la niñez y culminarla en la adolescencia, por lo tanto, el sobre peso y la obesidad son el resultado de una talla disminuida para la edad esperada y que se encuentra asociada principalmente a un déficit de nutrientes en su alimentación necesarios para su crecimiento durante la niñez y adolescencia donde se alcanza el pico máximo de la talla.

2.5. Conocimiento y utilización de prestaciones del SUMI

Los resultados indican que el 66,7 por ciento de las mujeres orureñas con nacimientos en los cinco años antes de la encuesta, reportaron saber lo que es el SUMI. De éstas el 64,6 por ciento recurren al SUMI para control prenatal y tan sólo el 43,3 por ciento tienen su parto a través del seguro.

Respecto al SUMI y los niños menores de cinco años, el 72 por ciento de las madres recurren al seguro para atención de enfermedades en menores de cinco años y el 40,7 por ciento realiza la atención de crecimiento del menor de cinco años.

²³ Internacional Dietary Energy Consultative Group.

CUADRO 16. Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron hijos que no nacieron en establecimiento de salud en los cinco años anteriores a la encuesta por momento del primer control postnatal para el nacimiento más reciente, según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad y nivel de instrucción de la madre	Mujeres que conocen o saben lo que es el SUMI	Servicios y prestaciones que utilizó del SUMI					
		Control prenatal	Atención de parto	Servicios de salud sexual y reproductiva	Atención de enfermedades de menores de 5 años	Atención de crecimiento de menores de 5 años	Vacunas
Eucaliptus	76.5	69.2	19.2	1.7	74.2	48.3	55.8
Azanake	65.9	54.2	40.0	1.7	83.3	20	22.5
Occidente	63.3	64.6	33.8	1.5	80.0	24.6	32.3
Corque	51.8	56.8	54.1	1.4	71.6	50	32.4
Huanuni	72.5	79.1	73.1	3.0	50.7	61.9	62.7
TOTAL	66.7	64.6	43.3	1.9	72.0	40.7	42.0
15-19	55.8	77.6	43.4	4.3	57.3	31.7	40.2
20-24	65.0	70.2	45.8	0.6	69.9	45.9	47.7
25-29	72.1	63.3	40.8	1.8	74.9	43.5	40.5
30-34	69.9	61.3	50.4	2.0	78.6	47.1	44.2
35-39	69.4	57.8	38.4	1.8	67.2	21.5	33.3
40-44	54.7	42.4	22.5	8.1	79.1	26.9	31
45-49	23.7						
TOTAL	66.7	64.6	43.3	1.9	72.0	40.7	42.0
Ninguna	40.0	61.8	13.9		62.2	28.1	37.8
Primaria	55.9	59.4	36.6	2.3	76.9	37.2	40.3
Secundaria y más	76.9	67.9	48.1	1.7	69.2	43.1	43.2
TOTAL	66.7	64.6	43.3	1.9	72.0	40.7	42.0

El conocimiento del SUMI, es mayor en mujeres de más de 25 de edad (72 por ciento) y entre aquellas con mayor nivel de instrucción (77 por ciento).

Aquí se ve claramente oportunidades perdidas que el AIEPI provoca, hay más porcentaje de atención de enfermedades que de control de crecimiento, debido al enfoque de atención de la enfermedad.

CAPITULO III

SITUACION DE SALUD DEL NIÑO

3.1. Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños menores de cinco años

Las enfermedades infecciosas se encuentran asociadas a la pobreza, la malnutrición y bajas condiciones de saneamiento básico,²⁴OPS/OMS, 2003.

Las enfermedades infecciosas incrementan los requerimientos de los nutrientes por una pérdida de éstos y en una baja utilización biológica de los alimentos, como consecuencia tienen mayor impacto sobre el crecimiento donde juega un rol importante la disminución del apetito y la baja absorción de nutrientes principalmente.

3.1.1. ENFERMEADES DIARREICAS AGUDAS (EDA)

De un total de 1706 niños, el 27.4 por ciento de ellos tuvieron diarrea en las dos últimas semanas de la encuesta, mayor a la información nacional departamental que muestra una prevalencia de 19.6 por ciento para el departamento de Oruro. Por Red de Salud, la mayor prevalencia de diarrea se encuentra en Occidente con 33.2 por ciento y la menor en Eucaliptus con 18.9 por ciento.

El mayor impacto de niños con diarrea, se encuentra a la edad de 12 a 23 meses con 40.9 por ciento, el porcentaje va disminuyendo antes de cumplir los 5 años de edad con 12.3 por ciento.

²⁴ Conocimientos Actuales sobre Nutrición, 8va Edición, OPS/OMS, 2003

CUADRO 17. Prevalencia de diarrea en niños menores de cinco años. Líquidos y alimentación proporcionados durante la diarrea, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/sexo/ Edad en meses/ Nivel de instrucción	Con diarrea últimas 2 semanas	Cantidad de líquidos			Cantidad de alimentos			Con SRO	Con suero casero	Número de niños
		Misma cantidad	Más cantidad	Menos cantidad	Misma cantidad	Más cantidad	Menos cantidad			
Niño	28,7	39,9	44,8	15,3	37,7	12,1	50,2	27,8	10,6	893
Niña	25,9	38,3	46	15,7	37,3	12,2	50,5	25,8	9,2	813
TOTAL	27,4	39,2	45,3	15,4	37,5	12,2	50,3	26,9	10	1706
Eucaliptus	18,9	26,5	52,9	20,6	26,5	39,7	33,8	36,8	32,4	417
Azanake	32	46,4	40,2	13,4	44,6	4,5	50,9	19,5	0,9	531
Occidente	33,2	47,3	33	19,8	43,2	3,4	53,4	38,5	14,3	126
Corque	31,4	38,7	45	16,2	37,3	8,2	54,5	23	8	311
Huanuni	24,4	33	55,7	11,4	30,7	10,2	59,1	31,8	6,8	320
TOTAL	27,4	39,2	45,3	15,4	37,5	12,2	50,3	26,9	10	1706
<6	16,4	52	37	10,9	59,7	7,1	33,2	14,3	1,5	193
6-11	39,3	50,3	33	16,7	38,2	13,3	48,6	22,6	8,9	180
12-23	40,9	35,4	46,5	18,1	35,4	9,8	54,8	33,2	9	393
24-35	28,9	35,8	48,9	15,4	38,4	14	47,6	27,1	8,5	349
36-47	22,5	33,5	51,9	14,6	37,6	11,6	50,8	25,5	11,8	292
48-59	12,3	44,8	48,4	6,7	27,7	19,8	52,5	20,3	23,7	299
TOTAL	27,4	39,2	45,3	15,4	37,5	12,2	50,3	26,9	10	1706
Ninguna	29,4	41,5	37,7	20,8	37,8	8,5	53,8	6,5	3,3	95
Primaria	27,9	34,7	48,5	16,8	32,2	13,6	54,2	29,4	10,8	987
Secundaria y más	26,4	46,4	41,3	12,3	46,3	10,5	43,3	26,3	9,7	622
TOTAL	27,4	39,2	45,3	15,4	37,5	12,2	50,3	26,9	10	1706

La educación de la mujer influye en la salud del niño en la presencia de diarrea, a medida que el grado de instrucción es mayor el porcentaje de niños afectados disminuye.

3.1.1.1. Alimentación durante la diarrea

La alimentación que deben recibir los niños en cantidad y calidad es fundamental, es necesario continuar con los líquidos y la alimentación durante los procesos de diarrea para evitar la deshidratación y la desnutrición, el efecto de la malnutrición sobre la morbilidad potencia la mortalidad debida a la diarrea, OPS 2003.

Bajo esta premisa, se indagó sobre la conducta que tiene la madre cuando el niño se enferma con diarrea, preguntándole si proporciona la misma cantidad de líquidos, igual o menos. Los resultados muestran que el 45.3 por ciento de las madres le dan mayor cantidad de líquidos cuando el niño cursa diarrea, el 39.2 por ciento igual y el 15.4 por ciento menos, es decir, el quince por ciento de los niños se encuentran con riesgo de deshidratación y posible muerte.

La información nacional según la ENDSA, muestra el 59.2 por ciento con más líquido y el 30.7 por ciento igual.

A nivel de Red de Salud, en Eucaliptus se encuentra el mayor porcentaje de niños que reciben menor cantidad de líquidos y en Occidente alrededor del 20 por ciento.

Sobre la alimentación que recibe el niño durante el proceso diarreico. Los datos muestran que la mitad de las madres le dan menor cantidad de alimentos cuando el niño cursa diarrea, el 37.5 por ciento igual y el 12.2 por ciento menos; es decir que los niños que reciben menos alimentación tienen mayor riesgo de comprometer el estado nutricional, influido por una baja utilización biológica de los alimentos.

Por Red de Salud, se observa que en Huanuni más del cincuenta por ciento de las madres alimenta en menor cantidad a sus niños cuando tienen diarrea, es menor en Eucaliptus con 33.8 por ciento.

Cuando las madres tienen un menor nivel de instrucción, desconocen que deben proporcionarles una mayor cantidad líquidos durante la diarrea para evitar la deshidratación y posible muerte del niño.

3.1.1.2. Tratamiento durante la diarrea

Evitar que el niño pierda electrolitos durante la diarrea y la reposición de ellos por medio de los sueros, es fundamental para disminuir el riesgo de muerte.

Se preguntó a la madre la utilización de SRO o suero casero durante la diarrea. Los resultados muestran que el 26.9 por ciento de las madres utiliza SRO y el 10 por ciento suero casero, esto significa que aproximadamente el 40 por ciento de los niños reciben suero.

La información nacional departamental según la ENDSA, muestra que el 17.6 por ciento de las madres orureñas da SRO a los niños durante la diarrea y el 14,1 por ciento de las madres da solución casera.

Por Red de Salud, más del 30 por ciento de las redes administra SRO, excepto Azanake y Corque que presentan un porcentaje menor, (19.5 por ciento y 23 por ciento, respectivamente).

Respecto a la educación de la madre y la administración de SRO y de suero casero tenemos que a mayor nivel de educación de la madre, el porcentaje de éstas que utilizan suero también es mayor.

CUADRO 18. Otros remedios utilizados por la madre durante la diarrea del niño menor de cinco años, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Le dio algo más para tratar la diarrea	Pastillas/jarabe	Inyección	Suero intravenoso	Remedios caseros/medicinas caceras	Otro
Sexo del niño	Hombre	56,4	29,8	0,9	0,6	31	2,3
	Mujer	54,1	29	1,9	1,8	27,6	0,8
Total		55,4	29,4	1,4	1,1	29,5	1,6
Red de salud	Eucaliptus	64,7	45,6			32,4	1,5
	Azanake	59,3	29,8	0,9	2,6	29,8	1,8
	Occidente	60,4	35,2	1,1		31,9	
	Corque	48,7	21,2			34,5	
	Huanuni	43,2	19,3	5,7	1,1	18,2	4,5
Total		55,4	29,4	1,4	1,1	29,5	1,6
Edad del niño en meses	<6	27,2	6,2			19,8	
	6-11	55,9	33,8		4,2	29	
	12-23	57,4	37,7	1,9	0,9	24,8	1,3
	24-35	62	30,5	1,5		31,8	4,7

	36-47	50,9	18,4	1,4	1,4	34,1	1,4
	48-59	58,6	21,3	2,4		44,4	
Total		55,4	29,4	1,4	1,1	29,5	1,6
Nivel de instrucción de la madre	Ninguna	73,4	26,8		10,7	37,6	5,4
	Primaria	54,7	28	1,8	0,9	29,7	1,3
	Secundaria y más	53,4	32,2	0,8		27,7	1,6
Total		55,4	29,4	1,4	1,1	29,5	1,6

Cuando se pregunta a la madre si le da algo más para tratar la diarrea, el 55.4 por ciento de ellas refiere que le dan otros preparados diferentes a los sueros. El 29.4 por ciento le dan pastillas y jarabes, el 29.5 por ciento remedios caseros o medicinas caseras y alrededor del 1 por ciento les administran inyecciones o sueros intravenosos. La información nacional departamental muestra un porcentaje algo menor de pastillas y jarabes (23.9 por ciento) y mayor de inyección (1.7 por ciento), ENDSA 2003.

Alrededor del 30 por ciento de los niños recibe remedios caseros o medicinas caseras, resultado similar a la ENDSA 2003 con el 28 por ciento.

Por Red de Salud, Eucaliptus presenta el mayor porcentaje (64.7 por ciento) y los menores se encuentran en Huanuni (43 por ciento) y Corque (48.7 por ciento). Respecto a los remedios caseros o medicinas caseras, Corque es la Red que mayormente utiliza estos remedios (34.5 por ciento).

Cuando el nivel de instrucción es mayor, el porcentaje de madres que da algo más para tratar la diarrea disminuye, es probable que esta situación responda a que con un mayor nivel de instrucción, la madre conoce y le da SRO.

El 45.3 por ciento de las madres buscó consejo o tratamiento cuando enfermaron sus niños con diarrea, el 86.5 por ciento de ellas acudió a los hospitales públicos, centros o postas de salud, el 7.5 por ciento en la farmacia y en menor porcentaje en otros lugares.

CUADRO 19. Lugar de atención y tratamiento de diarrea en niños menores de cinco años, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Buscó consejo o tratamiento médico	Lugar					
			Hospital público, centro o posta de salud	Servicios privados (clínica, consultorio, etc.)	Médico particular	Parientes	Farmacia	Ninguno
Sexo del niño	Hombre	46,4	87		4,5	0,7	6,9	0,8
	Mujer	44	85,9	1,5	1,9	2,6	8,2	
Total		45,3	86,5	0,6	3,4	1,5	7,5	0,4
Red de salud	Eucaliptus	45,6	96,8				3,2	
	Azanake	41,6	74,5		6,4	2,1	17	
	Occidente	47,3	83,7	2,3			9,3	4,7
	Corque	43,4	95,9			2	2	
	Huanuni	54,5	89,6	2,1	6,3	2,1		
Total		45,3	86,5	0,6	3,4	1,5	7,5	0,4
Edad en meses	<6	28	90,3			9,7		
	6 a 11	54,1	83,6	1,2	6,2		9	
	12 a 23	50	83,6		4,1	1,9	9,9	0,6
	24 a 35	44,2	89,3		3,3		6,3	1
	36 a 47	36,5	94,4			3,7	1,9	
	48 a 59	42,1	86,3	6			7,8	
Total		45,3	86,5	0,6	3,4	1,5	7,5	0,4
Nivel de instrucción madre	Ninguna	38,5	81,8				18,2	
	Primaria	43,3	86,5	0,7	4,8	2	5,5	0,4
	Secundaria y más	49,9	87,1	0,6	1,8	1,1	8,9	0,6
Total		45,3	86,5	0,6	3,4	1,5	7,5	0,4

Por Red de Salud, no se encuentran diferencias de importancia, no obstante, Huanuni presenta un porcentaje más elevado de mujeres que buscó un tratamiento para la diarrea con 54.5 por ciento. Respecto al lugar de búsqueda de tratamiento, en Azanake acuden algo menos a hospitales o centros de salud (74.5 por ciento) utilizando algo más la farmacia (17 por ciento), respecto a las demás redes.

