

ENCUESTA LÍNEA DE SALIDA PRICCAS 2012

INFORME RESUMEN

**LA PAZ - BOLIVIA
2012**

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	1
INTRODUCCIÓN.....	2
1. Antecedentes Generales.....	2
2. Programas y prioridades en salud	2
3. Línea de Salida PRICCAS 2012	3
Objetivo General	3
Objetivos Específicos	3
Metodología	3
Marco muestral	3
Tamaño de la muestra	4
Estructura organizativa	4
Diseño y contenido de los cuestionarios	4
Cuestionario de Hogar	5
Cuestionario de Mujer	5
Prueba Piloto.....	5
Operativo de campo.....	5
Capacitación	5
Procesamiento de Datos.....	6
RESULTADO LÍNEA DE SALIDA PRICCAS 2012	7
1. Características generales de los departamentos del área PRICCAS	7
Oruro	7
Beni	8
Pando.....	8
2. Hogares y personas entrevistadas	9
3. Determinantes sociales y económicas	9
Educación de las mujeres	9
Jefatura de Hogar	9
Hacinamiento	9
Disponibilidad de servicios básicos.....	10
Uso de fuentes mejoradas de agua	10
Uso de medios sanitarios para eliminación de desechos.....	10
Uso de combustible para cocinar	11
4. Situación de la salud de la mujer	11
Atención prenatal	11
Tipo de la atención prenatal	11
Frecuencia de la atención prenatal	12
Calidad de la atención prenatal.....	12
Vacunación Antitetánica.....	12
Asistencia durante el parto.....	13
Lugar de ocurrencia del parto	13
Tipo de asistencia durante el parto	13
Peso al nacer	13

Cuidado postnatal de las madres	14
Nutrición de las madres	14
Estatura de las mujeres e índice de masa corporal (IMC)	14
Conocimiento y utilización de prestaciones del SUMI.....	15
5. Situación de la salud del niño y niña	16
Enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en menores de 5 años y rehidratación oral	16
Alimentación durante la diarrea.....	16
Tratamiento durante la diarrea	16
Infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de 5 años	17
Cobertura de vacunación en niños menores de 1 año	18
Cobertura de vacunación oportuna antes de 1 año de edad	18
Desnutrición en la niñez	20
Estado nutricional de los niños menores de 5 años	21
6. Lactancia Materna	22
7. Suplementación con Micronutrientes	24
8. Anemia	24
Puntos de corte utilizados para la determinación de la anemia	25
Anemia en mujeres embarazadas y edad fértil	26
Anemia en niños menores de cinco años	26
9. Enfermedades Transmisibles:Conocimiento y actitudes.....	26
VIH/SIDA	26
Malaria	27
Conocimiento de la malaria.....	27
Conocimiento de formas de transmisión de la malaria.....	27
Conocimiento de formas para combatir la malaria	28
Dengue.....	28
Conocimiento del dengue	28
Conocimiento de formas de transmisión del dengue	28
Conocimiento de formas para combatir el dengue.....	28
Leishmaniasis	28
Conocimiento de la leishmaniasis	28
Tuberculosis	29
Conocimiento de la tuberculosis	29
Conocimiento de formas de transmisión de la tuberculosis	29
Conclusiones y Recomendaciones.....	30
INDICADORES	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Producto Interno Bruto 2011	9
Gráfico 2. Porcentaje de viviendas con agua por cañería	10
Gráfico 3. Porcentaje de viviendas sin Servicio Sanitario.....	10
Gráfico 4. Frecuencia del control prenatal - ningún control	12
Gráfico 5. Frecuencia del control prenatal - cuatro o más visitas	12
Gráfico 6. Lugar de ocurrencia del parto - Parto en domicilio.....	13
Gráfico 7. Lugar de ocurrencia del parto - en establecimiento de salud.....	13
Gráfico 8. Cuidado postnatal de mujeres con parto fuera de establecimiento de salud	14
Gráfico 9. Índice de Masa Corporal (IMC) de la mujer de 12 a 49 años de edad.....	15
Gráfico 10. Porcentaje de mujeres que conocen o saben lo que es el SUMI	16
Gráfico 11. Porcentaje con tarjeta de vacunación	18
Gráfico 12. Cobertura de vacunación en niños y niñas de 12 a 23 meses.....	18
Gráfico 13. Niños y niñas de 12 a 23 meses con ninguna vacuna	19
Gráfico 14. Cobertura de vacunación oportuna antes de 1 año de edad	20
Gráfico 15. Estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años - Global	22
Gráfico 16. Estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años - Crónica	22
Gráfico 17. Estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años - Aguda	22
Gráfico 18. Lactancia materna - Mujeres que dieron de lactar el primer día	23
Gráfico 19. Lactancia materna - Mujeres que dieron de lactar en la primera hora	23
Gráfico 20. Lactancia exclusiva	23
Gráfico 21. Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas y edad fértil	26
Gráfico 22. Prevalencia de anemia niños menores de cinco años	26
Gráfico 15. Señales de peligro que más reconocen las mujeres en el embarazo, en el parto, en el postparto y del recién nacido	29