Cuando las madres cuentan con un nivel mayor de educación, buscan el consejo o tratamiento en hospitales o centros de salud, esta conducta es alentadora, ya que los niños al recibir el tratamiento indicado disminuyen el riesgo de desnutrición y muerte.

3.1.2. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas junto a la diarrea y la desnutrición, producen efectos negativos en la salud del niño y se constituyen en una de las causas de mortalidad en los niños. La información nacional del departamento es de 26.2 por ciento con tos y con fiebre 26.7 por ciento, ENDSA 2003.

CUADRO 20. Prevalencia de IRA y fiebre en niños menores de cinco años. Conocimientos y actitudes de la madre, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Con fiebre	Con tos	Con tos, respiraciones cortas y rápidas	Buscó consejo o tratamiento para la fiebre
Sexo del niño	Hombre	54,7	60	71,3	64,7
	Mujer	47,9	54,5	66,2	61,2
Total		51,5	57,4	69	63,1
Red de salud	Eucaliptus	46,5	53,5	35,1	55,5
	Azanake	56,3	60,1	84,4	59,8
	Occidente	53,3	60,2	79,4	67,9
	Corque	52,6	58,3	79	71
	Huanuni	47,9	55,7	69,2	68,7
Total		51,5	57,4	69	63,1
Edad en meses	<6	38	43	68,4	62,9
	6-11	57,2	58,5	75,5	71
	12-23	55,6	57,6	69,7	65,6
	24-35	48	57,6	68,5	64,5
	36-47	52	59,6	68,1	63,2
	48-59	55	63,2	66,1	54,4
Total		51,5	57,4	69	63,1
Nivel de instrucción de la madre	Ninguna	59,5	57	75,5	42
	Primaria	50,7	56,4	70,6	59,2
	Secundaria y más	51,3	58,9	65,5	72,6
Total		51,5	57,4	69	63,1

El 51.5 por ciento de los niños menores de cinco años presentó fiebre y el 57.4 por ciento los IRA a las dos semanas anteriores a la encuesta.

No se encuentran diferencias de importancia a nivel de Red de Salud, no obstante Eucaliptus presenta la menor prevalencia (53.5 por ciento) de niños con IRA y con fiebre (46.5 por ciento) respecto a las demás redes de Salud.

El 69 por ciento de las madres declara que su niño presentó respiraciones más cortas y rápidas durante la IRA. Por Red de Salud, Eucaliptus muestra el menor porcentaje de madres que reconoce los síntomas (35 por ciento), sin embargo, llama la atención que ellas sean las que mayormente acuden a los hospitales y centros de salud (92.5 por ciento).

La búsqueda de tratamiento en la enfermedad es vital para el niño, ya que disminuye el riesgo de deteriorar su estado de salud y evita probablemente la muerte. Bajo este contexto, se preguntó a la madre la conducta que tiene frente a la presencia de IRA en su niño.

El 63.1 por ciento de las madres declaró que buscaron consejo o tratamiento durante la fiebre. El 84.4 por ciento acudió a un establecimiento de salud (público o privado). La información nacional muestra que el 88,4 por ciento buscó tratamiento en un establecimiento de salud, ENDSA 2003.

Por Red de Salud, el menor porcentaje se encuentra en Azanake (77.3 por ciento) y el mayor en Eucaliptus (92.5 por ciento), las demás redes presentan alrededor del 80 por ciento en hospitales públicos o centros de salud.

No se encuentra una relación del nivel educativo de la madre con el conocimiento de los signos de IRA, pero sí cuando la madre busca consejo o tratamiento para la fiebre porque la conoce y hace que acuda en mayor porcentaje a los hospitales o centros de salud.

CUADRO 21. Lugar de atención del tratamiento de IRA de niños menores de cinco años, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Lugar									Le dio medicina/medicamento para la fiebre
		Hospital público, centro o posta de salud	Servicios privados (clínica, consultorio, otros)	Médico particular	Curandero	Parientes	Farmacia	Puesto de venta, tienda	Ninguno	Otro	
Sexo del niño	Hombre	84,2	0,5	1,2	0,5	3,9	6,9	1,6	1,2		72,9
	Mujer	82,2	2	1,9	0,3	2,4	8,7	0,8	0,9	0,8	68,4
Total		83,3	1,1	1,5	0,4	3,3	7,7	1,3	1,1	0,3	70,8
Red de salud	Eucaliptus	92,5				0,9	2,8	1,9	0,9	0,9	64
	Azanake	77,3		1,6		6,3	13,3	0,8	0,8		65,2
	Occidente	85,7	1,8	1,8		1,8	3,6	2,7	2,7		79,1
	Corque	85,2	2,7		2	2,7	4	1,3	1,3	0,7	76,7
	Huanuni	80,4	2,2	4,3		2,2	9,4	0,7	0,7		79,6
Edad en meses	<6	87				2,9	7,1		3,1		65,5
	6-11	83,7	1,2	2,4		5,1	6,4	1,2			76,6
	12-23	85,5	0,6	2,5	1,2	3,5	4,5	1,4	0,3	0,6	73
	24-35	82,9	0,7	0,7		3,2	8,7	2,2	1,7		69,1
	36-47	83,2	2			1,9	11,1	0,4	1,4		76,8
	48-59	78,7	2,2	2,8	0,8	3,4	8,7	1,5	0,9	1,1	63,7

3.1.2.1. Tratamiento de IRA

Los resultados muestran que el 71 por ciento de las madres le da medicina para la fiebre a su niño. Por Red de Salud, es algo menor en Eucaliptus con 64 por ciento y Azanake 65.2 por ciento, en las demás redes el porcentaje es mayor al 70 por ciento.

3.1.2.2. Alimentación del niño menor de 5 años

CUADRO 22. Alimentación del niño menor de cinco años según edad en meses, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Frecuencia de la alimentación del niño según edad		
		Media	Niños	por ciento
Sexo del niño	Hombre	3	763	51,3
	Mujer	3	727	48,7
Total		3	1490	100
Red de salud	Eucaliptus	3	367	24,6
	Azanake	3	457	30,6
	Occidente	4	113	7,6
	Corque	3	270	18,1
	Huanuni	3	283	19,1
Edad en meses	6	2	21	1,4
	7	3	27	1,8
	8	3	29	2
	9-12	3	127	8,5
	13-24	3	384	25,8
	25-35	3	317	21,3
	36 y más	3	584	39,2
Nivel de instrucción de la madre	Ninguna	3	82	5,5
	Primaria	3	868	58,3
	Secundaria y más	3	538	36,2

La frecuencia de alimentación que tienen los niños, nos ayuda a determinar si la alimentación es deficitaria o no lo es. Bajo esta premisa, se preguntó a la madre el

número de veces de comida sólida y semisólida que proporcionó al niño el día anterior a la encuesta.

En un total de 1490 niños menores de cinco años, la media de la ²⁵frecuencia de comidas que recibe el niño en el día es de 3 veces. Por ²⁶grupos de edad, cuando los niños tienen 6 meses la media es de 2 comidas en el día y la norma refiere cuatro comidas. Al comenzar los siete meses de edad, el niño debe recibir cuatro comidas hasta los 8 meses, sin embargo los niños del estudio sólo reciben tres. A partir del año de edad y más, el número de comidas se incrementa a cinco veces por día, no obstante, los niños continúan recibiendo sólo tres.

Por Red de Salud y por nivel de educación de la madre no se encuentran diferencias, esta situación es posible que se atribuya a la falta de información en los servicios de salud donde acuden las madres.

3.2. Coberturas de vacunación en niños menores de dos años

Una de las acciones dirigidas a prevenir las enfermedades infecciosas y reducir la morbilidad en los niños menores de dos años es la vacunación, éstas son registradas en el carnet de salud infantil. En este contexto, se averiguaron las coberturas de las vacunas de BCG, la 1ra., 2da., y 3ra. Dosis de la Polio y Pentavalente, la SRP (MMR) y la antiamarílica en los niños menores de dos años de edad.

De un total de 393 niños menores de 12 a 23 meses de edad, el ²⁷54.9 por ciento de ellos niños cuenta con el carnet de salud infantil (CSI). La cobertura total de vacunación en los niños de 12 a 23 meses de edad es de 66.1 por ciento, mayor a la información nacional departamental que muestra el 47.7 por ciento, ENDSA 2003. Por Redes de Salud, la mayor cobertura se encuentra en Azanake (72.2 por ciento) y las menores en Corque (58.1 por ciento) y Occidente (58.3 por ciento).

La información nacional departamental, muestra el 65.3 por ciento de niños con cobertura total de vacunas ENDSA 2003, similar a los resultados del estudio.

²⁵ En el presente estudio sólo se indagó parte del FADU = número de comidas. El FADU comprende: Frecuencia = No. de comidas; A = cantidad de alimentos; D = densidad de energía – nutrientes; U = utilización. La Nutrición en la Supervivencia, Desarrollo y Protección del Niño, MPSYSP, 1992.

²⁶ Los grupos de edad del niño provienen de la norma del FADU (vigente agosto, 2006), MSYD.

²⁷ La información considera a los niños que cuentan con CSI (vistos) y los reportados por la madre.

CUADRO 23. Coberturas de vacunación en niños menores de dos años, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Porcentaje con tarjeta de vacunación	Si recibió BCG	Si recibió Polio 1	Si recibió Polio 2	Si recibió Polio 3	Si recibió Penta 1	Si recibió Penta 2	Si recibió Penta 3	Si recibió SRP/SR	Todas las vacunas	Ninguna vacuna	Si recibió Fiebre amarilla
P3. Sexo del hijo	Hombre	57,3	98,6	94,7	91,3	85,5	94,4	91	85,1	70,5	64,2	0,9	8,8
	Mujer	52,7	98,7	98,2	95,7	84,4	97,7	94,7	84,4	76,2	67,9		19,3
	Total	54,9	98,6	96,6	93,6	85	96,1	92,9	84,8	73,4	66,1	0,4	14,3
Red de salud	Eucaliptus	45,1	100	97,5	96,3	89	98,8	96,3	89	72	68,3		6,1
	Azanake	53,2	100	96,2	92,4	88,6	94,9	91,1	88,6	77,2	72,2		20,3
	Occidente	65	96,6	88,3	88,3	80	90	88,3	80	68,3	58,3		16,7
	Corque	52,7	97,8	98,9	92,5	78,5	97,9	92,5	78,5	69,9	58,1	1,1	17,2
	Huanuni	69,1	96,3	96,3	95	82,8	95,1	93,8	81,5	75,3	65,4	1,2	11,1
Total		54,9	98,6	96,6	93,6	85	96,1	92,9	84,8	73,4	66,1	0,4	14,3
Nivel de instrucción	Ninguna	45,7	94,8	87	87	81,9	84,5	84,5	76,7	65,4	62,7	5,2	22,4
	Primaria	53,3	98,4	95,6	91,8	82,5	96,2	91,4	82,5	72,9	64	0,4	12,5
	Secundaria y más	57,8	99,5	98,8	96,7	88,6	97,3	96,2	88,6	75,6	69,8		16
Total		54,9	98,6	96,6	93,6	85	96,1	92,9	84,8	73,4	66,1	0,4	14,3

BCG

Casi la totalidad de los niños de 12 a 23 meses de edad fueron vacunados con la BCG en el departamento de Oruro, (98.6 por ciento). No se encuentran diferencias de importancias por Red de Salud. De acuerdo a la información nacional departamental, el 94.8 por ciento de los niños fueron vacunados con BCG, algo menor que la información del estudio, ENDSA 2003.

POLIO

Respecto a la primera dosis de la vacuna contra la poliomielitis, el 97 por ciento de los niños fue vacunado. Por Red de Salud, el comportamiento es similar, sólo en Occidente se encuentra un porcentaje algo menor con 88.3 por ciento, respecto a las demás.

El 93.6 por ciento de los niños recibió la segunda dosis de la vacuna Polio. Por Red de Salud, las coberturas alcanzan a más del 90 por ciento y es algo menor en la Red de Occidente con 88 por ciento.

Cuando los niños deben recibir la tercera dosis de la vacuna contra el Polio, la cobertura disminuye de 94 por ciento (2da. dosis) a 85 por ciento (3ra. dosis), lo que significa que casi el diez por ciento de los niños queda sin culminar este esquema.

Por Red de Salud, en Azanake se encuentra la mayor cobertura con 88.6 por ciento y las menores en Corque (78.5 por ciento) y Occidente (80 por ciento). La información nacional departamental muestra que el 67 por ciento de los niños recibió la tercera dosis de la vacuna contra el polio, menor a la que presentan los niños del estudio, ENDSA 2003.

PENTAVALENTE/DPT (Difteria, tos ferina, tétanos)

La vacuna pentavalente/DPT previene la difteria, tos ferina y el tétanos. Esta vacuna se aplica en tres dosis. El 96 por ciento de los niños menores de un año fueron vacunados con la primera dosis de la Pentavalente. Por Red de Salud, es algo menor en Occidente con 90 por ciento. La segunda dosis fue administrada al 93 por ciento de los niños y la tercera al 85 por ciento. La ENDSA 2003 muestra una menor cobertura de la tercera dosis con 73 por ciento respecto a los niños del estudio.

Casi en la totalidad de las coberturas de vacunas, la Red de Salud que presenta un porcentaje algo menor es la de Occidente, seguida de Corque.

SRP/SR

La vacuna contra el sarampión se administra en una sola dosis. El 73 por ciento de los niños cuenta con esta vacuna.

La información nacional departamental muestra que el 64.6 por ciento de los niños recibió la dosis única contra el sarampión, menor a los niños de este estudio.

Respecto a la educación de la madre y la vacunación de los niños, se observa que a medida que la madre cuenta con mayor nivel de educación, el porcentaje de los niños que son vacunados se incrementa notablemente.

3.3. Número de muertes neonatal, en menores de un año y menores de cinco años

En un total de 3491 hogares con niños menores de cinco años, se indagó sobre la muerte neonatal en menores de un año y menores de cinco años. Los resultados reportan sólo una muerte dentro del primer mes de vida, es decir, uno antes de cumplir un año y sesenta y seis antes de cumplir los cinco años de edad (Anexo 5).

3.4. Suplementación con micronutrientes

Una de las deficiencias presentes en el país, es la vitamina A y la anemia debida a la deficiencia de hierro y ácido fólico, que afecta a los grupos de mayor vulnerabilidad como las mujeres embarazadas y los niños menores de cinco años. La información nacional, refiere que el 37 por ciento de las mujeres embarazadas y más de la mitad de los niños a nivel nacional tienen anemia, ENDSA 2003. Con el esfuerzo de superar las deficiencias nutricionales en el país, el Ministerio de Salud tiene como estrategias a la ²⁸suplementación con vitamina A en mujeres en puerperio y sulfato ferroso y ácido fólico a mujeres embarazadas y niños menores de cinco años, así como también la fortificación del aceite con vitamina A y la harina de trigo con hierro y vitaminas del complejo B.

3.4.1. COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN MUJERES PUÉRPERAS

De acuerdo a la norma del Ministerio de Salud, se debe proporcionar una dosis de vitamina A a toda mujer después del parto. La suplementación con vitamina A permite reforzar el sistema inmunológico de la mujer y el enriquecimiento de la leche materna durante el período de lactancia²⁹.

Los resultados del estudio, muestran que de un total de 2433 mujeres con niños menores de cinco años, el 28.7 por ciento de las mujeres recibió dosis única de vitamina A después del parto. Pese al esfuerzo del MSYD, no ha sido suficiente donde las coberturas continúan siendo muy bajas. La información nacional muestra una cobertura similar a las mujeres de la encuesta 28.9 por ciento del departamento de Oruro, ENDSA 2003.

²⁸ La norma de suplementación del MSYD refiere que toda mujer después del parto debe recibir una megadosis de 200 mil UI de vitamina A. En niños menores de cinco años de 100 mil a 200 mil UI de acuerdo a la edad.

²⁹ Conocimientos Actuales sobre Nutrición, 8va Edición, OPS/OMS, 2003.

CUADRO 24. Cobertura de suplementación con vitamina A en mujeres puérperas de 15 a 49 años de edad, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Dosis Única Vitamina A	Número de mujeres
Red de salud	Eucaliptus	27,5	575
	Azanake	25	786
	Occidente	26,2	185
	Corque	31	432
	Minera Huanuni	35,2	454
Total		28,7	2433
³⁰ Edad en años	15-19	24	162
	20-24	30,1	618
	25-29	28,4	607
	30-34	34	456
	35-39	25,7	335
	40-44	24,3	198
	45-49	19,2	57
Total		28,7	2433
Nivel de instrucción de la madre	Ninguna	22,9	143
	Primaria	28	1473
	Secundaria y más	30,9	816
Total		28,7	2432

A nivel de Red de Salud, la mayor cobertura de suplementación se encuentra en Huanuni (35.2 por ciento) y Corque (31 por ciento), respecto a las demás.

Con relación a la educación de la mujer, se observa que a medida que la mujer alcanza un mejor grado de educación se incrementa el porcentaje de cobertura.

3.4.2. COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO Y ÁCIDO FÓLICO EN MUJERES EMBARAZADAS

Uno de los fines de la ³¹suplementación con hierro y ácido fólico es la prevención de las anemias nutricionales y los defectos del tubo neural durante el período de gestación del niño.

³⁰ No se considero a una mujer de 12 a 14 años por no ser representativa al grupo.

³¹ La norma de suplementación con hierro y ácido fólico para las mujeres embarazadas es de 90 tabletas y con anemia 180 tabletas. Para los niños menores de cinco años, jarabe de hierro 3 y 4 frascos según la edad.

De un total de 1962 mujeres con niños menores de cinco años, el 87 por ciento de las mujeres recibieron tabletas de sulfato ferroso y la ingesta en promedio fue de 52 pastillas.

Por Red de Salud, no se encuentran diferencias de importancia en el porcentaje de cobertura del suplemento.

CUADRO 25. Cobertura de Suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico en mujeres embarazadas de 15 a 49 años, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Cobertura de suplementación con 90 tabletas	Tabletas tomadas media	Número de mujeres
Red de salud	Eucaliptus	89,6	60	471
	Azanake	80,9	57	603
	Occidente	89,7	52	152
	Corque	90,2	48	352
	Huanuni	89,4	37	384
Total		87	52	1962
	15-19	85,5	54	130
	20-24	88,9	49	535
	25-29	89,2	52	521
	30-34	86,1	51	359
	35-39	87,1	55	247
	40-44	77	53	133
	45-49	78,9	51	36
Total		87	52	1962
Nivel de instrucción	Ninguna	71,8	50	86
	Primaria	85,5	53	1130
	Secundaria y más	91	50	745
Total		87	52	1962

Con relación a la educación de la mujer, es evidente que a mejor nivel de instrucción de la mujer el porcentaje de entrega del suplemento es mayor, que respondería a un mayor acceso a los Servicios de Salud y por lo tanto, a una mayor entrega del suplemento; sin embargo, cuando las mujeres toman los suplementos el nivel educativo no afecta la ingesta, esto responde probablemente a una debilidad de información del servicio en temas de salud y nutrición.

3.4.3. COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

La cobertura de suplementación con vitamina A en niños menores de un año con dosis única, es de 46 por ciento.

La información nacional departamental muestra el 60 por ciento de niños que recibió vitamina A en los últimos 6 meses anteriores a la encuesta ENDSA 2003, mayor que la información del estudio con el 50.4 por ciento.

CUADRO 26. Cobertura de suplementación con vitamina A y sulfato ferroso (jarabe) en niños menores de cinco años, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Vitamina A			³² Sulfato ferroso		Total niños
		6 a 11 meses	1 a 4 años		6 a 59 Meses		
			Dosis única	1ra dosis	2da dosis	1ra dosis	
Sexo	Hombre	45,1	40,6	29,1	41,1	24,2	653
	Mujer	47,4	42,8	29,6	42,1	28,2	605
Total		46,1	41,6	29,4	41,6	26,1	1258
Red de salud	Eucaliptus	41,8	38,3	27,5	37	23,1	292
	Azanake	38,1	33	17	34,6	14,7	379
	Occidente	45,3	40,9	29,4	41,7	26,2	97
	Corque	51,4	46,7	37,2	45,4	36,3	238
	Huanuni	60,1	55,2	44,2	54,9	38,7	253
Nivel de instrucción	Ninguna	46,1	41,6	29,4	41,6	26,1	1258
	Primaria	45,8	42	28,9	41,5	26	710
	Secundaria y más	47,6	41,6	30	41,7	25,9	476
Total		46,1	41,6	29,4	41,6	26,1	1258

Con la segunda dosis de vitamina A, se observan diferencias notables, Azanake presenta la menor (17 por ciento) y Huanuni la más alta (44 por ciento), por lo tanto, esta última red presenta mayores esfuerzos de suplementar a los niños en relación a Azanake.

³² En el caso del sulfato ferroso (jarabe) para niños, la entrega del suplemento figura como dosis.

Alrededor del 50 por ciento de los niños recibió una dosis de vitamina A en los últimos 6 meses anteriores de la encuesta, menor a la información nacional con 60 por ciento ENDSA 2003.

3.4.4. COBERTURA DE SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

El 41,6 por ciento de los niños menores de cinco años recibieron sulfato ferroso. La cobertura es notablemente menor cuando los niños reciben la segunda dosis, ésta llega al 26 por ciento.

Por Red de Salud, en Huanuni se encuentra la mayor cobertura de suplementación con la primera (55 por ciento) y segunda dosis (38.7 por ciento), al igual que la vitamina A, esta red presenta mejor acceso de niños para su suplementación respecto a las demás redes.

El Ministerio de Salud con la finalidad de mejorar las coberturas de suplementación y disminuir la anemia en los niños, está implementando las chispitas nutricionales a través del SUMI.

3.5. Estado nutricional de niños menores de cinco años según indicadores de peso/edad, talla/edad y peso/talla (-2de)

La desnutrición está asociada a múltiples factores genéticos, ambientales y nutricionales, donde un balance energético negativo prolongado conduce a la desnutrición especialmente en los grupos de mayor vulnerabilidad como son las mujeres en período de lactancia y embarazo y los niños menores de cinco años; las enfermedades infecciosas y la baja utilización biológica de los alimentos afectará en un retraso del crecimiento y daño nutricional³³.

En el presente estudio, se determinó el estado nutricional en niños menores de cinco años considerando el peso y talla de acuerdo a la edad.

El peso para la edad o desnutrición global, indica una enfermedad reciente en el niño o una dieta insuficiente ya que el peso es sensible a pequeños cambios.

³³ Conocimientos Actuales sobre Nutrición, 8va Edición, OPS/OMS, 2003.

La talla para la edad o desnutrición crónica, indica la historia nutricional del niño a través del tiempo, a una alimentación deficiente que permanece en el tiempo.

El peso para la talla o desnutrición aguda, refleja el deterioro de la alimentación y la presencia de enfermedades, se relaciona con los dos indicadores anteriores, puede esconder una talla deficitaria y ser catalogado como no desnutrido.

3.5.1. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

De acuerdo a los resultados obtenidos del estudio en 2096 niños menores de cinco años, el 8.6 por ciento de los niños tiene desnutrición global mientras que, el 35.5 por ciento desnutrición crónica y el 1.1 por ciento desnutrición aguda.

CUADRO 27. Prevalencia de desnutrición global según el indicador de Peso/Edad en niños menores de cinco años (-2DE), departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Indicador peso/edad						Número de niños
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
Sexo	Hombre	0,7	8,3	9	34,7	51,6	4,7	1082
	Mujer	0,8	7,3	8,1	35	52,5	4,3	1014
Total		0,8	7,8	8,6	34,8	52,1	4,5	2096
Red de salud	Eucaliptus	0,5	9	9,5	37,1	49,9	3,5	431
	Azanake	0,7	7	7,7	34	51,1	7,3	427
	Occidente	0,3	5,2	5,5	34,6	55,5	4,4	344
	Corque	1,4	7,1	8,5	34,8	53,1	3,7	437
	Huanuni	0,9	9,2	10,1	33,5	54	2,4	457
Total		0,8	7,8	8,6	34,8	52,1	4,5	2096
Edad en meses	6 a 11	2,7	3,1	5,8	29,2	56,2	8,8	241
	12 a 23	0,6	11,9	12,5	39,7	44,6	3,2	511
	24 a 35	0,7	9,2	9,9	33,7	52,7	3,7	464
	36 a 59	0,3	6	6,3	34,1	55	4,6	880
Total		0,8	7,8	8,6	34,8	52,1	4,5	2096
Nivel de instrucción	Ninguna	1,9	12,8	14,7	32,9	47,9	4,5	111
	Primaria	0,9	8,6	9,5	36	50,8	3,7	1264
	Secundaria y más	0,4	5,6	6	32,5	55,4	6,1	712
Total		0,8	7,8	8,6	34,7	52,2	4,5	2087

La información departamental, muestra el 5.3 por ciento de niños menores de cinco años con desnutrición global, el 32.7 por ciento con desnutrición crónica y 0.5 por ciento con desnutrición aguda, alrededor de tres puntos porcentuales más en los niños

del estudio con desnutrición global y crónica y alrededor de un punto en la desnutrición aguda, ENDSA 2003.

La desnutrición global se inicia a partir de los 6 meses de edad con 8.6 por ciento y es más alta cuando los niños alcanzan la edad de 12 a 23 meses con 12.5 por ciento. Es a esta edad que los niños tienen un mayor impacto de diarrea y de infecciones respiratorias como se vio anteriormente, que afecta el peso del niño.

Por Red de Salud, no se encuentran diferencias de importancia, sin embargo, en Eucaliptus y Huanuni se observa un porcentaje algo mayor con 9.5 por ciento y 10.1 por ciento, respectivamente, comparativamente a las demás redes.

La desnutrición crónica se inicia a partir de los seis meses de edad (17.6 por ciento) y más alta cuando los niños tienen de 12 a 23 meses (40.4 por ciento), el daño en la talla se encuentra comprometida antes de cumplir los 5 años de edad (39.4 por ciento).

CUADRO 28. Prevalencia de desnutrición crónica según el indicador de Talla/Edad en niños menores de cinco años (-2DE), departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Indicador talla/edad						Número de niños
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
Sexo	Hombre	9,7	26,1	35,8	34,9	28,1	1,2	1082
	Mujer	9	26,3	35,3	37,4	25,5	1,8	1014
Total		9,3	26,2	35,5	36,1	26,8	1,5	2096
Red de salud	Eucaliptus	12,1	29,5	41,6	32,7	23,2	2,6	431
	Azanake	8,2	25,8	34	37,5	27,6	0,9	427
	Occidente	6,7	28,2	34,9	37,8	25,9	1,5	344
	Corque	8,2	25,6	33,8	34,3	30,4	1,4	437
	Huanuni	9,8	22,8	32,6	39,2	27,1	1,1	457
Total		9,3	26,2	35,5	36,1	26,8	1,5	2096
Edad en meses	6 a 11	4,5	13,1	17,6	39	40,5	3	241
	12 a 23	11,6	28,8	40,4	34,1	23,7	1,8	511
	24 a 35	8,8	23,6	32,4	38	26,9	2,7	464
	36 a 59	9,6	29,8	39,4	35,5	24,9	0,2	880
Total		9,3	26,2	35,5	36,1	26,8	1,5	2096
Nivel de instrucción	Ninguna	15,8	35,2	51	20,4	25,6	3	111
	Primaria	10,8	28,8	39,6	35,6	23,2	1,6	1264
	Secundaria y más	5,7	19,9	25,6	39,6	33,8	1	712
Total		9,4	26,2	35,6	36	26,9	1,5	2087

Por Red de Salud, el mayor porcentaje de niños con desnutrición crónica se encuentra en Eucaliptus con 41.6 por ciento, en las demás el porcentaje es alrededor del 30 por ciento.