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Población objetivo - Área PRICCAS por departamento	3
Cuadro 2. Cobertura de vacunación de niños y niñas de 12 a 23 meses.....	20
Cuadro 3. Puntos de Corte para mujeres en edad fértil y embarazadas	25
Cuadro 4. Puntos de Corte para niños y niñas menores de cinco años	25

PRESENTACIÓN

Este documento, *Línea de salida del PRICCAS*, forma parte de un conjunto de informes de evaluación realizados a la conclusión del Programa de Apoyo al Sector Salud de la Cooperación Canadiense , PASS al Estado Plurinacional de Bolivia en el período 2006-2011.

Tiene por objetivo, establecer los niveles de protección de la población materno infantil en Beni, Pando y Oruro como resultado de los esfuerzos desplegados por el Proyecto de Incremento de Coberturas y de Calidad en Salud, PRICCAS durante el quinquenio 2006-2011, incluye un análisis sobre los progresos a través de indicadores trazadores en la salud materna y la salud infantil, una comparación con los hallazgos de la línea de base y los problemas que aún limitan el acceso a un servicio de salud de calidad, definiendo así los retos en un contexto histórico, político y social muy dinámico.

Este informe es un instrumento de evaluación y a la vez un insumo para la planificación y puesta en marcha de estrategias de mejora de la salud materno infantil en pos de los Objetivos del Milenio, estamos seguros que esta Línea de Salida 2012 del proyecto, será de gran utilidad para guiar el diálogo, intra e intersectorial, de las instituciones con la población y la definición de prioridades conforme a las necesidades y condiciones específicas de la totalidad de la población de cada departamento en procura de eliminar la exclusión social.

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES GENERALES

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.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2008, el 6,3% de los niños muere antes de los cinco años, principalmente por enfermedades infecciosas prevenirles y/o curables. El 27% de los sobrevivientes tiene desnutrición crónica y la mayoría de ellos tiene secuelas irreversibles en su capacidad intelectual y desarrollo. El 78% de los niños menores de dos años tiene anemia y el 60% no recibió suplementos de vitamina A. El 51% de los niños nacidos de madres sin educación son desnutridos, lo que prueba una relación directa entre educación y desnutrición. Casi 40% de la población de niños de áreas rurales menores de cinco años tiene desnutrición crónica, que equivale a más del 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 310 por 100 mil nacidos vivos, una de las más altas de Sud América.