La desnutrición aguda tiene mayor impacto antes de cumplir los dos años de edad (2.9 por ciento), luego descende cuando tienen 4 años de edad debido al compromiso de una talla deficitaria.

CUADRO 29. Prevalencia de desnutrición aguda según el indicador de Peso/Talla en niños menores de cinco años (-2DE), departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Indicador peso/talla						Número de niños
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
Sexo	Hombre	0,3	0,8	1,1	6,4	73,8	18,7	1082
	Mujer	0,1	0,9	1	5	70,6	23,3	1014
Total		0,2	0,9	1,1	5,7	72,2	20,9	2096
Red de salud	Eucaliptus	0,5	1,9	2,4	6,3	71,2	20,2	431
	Azanake		0,7	0,7	4,4	69,1	25,8	427
	Occidente	0,3	0,6	0,9	1,7	75,9	21,5	344
	Corque	0,5	0,7	1,2	7,1	74,6	17,2	437
	Huanuni		0,2	0,2	7,4	74,8	17,5	457
Total		0,2	0,9	1,1	5,7	72,2	20,9	2096
Edad en meses	6 a 11			0	6	65,3	28,8	241
	12 a 23	0,5	2,4	2,9	9	70,6	17,6	511
	24 a 35	0,2	1,1	1,3	7	76,6	15,1	464
	36 a 59	0,1	0,1	0,2	3,1	72,8	23,9	880
Total		0,2	0,9	1,1	5,7	72,2	20,9	2096
Nivel de instrucción	Ninguna		1	1	7,9	69,9	21,2	111
	Primaria	0,2	0,8	1	5,8	72,4	20,8	1264
	Secundaria y más	0,2	1	1,2	5,2	72,2	21,3	712
Total		0,2	0,9	1,1	5,7	72,2	21	2087

Por Red de Salud, el mayor porcentaje de niños con desnutrición aguda se presenta en Eucaliptus con 2.4 por ciento y es alrededor del 1 por ciento en las demás redes de salud, con excepción de Huanuni que muestra 0.2 por ciento.

3.5.2. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS SEGÚN LOS INDICADORES DE PESO/EDAD, TALLA/EDAD Y PESO/TALLA (-2DE)

CUADRO 30. Prevalencia de desnutrición global en niños menores de tres años según el indicador de Peso/Edad (-2DE), departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Indicador Peso/edad						Número de niños
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
Sexo	Hombre	1	10	11	36,1	47,9	4,9	628
	Mujer	1,1	8,1	9,2	34,5	52,2	4	588
Total		1,1	9,1	10,2	35,4	50	4,5	1216
Red de salud	Eucaliptus	0,4	9,7	10,1	35,9	49,6	4,4	248
	Azanake	1,1	8,4	9,5	34,1	50,2	6,1	261
	Occidente	0,5	7,5	8	34,4	52,7	4,8	186
	Corque	2	8,4	10,4	37,3	48,6	3,6	249
	Huanuni	1,1	10,7	11,8	35,3	50,4	2,6	272
Total		1,1	9,1	10,2	35,4	50	4,5	1216
Edad en meses	6 a 11	2,7	3,1	5,8	29,2	56,2	8,8	241
	12 a 23	0,6	11,9	12,5	39,7	44,6	3,2	511
	24 a 35	0,7	9,2	9,9	33,7	52,7	3,7	464
Total		1,1	9,1	10,2	35,4	50	4,5	1216
nivel de instrucción	Ninguna	3,3	14,8	18,1	37	40,2	4,8	66
	Primaria	1,4	9,6	11	35,3	49,4	4,3	705
	Secundaria y más	0,2	7,3	7,5	35,1	52,6	4,9	441
Total		1,1	9,1	10,2	35,3	50,1	4,5	1212

En un total de 1216 niños menores de tres años, se observa que el 10.2 por ciento de éstos presenta desnutrición global. El grupo de edad de mayor impacto es de 12 a 23 meses con 12.5 por ciento, edad en que es notorio el impacto de las enfermedades infecciosas y a una baja utilización biológica de los alimentos que darían respuesta a esta prevalencia.

CUADRO 31. Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de tres años según el indicador de Talla/Edad (-2DE), departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Indicador Talla/Edad						Número de niños
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
Sexo	Hombre	10	23,9	33,9	35,6	28,6	1,9	628
	Mujer	8,2	23,5	31,7	37,6	27,9	2,9	588
Total		9,1	23,7	32,8	36,6	28,2	2,4	1216
Red de salud	Eucaliptus	12,1	25,4	37,5	31,9	26,2	4,4	248
	Azanake	8,4	23	31,4	39,1	28	1,5	261
	Occidente	7	26,9	33,9	37,1	26,3	2,7	186
	Corque	7,2	23,7	30,9	35,3	32,1	1,6	249
	Huanuni	9,2	21,7	30,9	39	28,3	1,8	272
Total		9,1	23,7	32,8	36,6	28,2	2,4	1216
Edad en meses	6 a 11	4,5	13,1	17,6	39	40,5	3	241
	12 a 23	11,6	28,8	40,4	34,1	23,7	1,8	511
	24 a 35	8,8	23,6	32,4	38	26,9	2,7	464
Total		9,1	23,7	32,8	36,6	28,2	2,4	1216
nivel de instrucción	Ninguna	15,6	33,7	49,3	22,5	23,1	5,2	66
	Primaria	10,6	25	35,6	36,7	24,9	2,8	705
	Secundaria y más	5,8	20,1	25,9	38,5	34,5	1,2	441
Total		9,2	23,7	32,9	36,5	28,3	2,4	1212

La prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de tres años es de 32.8 por ciento. Por Red de Salud, la mayor se encuentra en Eucaliptus con 37.5 por ciento y en las demás redes es alrededor de un tercio.

CUADRO 32. Prevalencia de desnutrición aguda en niños menores de tres años según el indicador de Peso/Talla (-2DE), departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Indicador Peso/talla						Número de niños
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
Sexo	Hombre	0,3	1,4	1,7	8,1	73,9	16,3	628
	Mujer	0,2	1,5	1,7	7,1	69,6	21,6	588
Total		0,3	1,4	1,7	7,6	71,8	18,8	1216
Red de salud	Eucaliptus	0,4	3,2	3,6	8,5	66,5	21,4	248
	Azanake		1,1	1,1	5,4	72,8	20,7	261
	Occidente	0,5	1,1	1,6	2,7	77,4	18,3	186
	Corque	0,8	1,2	2	10,4	73,5	14,1	249
	Huanuni			0	9,6	73,2	17,3	272

Total		0,3	1,4	1,7	7,6	71,8	18,8	1216
Edad en meses	6 a 11			0	6	65,3	28,8	241
	12 a 23	0,5	2,4	2,9	9	70,6	17,6	511
	24 a 35	0,2	1,1	1,3	7	76,6	15,1	464
Total		0,3	1,4	1,7	7,6	71,8	18,8	1216
nivel de instrucción	Ninguna		1,7	1,7	12,2	68,5	17,6	66
	Primaria	0,4	1,4	1,8	7,5	71,6	19	705
	Secundaria y más	0,1	1,4	1,5	7	72,7	18,8	441
Total		0,3	1,4	1,7	7,6	71,8	18,9	1212

La prevalencia de desnutrición aguda en niños menores de tres años alcanza 1.7 por ciento. Por Red de Salud, es más alta en Eucaliptus con 3.6 por ciento y menor en Azanake con 1.1 por ciento.

CAPITULO IV

LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La lactancia materna es un alimento que provee al niño todos los nutrientes necesarios y es el alimento perfecto para el desarrollo y crecimiento hasta los 6 meses de edad, es a esta edad que la alimentación complementaria debe ser iniciada debido a que la velocidad de crecimiento es más rápida y los requerimientos son mayores, consecuentemente, se debe comenzar a introducir otros alimentos en su dieta además de la leche materna.

4.1. Inicio de la lactancia materna

Se recomienda que los niños comiencen su lactancia en forma inmediata ya que se suministra el calostro que es rico en inmunoglobulinas necesarias para su vida futura.

CUADRO 33. Inicio de la lactancia materna en mujeres de 15 a 49 años de edad, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Amamantó alguna vez	Inicio de la lactancia materna		Número de mujeres
			En la primera hora	En el primer día	
Red de salud	Eucaliptus	99,7	85,8	85,8	417
	Azanake	99,2	44,8	44,8	534
	Occidente	99,3	36	36	126
	Corque	98,9	55,2	55,2	310
	Huanuni	99,7	63,3	63,3	321
Total		99,4	59,6	59,6	1708
³⁴ Edad en años	15-19	100	52,7	52,7	142
	20-24	99,6	57,2	57,2	424
	25-29	99,3	61,3	61,3	416
	30-34	99,7	62	62	299
	35-39	98,8	65,2	65,2	231
	40-44	97,9	59,1	59,1	148
	45-49	100	45,7	45,7	50
Total		99,4	59,6	59,6	1708

De un total de 1708 respuestas, el 99.4 por ciento de las madres dio lactancia materna alguna vez. El 59.6 por ciento de las madres lo hizo dentro de la primera hora de

³⁴ No se consideró a una mujer de 12 a 14 años por no ser representativa al grupo.

nacido el niño y el ³⁵80.7 por ciento durante el primer día de nacido. La información nacional departamental, muestra que el 52.4 por ciento comenzó en la primera hora y el 75.3 por ciento durante el primer día, algo mayor que la ENDSA 2003.

Por Red de Salud, existen diferencias de importancia; en Eucaliptus se encuentra el mayor porcentaje de madres que dan en la primera hora (85.8 por ciento) y los menores en Occidente (36 por ciento) y Azanake (45 por ciento).

La ³⁶duración mediana de la lactancia materna es de 18 meses en madres que tienen niños menores de tres años. La ENDSA 2003, muestra un promedio de 20.5 meses de lactancia del departamento de Oruro, algo mayor que la del presente estudio.

CUADRO 34. Duración de la lactancia materna, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Media de lactancia materna		
		Media	Mediana	
Red de salud	Eucaliptus	17	18	103
	Azanake	17	18	143
	Occidente	16	15	35
	Corque	17	18	66
	Huanuni	17	18	83
Total		17	18	431
Edad	15-19	18	18	22
	20-24	17	18	136
	25-29	16	16	103
	30-34	18	18	80
	35-39	17	18	54
	40-44	16	18	27
	45-49	21	23	9

No se encuentran diferencias de importancia por Red de Salud. Por edad, a partir de los 19 años la duración media de la lactancia tiende a declinar hasta cuando la mujer alcanza 30 a 34 años y 40 a 45 años, que se incrementan los meses.

³⁵ Incluyen los niños que comenzaron la lactancia materna dentro de la primera hora de nacido.

³⁶ El MSYD recomienda dar lactancia materna hasta los dos años de edad.

4.2. Inicio de la Alimentación complementaria y frecuencia de alimentación

Los resultados del estudio, muestran que la media de edad de inicio de la alimentación complementaria es de 6 meses.

CUADRO 35. Frecuencia de la alimentación de los niños menores de tres años, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Inicio de la alimentación complementaria			Número de mujeres
		Temprana	Según norma nacional	Tardía	
Red de salud	Eucaliptus	26,4	49,4	24,2	219
	Azanake	19,6	48,3	32,1	295
	Occidente	33,3	37,5	29,2	68
	Corque	31,7	42,5	25,8	178
	Huanuni	29,5	42,6	27,8	183
Total		26,3	45,7	28,1	943
³⁷ edad en años	15-19	23,2	35,7	41,1	99
	20-24	26,5	50,3	23,2	279
	25-29	23,9	46,2	30	209
	30-34	25,5	45,4	29,1	164
	35-39	30,9	47,5	21,6	115
	40-44	30,5	36,9	32,6	57
	45-49	34,4	55	10,6	20
Total		26,3	45,7	28,1	943

En un total de 943 respuestas, 26.2 por ciento de los niños comienza la alimentación complementaria en forma temprana, el 45.7 por ciento de acuerdo a la ³⁸norma nacional y el 28 por ciento en forma tardía, por lo tanto, más del 50 por ciento se encuentra fuera de la norma.

Por Red de Salud, Occidente presenta el porcentaje mayor de mujeres que comienza en forma tardía o muy temprana (62.5 por ciento), en relación a las demás redes que se encuentran alrededor del 50 por ciento.

Por edad de la madre, el mayor porcentaje de mujeres que inicia la alimentación complementaria en forma temprana es a partir de los 35 años de edad y en forma

³⁷ No se consideró una mujer de 12 a 14 años por no ser representativa al grupo.

³⁸ La alimentación complementaria debe ser iniciada a los seis meses de edad del niño.

tardía, es inversa, de 15 a 19 años de edad, es decir, cuando las mujeres son más jóvenes.

Los resultados son alarmantes ya que estos niños se encuentran con un alto riesgo de caer en la desnutrición, además de incrementar las tasas de morbilidad infantil y de la niñez, también mencionado en un ³⁹estudio reciente, donde el 47 por ciento de municipios vulnerables comienza la alimentación en forma tardía o muy temprana.

³⁹ MACA-SINSAAT Y PMA, 2005. Encuesta de Seguridad Alimentaria a Hogares Rurales.

CAPITULO V

ANEMIA

Uno de los principales problemas de salud pública es la anemia nutricional en mujeres en edad fértil, embarazadas y en niños menores de cinco años que son los grupos de mayor vulnerabilidad. La información nacional estima que el 33 por ciento de las mujeres en edad fértil tiene anemia, en embarazadas el 37 por ciento y en niños menores de cinco años el 51 por ciento. En el departamento de Oruro, la anemia total en niños menores de cinco años es de 50.7 por ciento y por tipo de anemia, la moderada es más alta (26.9 por ciento).

La anemia se define como una reducción del volumen de eritrocitos o la concentración de hemoglobina en una muestra de sangre comparada con cifras similares en una población de referencia.

5.1. Puntos de corte utilizados para la determinación de la anemia

Para el presente estudio, se definieron los ⁴⁰puntos de corte ajustados a la altura para determinar la anemia en mujeres de 15 a 49 años, es decir en edad fértil y para los niños menores de cinco años que viven en el departamento de Oruro.

CUADRO 36. Puntos de Corte para mujeres ⁴¹MEF y embarazadas

Puntos de Corte	Mujeres MEF g/dl	Embarazadas g/dl
Anemia severa	< 7	
Anemia moderada	7.0 a 9.9	
Anemia leve	10.0 a 11.9	10.0 a 10.9

⁴⁰ CDC, 1998. Recommendations to Prevent and Control Iron Deficiency in the United State. Morbidity and Mortality, Weekle Report, 47 (RR-3): 1-29. Corrección a la altitud 3700 m.s.n.m. 2.9 g/dl. en los tres grupos.

⁴¹ MEF = mujeres en la edad fértil.

CUADRO 37. Puntos de Corte para niños menores de cinco años

Edad en meses	Leve g/dl	Moderada g/dl	Severa g/dl
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 y más	11.4	9.4	6.4

5.2. Anemia en mujeres embarazadas y edad fértil (MEF)

En un ⁴²total de 140 mujeres embarazadas del departamento de Oruro, el 36.9 por ciento de ellas presentó algún grado de anemia. Con anemia leve se encuentra el mayor porcentaje de mujeres con 25.7 por ciento, menor en la moderada 10.9 por ciento y la severa con 0.3 por ciento. La información nacional muestra el 37 por ciento de mujeres con algún grado de anemia, el 17.7 por ciento con leve, el 18.8 por ciento moderada y severa con 0.5 por ciento.

De un total de 1702 mujeres en edad fértil, el 33.8 por ciento tiene algún grado de anemia. Por tipo de anemia, la leve es de 28 por ciento, la moderada 5.5 por ciento y la severa 0.3 por ciento. La información nacional departamental muestra una prevalencia algo menor de la anemia total de 30.8 por ciento, mayor de la leve (30.4%) y la moderada (6.6 por ciento) y la severa presenta la misma prevalencia (0.3%) ENDSA 2003.

⁴² No se consideró a una mujer en el grupo de 12-14 por no ser representativo.

CUADRO 38. Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas y edad fértil, departamento de Oruro según tipo de anemia, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Anemia en mujeres de 15 a 49 años					Número de mujeres
		Leve	Moderada	Severa	Total anemia	Normal	
Actualmente esta embarazada?	Si	25,7	10,9	0,3	36,9	63,1	140
	No	28,2	5,1	0,3	33,6	66,4	1562
Total		28	5,5	0,3	33,8	66,1	1702
Red de salud	Eucaliptus	28,2	3,1		31,3	68,7	416
	Azanake	26,4	7	0,3	33,7	66,3	531
	Occidente	34,7	8,1	0,4	43,2	56,8	125
	Corque	34,5	7,2	0,3	42	57,9	310
	Huanuni	21,4	3,6	0,8	25,8	74,2	320
Total		28	5,5	0,3	33,8	66,1	1702
Edad en años	15-19	24,6	6,6	1,1	32,3	67,8	141
	20-24	32,4	4,1	0,2	36,7	63,3	425
	25-29	27	4	0,1	31,1	69	413
	30-34	29,9	7,3	0,6	37,8	62,2	297
	35-39	26,8	8,5		35,3	64,7	228
	40-44	21,5	6,3	0,6	28,4	71,6	148
	45-49	22,1	1,7		23,8	76,2	50
Total		28	5,5	0,3	33,8	66,1	1702

Por Red de Salud, la prevalencia de anemia total es más alta en las mujeres de Occidente y Corque, alrededor del 43 por ciento y notablemente menor en Huanuni con 25.8 por ciento. La anemia moderada es menor en Eucaliptus y Huanuni, alrededor del 3 por ciento, en las demás redes se incrementa a 7 por ciento y más. Cuando se relaciona la prevalencia de anemia y las coberturas de suplementación en estas mujeres, no se encuentra una relación, ya que estas redes presentan un porcentaje elevado de suplementadas.

Por grupos de edad, esta prevalencia es más alta cuando la mujer transita en los grupos etáreos de 20 a 24 años y de 30 a 39 años, alcanzando alrededor del 36 por ciento.

Con la finalidad de enriquecer la información del estudio, se determinó la anemia con ⁴³puntos de corte del IBBA con corrección a la altura. Estos resultados muestran que el 52.1 por ciento de las mujeres embarazadas tiene algún grado de anemia. En mujeres de edad fértil el 69.4 por ciento de ellas tiene anemia y el 30.9 por ciento de los niños menores de cinco años, donde el mayor impacto de anemia es cuando tienen menos de dos años (Anexo 1). Estos resultados son más altos que los utilizados con el punto de corte presentado anteriormente.

5.3. Anemia en niños menores de cinco años

CUADRO 39. Prevalencia de anemia en niños menores de cinco años, según tipo de anemia, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/Nivel de instrucción		Leve	Moderada	Severa	Total anemia	Normal	Número de niños
Sexo	Hombre	47,2	18	0,5	65,7	34,3	775
	Mujer	44,9	16,1	0,6	61,6	38,4	731
Total		46,1	17,1	0,5	63,7	36,3	1506
Red de salud	Eucaliptus	43,4	8,2		51,6	48,4	367
	Azanake	45	20,9	0,3	66,2	33,8	464
	Occidente	50,4	20,5	1,2	72,1	27,9	112
	Corque	51,3	18,4	0,6	70,3	29,7	273
	Huanuni	44,8	19,6	1,2	65,6	34,4	289
Total		46,1	17,1	0,5	63,7	36,3	1506
Edad en meses	6-11	43,8	24,8	1,6	70,2	29,8	180
	12-23	45,2	26,8	0,7	72,7	27,2	390
	24-35	50	15,9	0,8	66,7	33,4	347
	36-47	47,8	8,6		56,4	43,6	291
	48-59	42,5	9,2		51,7	48,3	298
Total		46,1	17,1	0,5	63,7	36,3	1506

De un total de 1506 niños, la prevalencia de anemia total en niños menores de cinco años es de 63.7 por ciento. Por tipo de anemia, la leve es de 46.1 por ciento, la moderada de 17.1 por ciento y la severa de 0.5 por ciento. La información nacional muestra una prevalencia menor de anemia total de 50.7 por ciento y de leve de 20.2 por ciento, y es mayor en la moderada con 26.9 por ciento y menor en la severa con 3.7 por ciento en relación a los niños del estudio, ENDSA 2003.

⁴³ Instituto Boliviano de Biología de Altura (IBBA). Puntos de Corte: <de 5 años 14.4 g/dl. Mujeres embarazadas 14.7 g/dl (considera a mujeres en el 2do. Trimestre de embarazo y en el estudio no se diferencia). Mujeres en edad fértil 16.2 g/dl.

Por Red de Salud, los niños de Eucaliptus presentan la menor prevalencia de anemia total con 51.6 por ciento y es más alta en Occidente y Corque con 72.1 por ciento y 70.3 por ciento, respectivamente; también es más alta la anemia leve en estas dos últimas redes de salud.

La anemia afecta más a los niños cuando tienen menos de dos años, que es cuando requieren cantidades relativamente elevadas de hierro para cubrir las necesidades del crecimiento rápido. Los resultados del estudio muestran que más de la mitad de los niños no inicia la alimentación de acuerdo a la norma nacional y se encuentra un déficit de la frecuencia de sus comidas, esto significa una falta de nutrientes en su alimentación y por lo tanto los sitúa en un riesgo permanente de presentar anemia y desnutrición que es muy posible que responda a estas prevalencias.

CAPITULO VI

FORTIFICACIÓN DE LA SAL

En el país, otra de las deficiencias de importancia es la de yodo en la alimentación. La deficiencia de yodo puede causar daño irreversible en el organismo, principalmente en el período de la gestación del niño y en la niñez.

Hasta el año 1994 se logró disminuir la prevalencia de bocio en el país de 65 por ciento a 4.5 por ciento en escolares (MSPYPS). Desde el año 1994, el 81 por ciento de los hogares consumía sal yodada. En 1996, la MICS (Encuesta de Múltiples Indicadores) reportó un incremento al 91 por ciento y se mantuvo en la ENDSA 1998; en el año 2003, el 86.4 por ciento de los hogares consumía sal en bolsa y el 95.2 por ciento de la sal contenía yodo, ENDSA 2003.

Para prevenir los Desórdenes por Deficiencia de Yodo, como norma del Ministerio de Salud se debe fortificar toda sal que es destinada para el consumo.

6.1. Utilización y determinación de yodo en sal

Para la determinación de sal con yodo, se utilizó la prueba cualitativa a través de una muestra de sal en cada hogar visitado.

CUADRO 39. Porcentaje de hogares según tipo de sal y presencia de yodo, Departamento de Oruro, PRICCAS 20006

Red de salud/Nivel de instrucción		Sal utilizada en los hogares					Sal en bolsa con yodo	Número de Hogares
		Sal en bolsas	Sal en bloque	Sal granulada	Ninguna sal	Otro		
Red de salud	Eucaliptus	88,6	4,2	7,2			97,2	417
	Azanake	94,7	0,6	4,8			96,1	531
	Occidente	67,2	0,7	30,2	0,4	1,5	91,1	123
	Corque	91,3	0,3	7,6		0,8	98,2	308
	Huanuni	100					96,4	320
Total		91,6	1,3	6,8	0	0,3	96,5	1700

La sal de bolsa es la más utilizada (91.6 por ciento), en el otro extremo de ubicación se encuentran la sal granulada con el 6.8 por ciento y en bloque 1.3 por ciento.

El 96,5 por ciento de la sal en bolsa que utilizan en los hogares tiene yodo. La ENDSA 2003 muestra el mismo porcentaje (96.6 por ciento), por lo tanto, los resultados del estudio indican que la situación se mantiene con un buen porcentaje de hogares que consume sal con yodo.

Por Red de Salud, el mayor porcentaje de hogares que utiliza sal en bolsa se encuentra en Azanake con 94.7 por ciento y menor en Occidente con 67.2 por ciento; esta última también utiliza sal granulada con 30 por ciento.

CAPÍTULO VII

OTROS ASPECTOS DE LA SALUD:

CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

En PRICCAS 2006, además de los temas tratados en los capítulos precedentes, se ha recolectado información sobre otros temas que se consideran importantes, los cuales se analizan en el presente capítulo.

7.1. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

El SIDA constituye una de las enfermedades de mayor interés para los responsables de la salud pública. El SIDA conforma una pandemia que amenaza a todos los países del mundo por su rápido incremento, alta letalidad y falta de medios eficaces de prevención y tratamiento. La enfermedad afecta especialmente a la población económicamente activa, conduce a la desintegración familiar y a la marginalidad y estigmatiza a las personas afectadas.

Bolivia no está exenta del SIDA, sin embargo, se visualiza al SIDA como un "problema de otros". La transmisión está relacionada con la desigualdad en las relaciones sociales y sexuales entre hombres y mujeres, con la deficiente educación sexual, con el comportamiento de la población, con los valores, creencias, tabúes y prácticas, con los patrones de cultura patriarcal y machista, con la falta de involucramiento, con la ignorancia, subvaloración y concepción errónea de que el SIDA es propio de otros países y personas. Todos éstos son factores aliados para la expansión de esta enfermedad, principalmente en grupos vulnerables como las mujeres, los adolescentes y jóvenes.

La transmisión sexual, sumada al patrón de transmisión heterosexual, traerá al país gran impacto social, debido a que la mujer corre mayor riesgo de infección, por lo cual nacerán más niños infectados, se elevará la mortalidad materno/infantil, aumentarán los niños huérfanos y el de ancianos abandonados por la muerte de las mujeres y la desintegración familiar.

La magnitud del problema, la rápida propagación del VIH/SIDA y la no existencia de cura para la enfermedad, confirman la importancia de monitorear el conocimiento de la

población sobre el problema, la percepción de los riesgos y formas de transmisión y prevención.

Por las razones indicadas, en la encuesta Línea de Base PRICCAS 2006 se incluyó una sección para indagar sobre el conocimiento general de las mujeres acerca del SIDA, qué debe hacerse para evitar contraer el SIDA, si una persona puede tener la enfermedad aunque parezca saludable y si cree que el SIDA es una enfermedad mortal o no y si puede ser transmitido de la madre al niño durante el embarazo, parto o lactancia.

7.1.1. CONOCIMIENTO DE SIDA

CUADRO 40. Distribución porcentual de mujeres que conocen el SIDA, según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/nivel de instrucción		¿Conoce o sabe lo que es el SIDA?			Total
		Si	No	No sabe	Recuento
Red de salud	Eucaliptus	38.6	52.5	8.9	117
	Azanake	54.9	39.5	5.6	291
	Occidente	48	44.1	7.9	59
	Corque	46	54		118
	Huanuni	60.9	38.6	0.5	179
TOTAL		51.9	43.9	4.2	765
Edad	15-19	46.9	48.9	4.1	64
	20-24	53.2	42.7	4.1	203
	25-29	58.5	39	2.4	226
	30-34	58.3	39.7	2	141
	35-39	34.3	59.3	6.4	70
	40-44	36.9	48.6	14.6	49
	45-49	15.7	70.8	13.5	11
TOTAL		51.9	43.9	4.2	765
Nivel de instrucción	Ninguna	22.2	62.4	15.4	27
	Primaria	28.4	67.2	4.4	308
	Secundaria y más	70.6	26	3.4	430
TOTAL		51.9	43.9	4.2	765

En Oruro, 51,9 por ciento de las mujeres en edad fértil ha escuchado hablar, conoce o sabe sobre el SIDA. Según la ENDSA 2003, en Bolivia⁴⁴ el 35,3 por ciento de mujeres han oído hablar de esta enfermedad.

Existen importantes diferencias según red de salud y nivel de instrucción. El mayor porcentaje de conocedoras se da entre las mujeres de mayor nivel educativo (70,6 por ciento), luego en los municipios de la red de salud de Huanuni (60,9 por ciento). Los menores porcentajes de conocedoras de esta enfermedad se presentan en las mujeres que viven en los municipios de Eucaliptus (38,6 por ciento) y las que no tienen instrucción (22,2 por ciento).

7.1.2. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA EVITAR EL SIDA

A las entrevistadas que manifestaron saber lo que es el SIDA, se les preguntó que puede hacer una persona para evitar contraer la enfermedad. Se admitían todas las respuestas de las mujeres entrevistadas y se sondeaba por otras formas. Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

En Oruro, el 75 por ciento de las mujeres entrevistadas piensa que si se puede hacer algo para evitar contraer el SIDA. Alrededor del 63,8 por ciento de mujeres consideran que usar condones es una medida preventiva y el 50,3 el sexo con una sola pareja no infectada; constituyéndose en las principales formas de protección contra el SIDA en nuestra área de investigación.

No existen importantes diferencias según red de salud, a excepción de los municipios de la red de Azanake, en los que el 62,6 por ciento de mujeres declararon que si se puede hacer algo para evitar contraer la enfermedad del SIDA, y consideran el uso del condón como la formas más importante para prevenir el SIDA.

El mayor porcentaje de conocedoras de formas de prevenir el SIDA, se da entre las mujeres con mayor nivel instrucción (57,3 por ciento de mujeres con primaria y 81,6 mujeres con secundaria o más). Llama la atención que entre las mujeres que fueron entrevistadas sin ningún nivel de instrucción, el 50 por ciento respondió que no se puede hacer nada para evitar contraer el SIDA y el otro 50 por ciento no sabe.

⁴⁴ Dato del área rural

CUADRO 41. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de evitar contraer el SIDA, según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/Nivel de Instrucción	Mujeres con conocimiento de formas de evitar el SIDA	Usar condones	Tener sexo con una sola pareja/serle fiel a su pareja	evitar compartir platos y cubiertos	contraer el virus del SIDA por picadura de mosquito	contraer el virus por compartir alimentos con personas con SIDA	Total
Eucaliptus	82.1	34.4	53.1	3.1	28.2	31.6	45
Azanake	62.6	86.6	59.7		33.6	40.6	160
Occidente	88.5	51.9	55.6	5.6	44.3	36.1	28
Corque	84.1	52.8	37.7		52.4	52.4	54
Huanuni	82.1	59.4	43.6		34.4	30.9	109
TOTAL	75	63.8	50.3	0.9	36.6	38.2	397
15-19	72.8	59	37.2		23.9	27	30
20-24	74.1	78.8	46.5	1.1	42.1	38.5	108
25-29	76.5	62.2	49.4	1.1	34.7	35.8	132
30-34	80.8	61.9	56.8		35.1	43.4	82
35-39	54.8	33.7	64.2		29.6	33.9	24
40-44	71.1	32.4	55.3	3.6	48.9	53.1	18
45-49	100	50	50		100	50	2
TOTAL	75	63.8	50.3	0.9	36.6	38.2	397
Ninguna					25		6
Primaria	57.3	65.9	57.8	0.9	39.8	52	87
Secundaria y más	81.6	63.3	48.8	0.8	35.9	34.9	303
TOTAL	75	63.8	50.3	0.9	36.6	38.2	397

Por edad, las mujeres menores de 35 años declararon el uso del condón como la forma más importante de prevenir el SIDA y en las mujeres de 35 años y más, consideran al sexo con una sola pareja como la forma más importante.

Respecto a otras valoraciones del conocimiento, se tiene que el 63,4 por ciento de las mujeres entrevistadas cree que los mosquitos no transmiten el SIDA y alrededor del 62 por ciento cree que no hay contagio por compartir alimentos con persona infectada.

7.1.3. CONOCIMIENTO DE LA TRANSMISIÓN DE LA MADRE AL HIJO O PERINATAL

Para investigar el conocimiento de la transmisión de madre a hijo o perinatal, se formuló, a las mujeres, una pregunta general sobre la posibilidad de que una madre infectada transmitiera el SIDA a su hijo y las tres preguntas específicas e independientes sobre si esa transmisión ocurría durante el embarazo, el parto o la lactancia.

CUADRO 42. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de la transmisión del SIDA de la madre al hijo durante el embarazo, parto o lactancia, según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad/Nivel de Instrucción	Mujeres que creen que el SIDA puede ser transmitido de la madre al niño	Durante el embarazo	¿Durante el parto	Durante la lactancia	Total
Eucaliptus	82.1	96.9	84.4	75	45
Azanake	88.8	92.6	80	68.4	160
Occidente	83.6	96.1	80.4	68.6	28
Corque	92.1	96.6	82.8	84.5	54
Huanuni	96.7	95	82.4	65.5	109
TOTAL	90.3	94.5	81.6	70.5	397
15-19	90.1	94.5	56.3	63.9	30
20-24	94.5	94	80.5	74	108
25-29	87.9	96.3	87.7	67.2	132
30-34	94.1	96.9	82.4	66.3	82
35-39	75.1	84.2	82.6	87.7	24
40-44	84.3	84.4	78.7	82.3	18
45-49	100	100	100	100	2
TOTAL	90.3	94.5	81.6	70.5	397
Ninguna	50	50	50	100	6
Primaria	81.2	95.4	81	82.5	87
Secundaria y más	93.7	94.8	82	67.2	303
TOTAL	90.3	94.5	81.6	70.5	397

7.1.3.1. Transmisión de la madre al hijo durante el embarazo

El 90,3 por ciento de las mujeres de Oruro considera que el VIH/SIDA puede ser transmitido de la madre al hijo ya sea durante el embarazo, el parto o a través de la lactancia. No se encuentran importantes diferencias entre redes de salud.

Casi como en todos los indicadores considerados, las diferencias más importantes se dan por edad y nivel educativo. El conocimiento adecuado, que el VIH/SIDA puede ser transmitido de madre a hijo durante el embarazo (94,5 por ciento). Es casi universal entre las mujeres y, principalmente, entre las mujeres con educación superior (94,5 y 94,8 por ciento, respectivamente). Por el contrario, es muy bajo el conocimiento entre las mujeres que carecen de educación formal, pues apenas llegan al 50 por ciento.

7.1.3.2. Transmisión de la madre al hijo durante el parto

El 81,6 por ciento respondieron afirmativamente a esta posibilidad de la transmisión del SIDA de la madre al niño durante el parto. Las mayores diferencias se dan entre las mujeres con educación superior frente a las mujeres sin educación, las primeras muestran que alrededor del 80 por ciento de las mujeres conocen que el VIH/SIDA se puede transmitir de madre a hijo durante el embarazo y las segundas apenas llegan al 50 por ciento.

7.1.3.3. Transmisión de la madre al hijo durante la lactancia

Este conocimiento es menos difundido entre las mujeres residentes en el departamento de Oruro, así como entre las personas sin educación de ambos sexos.

7.2. Malaria

La malaria⁴⁵ es una enfermedad producida por hemoparásitos del género *Plasmodio*, especies *P. falciparum*, agente que produce la forma más grave, *P. vivax*, *P. malariae* y *P. ovale*, no descrito en América. En algunas zonas endémicas no son raras las infecciones mixtas. El humano es el único reservorio conocido de esta enfermedad. Puede comenzar con malestar indefinido y fiebre, que aumenta poco a poco en un lapso de varios días, seguida por escalofríos fuertes y aumento rápido de la temperatura, que por lo regular se acompañan de cefalalgia y náusea y culmina con sudores profusos. Después de un lapso sin fiebre se repite el ciclo de escalofríos, fiebre y sudores todos los días, en días alternos o cada tercer día.

⁴⁵ Prevención, Erradicación y control de enfermedades transmisibles. OPS/OMS

Desde tiempos inmemoriales ha sido una de las enfermedades que más ha gravitado sobre la salud, historiadores sostienen que la decadencia de Egipto, Grecia y Roma se debió a que la malaria diezmó a los ejércitos y poblaciones. Se discute si la enfermedad existió en la América precolombina o si llegó con los conquistadores. Como en otras latitudes, ha constituido un azote para la salud y la economía de los bolivianos. La existencia de la malaria en Bolivia se caracteriza porque hay diferencias marcadas dadas por factores ecológicos y patrones culturales.

Inicialmente los métodos usados en la lucha contra la malaria consistieron en la eliminación de charcas en las orillas de los ríos y acequias, en el tratamiento de los criaderos de larvas con arseniato de cobre disuelto y petróleo, y en la fumigación regular y periódica de las casas.

La otra contribución importante para las acciones de control fue el mejor conocimiento de los hábitos de vida del *Anopheles*, que antes y después de picar al hombre, reposa generalmente sobre las paredes interiores de la casa. El rociado de paredes con un insecticida de efecto residual, una o dos veces al año, era suficiente para exterminar los mosquitos infectados antes de que terminaran el período de incubación intravectorial que los convierte en infectantes.

No cabe duda que la introducción del uso del DDT en el combate contra la malaria cambió radicalmente la estrategia de lucha, pues detuvo la ampliación de las costosas obras de drenaje y de las operaciones de destrucción de larvas y permitió controlar la enfermedad en muchas zonas agrícolas, incluso en lugares donde el aislamiento de las viviendas no permitía el empleo de otros métodos de control.

La estrategia nacional⁴⁶ para combatir la malaria se basa en: descentralización, participación comunitaria, acceso a grupos especiales de riesgo, coordinación entre sectores, gestión integral y actividades conjuntas en áreas de interés epidemiológico común. El Plan para el Control de la Malaria tiene la meta de “reducir la morbilidad, y prevenir la mortalidad causada por la malaria en Bolivia mediante el mejoramiento progresivo y el fortalecimiento de la capacidad local, regional y nacional”.

Los Departamentos de Pando, Beni y Santa Cruz en la Amazonía boliviana, en la

⁴⁶ Ídem 43

frontera con el Brasil, son una prioridad. Esta región es responsable de 50 por ciento de todos los casos de malaria notificados y 99 por ciento de casos por *P. falciparum*.

7.2.1. CONOCIMIENTO DE LA MALARIA

A las entrevistadas que manifestaron saber lo que es la Malaria, se les preguntó como cree que se transmite, que puede hacer una persona para combatirla y a través de que fuente se informó sobre esta enfermedad. Se admitían todas las respuestas de las mujeres entrevistadas y se sondeaba por otras formas. Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

CUADRO 43. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de la malaria según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción		Mujeres que han escuchado hablar de la malaria	Total	Mujeres que saben lo que es la malaria	Total
Red de salud	Eucaliptus	9.2	417	36.4	38
	Azanake	18.4	534	31.8	98
	Occidente	27.8	126	27.6	35
	Corque	22.8	311	22	71
	Huanuni	20.5	320	29.7	66
TOTAL		18	1709	29.2	308
	15-19	11.2	142	9.4	16
	20-24	17.5	425	24.9	74
	25-29	22.7	415	31.8	94
	30-34	19.9	298	39.9	59
	35-39	15	230	21	34
	40-44	14.8	148	30.6	22
	45-49	17.2	50	30.1	9
TOTAL		18	1709	29.2	308
Nivel de instrucción	Ninguna	11	95		10
	Primaria	11	990	23.4	109
	Secundaria y más	30.4	622	34.2	189
TOTAL		18	1709	29.2	308

En Oruro, al no ser una zona endémica, apenas el 18,1 por ciento ha escuchado hablar sobre la malaria y el 29,2 por ciento sabe lo que es esta enfermedad.

Existen importantes diferencias según red de salud y nivel de instrucción. El mayor porcentaje de conocedoras se da entre las mujeres de mayor nivel educativo (30,4 por ciento), luego en los municipios de la red de salud de Eucaliptus (36,4 por ciento). Los menores porcentajes de conocedoras de esta enfermedad se presentan en las mujeres que viven en los municipios de Corque (22 por ciento) y todas las mujeres entrevistadas sin ningún nivel de instrucción reportaron no conocer y saber lo que es la malaria.

7.2.2. FUENTES DE CONOCIMIENTO DE LA MALARIA

CUADRO 44. Distribución porcentual de mujeres por fuente de conocimiento, según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud/Edad		Fuentes de conocimiento							
		Por su vecino	En las reuniones	Por el personal de salud	De los profesores	Por sus hijos	En su Junta Vecinal o Sindicato	Radio/TV	Otro
Red de salud	Eucaliptus	25	16.7	41.7	16.7		25	91.7	
	Azanake	4.8	9.5	42.9	19	9.5	23.8	85.7	9.5
	Occidente	14.3	33.3	47.6	28.6	19	14.3	81	19
	Corque	11.1	5.6	44.4	5.6			83.3	22.2
	Huanuni	4.5	9.1	31.8	4.5	9.1		86.4	18.2
TOTAL		10	12.4	41.1	14.2	7.3	13.7	85.9	13.1
	15-19							100	
	20-24	12.8	4.8	44.8	12.9		16.2	82.4	9.6
	25-29	8.4	11.1	45.6	8.5	4.5	9.3	82.4	14.1
	30-34	8.5	21.7	36.1	17.5	6.3	23.8	92.7	6.3
	35-39	28.8	19.1	28.8	12.7	6.4	6.4	87.7	24.2
	40-44		6.9	53.4	29.1	49.3	6.9	75.8	13.2
	45-49			33.3	33.3			100	66.7
TOTAL		10	12.4	41.1	14.2	7.3	13.7	85.9	13.1

En general, la televisión, la radio y el periódico son los medios o fuentes principales de información sobre punto haciendo el 85,9 por ciento. El 43,6 por ciento de las mujeres reportaron conocer esta enfermedad por el personal de salud.

Otras fuentes de conocimiento reportados fueron los profesores (14,2 por ciento), a través de juntas vecinales (13,7 por ciento), o de reuniones (12,4 por ciento) también han tenido importancia, aunque en menor proporción.

7.2.3. CONOCIMIENTO DE FORMAS DE TRANSMISIÓN DE LA MALARIA

CUADRO 45. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de transmisión según características seleccionadas, Departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad		Fuentes de transmisión			
		Por bañarse en los ríos	De una persona enferma a otra	Por la picadura de un mosquito	Otro
Red de salud	Eucaliptus	91.7	83.3	91.7	
	Azanake	61.9	76.2	95.2	4.8
	Occidente	38.1	61.9	90.5	19
	Corque	66.7	38.9	94.4	
	Huanuni	68.2	77.3	95.5	13.6
TOTAL		66.1	69.6	94.1	6.7
	15-19			98.5	
	20-24	68	66.6	96.6	4.8
	25-29	61.4	68.2	85	10.6
	30-34	70.1	75.4	96.4	6.3
	35-39	75.4	75.4	93.5	
	40-44	73	86.2	95.6	6.9
	45-49	66.7	33.3	93.7	
TOTAL		66.1	69.6	94.1	6.7

De las posibilidades de transmisión que fueron preguntadas a las entrevistadas, la picadura del mosquito es la más conocida por las mujeres orureñas, pues el 94,1 por ciento respondió afirmativamente a esta posibilidad.

El 69,6 por ciento de las entrevistadas respondió que la malaria puede ser transmitida de una persona enferma a otra y el 66,1 por ciento puede ser transmitida por bañarse en los ríos.

7.2.4. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA COMBATIR LA MALARIA

Es necesario aclarar que en este caso, la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

CUADRO 46. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de combatir la malaria, según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/Nivel de Instrucción		Formas de combatir			
		Fumigando las casas	Tomando pastillas	Protegiéndose de los mosquitos	De otra manera
Red de salud	Eucaliptus	83.3	41.7	100	
	Azanake	95.2	66.7	90.5	28.6
	Occidente	100	61.9	100	52.4
	Corque	94.4	55.6	88.9	16.7
	Huanuni	100	68.2	95.5	36.4
TOTAL		94.8	60.7	93.8	26.3

En Oruro, el 94,8 por ciento de las mujeres entrevistadas piensa que se combate la malaria fumigando las casas y el 93,8 por ciento protegiéndose de los mosquitos.

No existen importantes diferencias según red de salud a excepción de los municipios de la red de salud de Corque, en los que el 88,9 por ciento de mujeres declararon protegiéndose de los mosquitos se puede combatir esta enfermedad.

7.3. Dengue

Clínicamente, el dengue se reconoce desde hace más de 200 años y cerca de dos tercios de la población mundial vive en zonas infestadas con vectores de dengue. El dengue es endémico y epidémico en zonas tropicales de América, África y Asia, donde el vector principal *Aedes aegypti* está presente continuamente⁴⁷.

⁴⁷ Prevención, erradicación y control de enfermedades transmisibles. OPS/OMS.

El dengue clásico, junto con sus formas más graves: el dengue hemorrágico y el síndrome de choque del dengue, es un grave problema de salud en muchas partes de las Américas y puede afectar negativamente las economías nacionales de la región. Las epidemias originan grandes costos de hospitalización, asistencia a enfermos y campañas de emergencia para el control de los vectores.

Los factores responsables del resurgimiento del dengue como un problema de salud pública son complejos y se encuentran estrechamente asociados a cambios sociales y demográficos en los últimos cincuenta años. El crecimiento sin precedente de la población global, asociada a la urbanización no planificada y descontrolada especialmente en países tropicales en desarrollo (viviendas precarias, hacinamiento, deterioro en los sistemas de suministros de agua, red cloacal y tratamiento de desperdicios), ha creado las condiciones ideales para el incremento de enfermedades transmitidas por mosquitos. Otro factor preponderante es la ausencia de un control efectivo del mosquito en áreas donde el dengue es endémico; el rociado con insecticidas para combatir los mosquitos adultos no ha sido efectivo y, al contrario, ha dado una sensación de falsa seguridad. Adicionalmente la densidad de la población de mosquitos ha aumentado en áreas urbanas tropicales debido al crecimiento de hábitat para la larva del mosquito en el medio ambiente doméstico.

Otras causas son el movimiento constante del virus en humanos infectados, cambios en la política de salud pública que pone énfasis en responder a las epidemias con alta tecnología dirigida al control del mosquito más que a prevenir las epidemias con medidas de saneamiento ambiental para reducir la población de mosquitos eliminando su hábitat o actuando sobre estadios inmaduros del vector, el único método que ha demostrado ser efectivo.

Actualmente existe consenso que mientras no hayan vacunas ni tratamiento específico contra el dengue, medidas sencillas de saneamiento ambiental pueden eliminar los criaderos de los mosquitos. Tales medidas se asocian con prácticas específicas de saneamiento doméstico que traducen los conocimientos que la comunidad posee respecto a la prevención del dengue.

7.3.1. CONOCIMIENTO DEL DENGUE

CUADRO 47. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de dengue según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad		Mujeres que han oído hablar del dengue		Mujeres que saben lo que es el dengue
		por ciento	total	por ciento
Red de salud	Eucaliptus	2.2	9	25
	Azanake	12.3	66	36.4
	Occidente	12.1	15	21.2
	Corque	10.8	34	25.6
	Huanuni	14.1	45	33.3
TOTAL		9.9	169	31.4
	15-19	4.5	6	41.1
	20-24	10.3	44	25.2
	25-29	14.7	61	37
	30-34	11.9	35	32.8
	35-39	4.7	11	24.7
	40-44	6.5	10	18.8
	45-49	4.4	2	39.1
TOTAL		9.9	169	31.4

Las entrevistadas que manifestaron saber lo que es el dengue, se les preguntó cómo cree que se transmite, que puede hacer una persona para combatirlo y a través de que fuente se informó sobre esta enfermedad. Se admitían todas las respuestas de las mujeres entrevistadas y se sondeaba por otras formas. Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

En Oruro, de 169 mujeres que respondieron que han oído hablar sobre el dengue, el 31,4 por ciento sabe lo que es esta enfermedad, porcentaje que es bajo por que Oruro no es zona endémica.

Los menores porcentajes de conocedoras de esta enfermedad se presenta en las mujeres que viven en los municipios de Occidente (21,2 por ciento) y todas las

mujeres entrevistadas sin ningún nivel de instrucción reportaron no conocer y saber lo que es el dengue.

7.3.2. FUENTES DE CONOCIMIENTO DEL DENGUE EN ORURO

CUADRO 48. Distribución porcentual de mujeres según fuentes de conocimiento según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud		Fuentes de conocimiento							
		Por su vecino	En las reuniones	Por el personal de salud	De los profesores	Por sus hijos	En su Junta Vecinal o Sindicato	Radio/Televisión/ Periódico	Otro
Red de salud	Eucaliptus			50			50	100	
	Azanake			18.7	6.2		6.2	93.8	6.2
	Occidente	28.6	14.3	28.6	14.3	28.6	14.3	100	14.3
	Corque	50	10	20			10	80	10
	Huanuni	23.5	11.8	41.2	29.4			82.4	5.9
TOTAL		16.5	5.8	27.3	12	1.7	7.5	88.9	7

En general, la televisión, la radio y el periódico son los medios o fuentes principales de conocimiento con el 88,9 por ciento. El 27,3 por ciento de las mujeres reportaron conocer esta enfermedad por información del personal de salud. Se destaca la importancia de los medios masivos de comunicación en la difusión de la información, pero la sola difusión resulta ineficaz si no se combina con intervenciones que apunten a modificar las actitudes y a orientar las acciones hacia la realización de prácticas de prevención.

Otras fuentes de conocimiento reportado como ser los vecinos (16,5 por ciento) y a través de los profesores (12 por ciento) también han tenido importancia, aunque en menor proporción. Considerando que el 88,9 por ciento de las mujeres orureñas mencionaron que la principal fuente de información acerca del dengue fueron los medios de difusión, la importancia de la organización comunitaria (Junta de vecinos, sindicatos) no se constituyó en un eje básico de los mensajes difundidos. Este aspecto debería tomarse en cuenta con el fin de disminuir significativamente la segregación existente entre el conocimiento y la información que poseen las personas y la posibilidad de intervenir sobre el mismo con mayor eficacia a través de la organización comunitaria.

7.3.3. CONOCIMIENTO DE FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL DENGUE

CUADRO 49. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de transmisión del dengue según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud		Formas de transmisión				
		Por bañarse en los ríos	De una persona enferma a otra	Por la picadura de un mosquito	Vacunando	Otro
Red de salud	Eucaliptus	50		100		
	Azanake	68.8	56.3	100	18.7	
	Occidente	85.7	57.1	100	28.6	14.3
	Corque	50	50	100	30	
	Huanuni	58.8	47.1	94.1	23.5	5.9
TOTAL		63.1	50.2	98.3	21.7	2.5

De las posibilidades de transmisión que fueron preguntadas a las entrevistadas, la picadura del mosquito es la más conocida por las mujeres orureñas, pues el 98,3 por ciento respondieron afirmativamente a esta posibilidad. Las mayores diferencias se dan entre las mujeres con educación superior frente a las que no tienen instrucción, las primeras muestran que alrededor del 99 por ciento de las mujeres conocen que el dengue se transmite por la picadura de mosquito.

El 63,1 por ciento de las entrevistadas respondió que el dengue puede ser transmitida por bañarse en los ríos y el 50,2 por ciento dijo que puede ser transmitida de una persona enferma a otra.

7.3.4. CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA COMBATIR EL DENGUE

Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

CUADRO 50. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de combatir el dengue, según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción		Formas de combatir			
		Fumigando las casas	Tomando pastillas	Protegiéndose de los mosquitos	De otra manera
Red de salud	Eucaliptus	100		100	
	Azanake	100	62.5	100	6.2
	Occidente	100	42.9	100	42.9
	Corque	100	70	100	20
	Huanuni	94.1	64.7	94.1	17.6
Total		98.3	60.4	98.3	13.7

En Oruro, el 98,3 por ciento de las mujeres entrevistadas piensa que se puede combatir el dengue fumigando las casas y protegiéndose de los mosquitos.

7.4. Leishmaniasis

Enfermedad polimorfa de la piel y de las membranas mucosas causada por varios protozoarios pertenecientes a especies del género *Leishmania*; son parásitos intracelulares obligados en los seres humanos y otros huéspedes mamíferos. La enfermedad comienza con una pápula que se agranda y típicamente se transforma en úlcera indolora. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples y, ocasionalmente, no ulceradas u difusas. Pueden cicatrizar espontáneamente en el término de semanas o meses o persistir durante el año o más. En algunas personas, diversas especies parásitas (sobre todo en América), se diseminan y producen lesiones de la mucosa (espundia), incluso años después de que ha curado la lesión cutánea primaria.

En América, los agentes infecciosos son complejos de especies de *L. braziliensis* y *L. mexicana*. Los miembros del complejo de *L. braziliensis* producen con mayor frecuencia lesiones de las mucosas.

El diagnóstico se hace por la identificación microscópica de la forma no móvil intracelular del parásito (amastigote) en frotis teñidos del material obtenido de las lesiones, y por cultivo de la forma extracelular móvil (promastigote) en medios adecuados. Pueden practicarse pruebas serológicas (inmunofluorescencia indirecta o

ELISA), pero en forma típica los niveles de anticuerpo son muy pequeños o no detectables, de manera que posiblemente no sean útiles para el diagnóstico, excepto en la leishmaniasis mucocutánea. La identificación de la especie obliga al acopio de pruebas biológicas (desarrollo en flebotomos, medios de cultivo y animales); inmunológicas (anticuerpos monoclonales); moleculares (técnica de ADN) y bioquímica (análisis de isoenzimas).

7.4.1. CONOCIMIENTO DE LA LEISHMANIASIS

Las entrevistadas que manifestaron saber lo que es la leishmaniasis, se les preguntó cómo cree que se transmite, que puede hacer una persona para combatirla y a través de que fuente se informó sobre esta enfermedad. Se admitían todas las respuestas de las mujeres entrevistadas y se sondeaba por otras formas. Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

CUADRO 51. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de leishmaniasis, según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción		Mujeres que han oído usted hablar de la leishmaniasis		Mujeres que saben lo que es la leishmaniasis
		por ciento	Total	por ciento
Red de salud	Eucaliptus			
	Azanake	1.1	6	
	Occidente	3.3	4	22.2
	Corque	1.1	3	25
	Huanuni	2.8	9	20
Total		1.3	22	15.9

En Oruro, de 22 mujeres que respondieron que han oído hablar sobre el dengue, el 15,9 por ciento sabe lo que es esta enfermedad, porcentaje que es bajo por que Oruro no es zona endémica.

En general, la televisión, la radio y el periódico son los medios o fuentes principales de conocimiento con el 37,9 por ciento. Las entrevistadas reportaron como la principal forma de transmisión de esta enfermedad por entrar monte adentro. Y se puede combatir fumigando las casas y protegiéndose de los mosquitos.

7.5. Tuberculosis

Enfermedad importante como causa mayor de incapacidad y muerte en muchas zonas del mundo. Su **agente infeccioso** es el Complejo de *Mycobacterium tuberculosis*⁴⁸.

Reservorio: principalmente los seres humanos. **Modo de transmisión:** Exposición al bacilo tuberculoso en núcleos de gotitas suspendidas en el aire expulsadas por personas con tuberculosis pulmonar o laríngea durante los esfuerzos respiratorios, como la tos, el canto o el estornudo.

La infección inicial suele ser asintomático; la sensibilidad a la tuberculina en las pruebas cutáneas se manifiesta en 2 a 10 semanas. Las lesiones pulmonares incipientes por lo general se curan y no dejan alteraciones residuales, excepto calcificación ocasional de los ganglios linfáticos pulmonares o traqueobronquiales.

De 90 a 95.5 por ciento de las personas infectadas inicialmente entran a esta fase de latencia, a partir de la cual existe el peligro permanente de reactivación. La tuberculosis extrapulmonar es menos común que la pulmonar. La tuberculosis pulmonar progresiva surge por reinfección exógena o por reactivación endógena del foco latente que persistía desde la infección inicial.

Sin tratamiento, aproximadamente la mitad de los enfermos muere en menos de cinco años, aunque la mayoría de ellos muere en menos de 18 meses, desde el comienzo, puede haber fatiga, fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso, en tanto que en las fases avanzadas adquieren importancia los síntomas de localización como tos, dolor torácico, hemoptisis y ronquera.

7.5.1. CONOCIMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

Las entrevistadas que manifestaron saber lo que es la tuberculosis, se les preguntó cómo creen que se transmite, que puede hacer una persona para combatirla y a través de que fuente se informó sobre esta enfermedad. Se admitían todas las respuestas de las mujeres entrevistadas y se sondeaba por otras formas. Es necesario aclarar en este

⁴⁸ Ídem 45

caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

CUADRO 52. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de la tuberculosis, según características seleccionadas. Departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción		Mujeres que han oído usted hablar de la tuberculosis		Mujeres que conocen lo que es la Tuberculosis
		por ciento	Total	por ciento
Red de salud	Eucaliptus	49.9	208	78.8
	Azanake	74.9	400	74.3
	Occidente	65.7	83	66.1
	Corque	70	218	64.7
	Huanuni	76.7	246	78
Total		67.5	1155	73.5
	15-19	63.7	90	74
	20-24	67.7	288	71.7
	25-29	72.8	302	78.7
	30-34	69.4	207	74.5
	35-39	62.1	143	73.8
	40-44	66.1	98	63.2
	45-49	53.8	27	58.5
Total		67.5	1155	73.5
Nivel de instrucción	Ninguna	51.8	49	44.1
	Primaria	59.6	590	66.3
	Secundaria y más	82.7	514	84.4
Total		67.5	1155	73.5

En Oruro, de 1.155 mujeres que respondieron que han oído hablar sobre la tuberculosis, el 73,5 por ciento sabe lo que es esta enfermedad.

No existen importantes diferencias según red de salud y nivel de instrucción. El mayor porcentaje de conocedoras se da entre las mujeres de mayor nivel educativo (84,4 en secundaria contra el 44,1 por ciento sin ningún nivel de instrucción). Los menores

porcentajes de conocedoras de esta enfermedad se presentan en las mujeres que viven en los municipios de Corque (64,7 por ciento).

7.5.2. CONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS Y SIGNOS DE LA TUBERCULOSIS

CUADRO 53. Distribución porcentual de mujeres que reconocen signos y síntomas de la tuberculosis según características seleccionadas. Departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de Salud/edad/nivel de instrucción		Síntomas y signos				
		Sudores nocturnos durante 3 semanas o más	Tos durante dos semanas o más	Pérdida de peso durante 3 semanas o más	Ninguna	Otro
Red de salud	Eucaliptus	3.5	87.2	15.6	1.4	1.4
	Azanake	1.5	73.9	9	17.1	13.6
	Occidente	3.4	76.5	25.2		44.5
	Corque	2.5	67.5	25.2	4.9	44.2
	Huanuni	0.5	84.7	13.9	1.9	30.1
Total		1.9	78	15.1	7.5	22
	15-19	4.2	74.7	9.2	4.8	22.3
	20-24	0.7	81.7	12.2	7.4	15.3
	25-29	1.5	76.1	18.3	8.6	21.4
	30-34	4.5	80.4	15.1	5.6	20.1
	35-39	1.6	74.9	14.3	11.3	30
	40-44		78	19.6	6.7	29.3
	45-49		69.5	19.6		56.4
Total		1.9	78	15.1	7.5	22

Sobre el reconocimiento de los signos o síntomas de la tuberculosis que fueron preguntadas a las entrevistadas, el 78 por ciento reconoce la tos durante dos semanas o más como el principal signo que identifica que una persona tenga tuberculosis.

7.5.3. CONOCIMIENTO DE FORMAS DE TRANSMISIÓN DE LA TUBERCULOSIS

Es necesario aclarar en este caso, que la pregunta hace referencia únicamente al conocimiento de formas de evitar el contagio y no a prácticas o comportamiento.

CUADRO 54. Distribución porcentual de mujeres con conocimiento de formas de contagio de la tuberculosis, según características seleccionadas, departamento de Oruro, PRICCAS 2006

Red de salud/edad/nivel de instrucción		Formas de contagio				
		Al gritar o cantar	Al toser o estornudar	Al usar utensilios para comer	Al escupir	Otro
Red de salud	Eucaliptus	84.4	98.6	93.6	95.7	3.5
	Azanake	71.7	91.5	91	95.5	7.5
	Occidente	73.1	95.8	92.4	95	20.2
	Corque	70.6	97.5	87.1	89	16
	Huanuni	54.9	96.3	81.9	87.9	11.6
Total		70.3	95.2	88.9	92.7	9.9
	15-19	64.2	97.5	76.7	89.8	13.2
	20-24	65.8	95.1	87.4	91.4	8.1
	25-29	65	95.3	88.7	89.6	10.5
	30-34	79.8	95.8	90.2	95.1	7.9
	35-39	75.6	95.5	97.5	99.2	9.7
	40-44	80.5	92.7	89.4	94.7	15.1
	45-49	65.6	87.6	88.9	94.4	11.1
Total		70.3	95.2	88.9	92.7	9.9
Nivel de instrucción	Ninguna	58	84.1	89	89	6.1
	Primaria	75.9	92.5	87.9	93.2	7.6
	Secundaria y más	65.7	98.6	89.8	92.4	12.2
Total		70.2	95.4	88.9	92.7	9.9

El 95,4 por ciento de las entrevistadas respondieron que la tuberculosis puede ser transmitida de una persona a otra al toser o estornudar, el 92,7 al escupir, el 88,9 por ciento al usar utensilios de una persona enferma para comer y finalmente el 70,2 por ciento al gritar o cantar.

ANEXO 1.

Desnutrición infantil (Desnutrición aguda)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 23 meses que están severamente o moderadamente desnutridos,
Departamento de Oruro, PRICCAS 2006

		Peso/talla (Desnutrición aguda)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	0,3	1,4	1,7	8,1	73,9	16,3	628
	Mujer	0,2	1,5	1,7	7,1	69,6	21,6	588
Total		0,3	1,4	1,7	7,6	71,8	18,8	1216
Red de salud	1 Eucaliptus	0,4	3,2	3,6	8,5	66,5	21,4	248
	2 Azanake		1,1	1,1	5,4	72,8	20,7	261
	3 Occidente	0,5	1,1	1,6	2,7	77,4	18,3	186
	4 Corque	0,8	1,2	2	10,4	73,5	14,1	249
	5 Huanuni			0	9,6	73,2	17,3	272
Total		0,3	1,4	1,7	7,6	71,8	18,8	1216
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses			0	6	65,3	28,8	241
	De 12 a 23 meses	0,5	2,4	2,9	9	70,6	17,6	511
	De 24 a 35 meses	0,2	1,1	1,3	7	76,6	15,1	464
Total		0,3	1,4	1,7	7,6	71,8	18,8	1216
Recodificación de nivel	Ninguna		1,7	1,7	12,2	68,5	17,6	66
	Primaria	0,4	1,4	1,8	7,5	71,6	19	705
	Secundaria y más	0,1	1,4	1,5	7	72,7	18,8	441
Total		0,3	1,4	1,7	7,6	71,8	18,9	1212

Desnutrición infantil (Desnutrición global)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 23 meses que están severamente o moderadamente desnutridos,
Departamento de Oruro, PRICCAS 2006

		Peso/edad (Desnutrición Global)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	1	10	11	36,1	47,9	4,9	628
	Mujer	1,1	8,1	9,2	34,5	52,2	4	588
Total		1,1	9,1	10,2	35,4	50	4,5	1216
Red de salud	1 Eucaliptus	0,4	9,7	10,1	35,9	49,6	4,4	248
	2 Azanake	1,1	8,4	9,5	34,1	50,2	6,1	261
	3 Occidente	0,5	7,5	8	34,4	52,7	4,8	186
	4 Corque	2	8,4	10,4	37,3	48,6	3,6	249
	5 Huanuni	1,1	10,7	11,8	35,3	50,4	2,6	272
Total		1,1	9,1	10,2	35,4	50	4,5	1216
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses	2,7	3,1	5,8	29,2	56,2	8,8	241
	De 12 a 23 meses	0,6	11,9	12,5	39,7	44,6	3,2	511
	De 24 a 35 meses	0,7	9,2	9,9	33,7	52,7	3,7	464
Total		1,1	9,1	10,2	35,4	50	4,5	1216
Recodificación de nivel	Ninguna	3,3	14,8	18,1	37	40,2	4,8	66
	Primaria	1,4	9,6	11	35,3	49,4	4,3	705
	Secundaria y más	0,2	7,3	7,5	35,1	52,6	4,9	441
Total		1,1	9,1	10,2	35,3	50,1	4,5	1212

Desnutrición infantil (Desnutrición crónica)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 23 meses que están severamente o moderadamente desnutridos,
Departamento de Oruro, PRICCAS 2006

		Talla/edad (Desnutrición Crónica)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	10	23,9	33,9	35,6	28,6	1,9	628
	Mujer	8,2	23,5	31,7	37,6	27,9	2,9	588
Total		9,1	23,7	32,8	36,6	28,2	2,4	1216
Red de salud	1 Eucaliptus	12,1	25,4	37,5	31,9	26,2	4,4	248
	2 Azanake	8,4	23	31,4	39,1	28	1,5	261
	3 Occidente	7	26,9	33,9	37,1	26,3	2,7	186
	4 Corque	7,2	23,7	30,9	35,3	32,1	1,6	249
	5 Huanuni	9,2	21,7	30,9	39	28,3	1,8	272
Total		9,1	23,7	32,8	36,6	28,2	2,4	1216
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses	4,5	13,1	17,6	39	40,5	3	241
	De 12 a 23 meses	11,6	28,8	40,4	34,1	23,7	1,8	511
	De 24 a 35 meses	8,8	23,6	32,4	38	26,9	2,7	464
Total		9,1	23,7	32,8	36,6	28,2	2,4	1216
Recodificación de nivel	Ninguna	15,6	33,7	49,3	22,5	23,1	5,2	66
	Primaria	10,6	25	35,6	36,7	24,9	2,8	705
	Secundaria y más	5,8	20,1	25,9	38,5	34,5	1,2	441
Total		9,2	23,7	32,9	36,5	28,3	2,4	1212

Desnutrición infantil (Desnutrición aguda)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 59 meses que están severamente o moderadamente desnutridos,
Departamento de Oruro, PRICCAS 2006

		Peso/talla (Desnutrición aguda)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	0,3	0,8	1,1	6,4	73,8	18,7	1082
	Mujer	0,1	0,9	1	5	70,6	23,3	1014
Total		0,2	0,9	1,1	5,7	72,2	20,9	2096
Red de salud	1 Eucaliptus	0,5	1,9	2,4	6,3	71,2	20,2	431
	2 Azanake		0,7	0,7	4,4	69,1	25,8	427
	3 Occidente	0,3	0,6	0,9	1,7	75,9	21,5	344
	4 Corque	0,5	0,7	1,2	7,1	74,6	17,2	437
	5 Huanuni		0,2	0,2	7,4	74,8	17,5	457
Total		0,2	0,9	1,1	5,7	72,2	20,9	2096
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses			0	6	65,3	28,8	241
	De 12 a 23 meses	0,5	2,4	2,9	9	70,6	17,6	511
	De 24 a 35 meses	0,2	1,1	1,3	7	76,6	15,1	464
	De 36 a 59 meses	0,1	0,1	0,2	3,1	72,8	23,9	880
Total		0,2	0,9	1,1	5,7	72,2	20,9	2096
Recodificación de nivel	Ninguna		1	1	7,9	69,9	21,2	111
	Primaria	0,2	0,8	1	5,8	72,4	20,8	1264
	Secundaria y más	0,2	1	1,2	5,2	72,2	21,3	712
Total		0,2	0,9	1,1	5,7	72,2	21	2087

Desnutrición infantil (Desnutrición global)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 59 meses que están severamente o moderadamente desnutridos,
Departamento de Oruro, PRICCAS 2006

		Peso/edad (Desnutrición Global)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	0,7	8,3	9	34,7	51,6	4,7	1082
	Mujer	0,8	7,3	8,1	35	52,5	4,3	1014
Total		0,8	7,8	8,6	34,8	52,1	4,5	2096
Red de salud	1 Eucaliptus	0,5	9	9,5	37,1	49,9	3,5	431
	2 Azanake	0,7	7	7,7	34	51,1	7,3	427
	3 Occidente	0,3	5,2	5,5	34,6	55,5	4,4	344
	4 Corque	1,4	7,1	8,5	34,8	53,1	3,7	437
	5 Huanuni	0,9	9,2	10,1	33,5	54	2,4	457
Total		0,8	7,8	8,6	34,8	52,1	4,5	2096
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses	2,7	3,1	5,8	29,2	56,2	8,8	241
	De 12 a 23 meses	0,6	11,9	12,5	39,7	44,6	3,2	511
	De 24 a 35 meses	0,7	9,2	9,9	33,7	52,7	3,7	464
	De 36 a 59 meses	0,3	6	6,3	34,1	55	4,6	880
Total		0,8	7,8	8,6	34,8	52,1	4,5	2096
Recodificación de nivel	Ninguna	1,9	12,8	14,7	32,9	47,9	4,5	111
	Primaria	0,9	8,6	9,5	36	50,8	3,7	1264
	Secundaria y más	0,4	5,6	6	32,5	55,4	6,1	712
Total		0,8	7,8	8,6	34,7	52,2	4,5	2087

Desnutrición infantil (Desnutrición crónica)

Porcentaje de niños(as) de 6 a 59 meses que están severamente o moderadamente desnutridos,
Departamento de Oruro, PRICCAS 2006

		Talla/edad (Desnutrición Crónica)						Número de niños no ponderado
		Severa	Moderada	- 2 DE	Leve	Normal	Superior	
P3. Sexo	Hombre	9,7	26,1	35,8	34,9	28,1	1,2	1082
	Mujer	9	26,3	35,3	37,4	25,5	1,8	1014
Total		9,3	26,2	35,5	36,1	26,8	1,5	2096
Red de salud	1 Eucaliptus	12,1	29,5	41,6	32,7	23,2	2,6	431
	2 Azanake	8,2	25,8	34	37,5	27,6	0,9	427
	3 Occidente	6,7	28,2	34,9	37,8	25,9	1,5	344
	4 Corque	8,2	25,6	33,8	34,3	30,4	1,4	437
	5 Huanuni	9,8	22,8	32,6	39,2	27,1	1,1	457
Total		9,3	26,2	35,5	36,1	26,8	1,5	2096
Rangos de edad de niños menores de 5 años	De 6 a 11 meses	4,5	13,1	17,6	39	40,5	3	241
	De 12 a 23 meses	11,6	28,8	40,4	34,1	23,7	1,8	511
	De 24 a 35 meses	8,8	23,6	32,4	38	26,9	2,7	464
	De 36 a 59 meses	9,6	29,8	39,4	35,5	24,9	0,2	880
Total		9,3	26,2	35,5	36,1	26,8	1,5	2096
Recodificación de nivel	Ninguna	15,8	35,2	51	20,4	25,6	3	111
	Primaria	10,8	28,8	39,6	35,6	23,2	1,6	1264
	Secundaria y más	5,7	19,9	25,6	39,6	33,8	1	712
Total		9,4	26,2	35,6	36	26,9	1,5	2087