El proyecto de Incremento de Cobertura y Calidad de Atención en Salud (PRICCAS) pretende contribuir a la mejora de algunos de estos indicadores de salud, particularmente materno infantiles, en el periodo del 2006 al 2012. Ha sido ejecutado por el Ministerio de Salud en los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y municipios seleccionados de Oruro, Beni y

Pando y con la contribución del Gobierno de Canadá y la asistencia técnica y administrativa del UNICEF. El resultado, que se presenta en este informe de Línea de Salida PRICCAS en los cinco años de ejecución, es haber contribuido en que la población de los tres departamentos haya mejorado su bienestar y cuente con un sector salud fortalecido en su gestión, responsable, eficiente y equitativo; con servicios primarios de calidad.

En el marco del PRICCAS se levantó una Línea de Base (PRICCAS 2006) como una actividad importante que ha permitido identificar la situación de salud en los departamentos de Oruro, Beni y Pando, donde se ha implementado el proyecto. Ahora, en 2012, se ha efectuado la Línea de Salida (PRICCAS 2012) en las mismas áreas de estos tres departamentos. La Línea de Base y la Línea de Salida, además de definir los indicadores a ser utilizados para el monitoreo y evaluación de las acciones del proyecto, puede ser usada como una fuente de información oportuna y fiable para la toma de decisiones de los sectores involucrados que favorecen el desarrollo de la niñez y la mujer del país, especialmente en los departamentos mencionados.

2. PROGRAMAS Y PRIORIDADES EN SALUD

El año 2006 asumió funciones un nuevo gobierno y se efectuó una revisión de las políticas y programas de salud, por lo que, el PRICCAS, se ajustó a los programas y prioridades establecidas como resultado de ese proceso, basados en el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Nacional del sector salud.

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 controla el ambiente, promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio comunitaria del Vivir Bien.

3. LÍNEA DE SALIDA PRICCAS 2012

OBJETIVOS

Objetivo general

Contar con la información cuantitativa y cualitativa necesaria para la medición del avance, desde el punto de partida de PRICCAS 2006 hasta la Línea de Salida PRICCAS 2012, en 57 municipios y doce Redes de Salud de los departamentos 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.

Objetivos específicos

Construir una Línea de Salida con variables seleccionadas y obtenidas en la Línea de Base PRICCAS 2006 referidas a:

- Atención materna: atención prenatal, parto, post parto.
- Atención infantil: lactancia, alimentación complementaria, vacunación, diarreas, neumonía, prevalencia de enfermedades en menores de cinco años, desnutrición y anemia.
- Enfermedades transmisibles: SIDA, malaria, tuberculosis, inmunoprevenibles.

METODOLOGÍA

Es importante indicar que tanto la Encuesta de Línea de Base PRICCAS 2006, como la Encuesta Línea de

Salida PRICCAS 2012, son investigaciones idénticas en todos los aspectos metodológicos.

La Línea de Salida PRICCAS 2012 es una investigación por muestreo, efectuada en viviendas particulares y dirigida a las mujeres con hijos e hijas menores de cinco años que habitan estas viviendas, tanto en áreas urbanas como rurales, en los departamentos de Oruro, Beni y Pando.

La encuesta se realizó mediante la aplicación de dos cuestionarios (de hogar y de mujer) a través de una entrevista directa a los hogares seleccionados por muestreo y un formulario institucional que captó información de los establecimientos de salud. Para la toma de datos de peso, talla y anemia se utilizaron equipos recomendados por las Encuestas de Demografía y Salud (DHS) como las balanzas SECA, tallímetros de precisión y fotómetros Hemocue.

Marco muestral

El marco muestral está constituido por los listados de los pueblos y comunidades del departamento de Oruro (sólo excluye el municipio ciudad de Oruro), todo el departamento de Pando y los listados de las redes de Riberalta, Guayaramerín, Mamoré e Iténez de Beni. La población total es de 435.466 habitantes (Oruro 209.046, Beni 162.580 y Pando 63.840, según el censo 2001), distribuidos en 57 municipios y doce redes de salud. En Pando son tres redes de salud, pero por población se ha considerado solamente la representatividad de todo el departamento, aunque se muestran resultados para Cobija y Resto.

Cuadro 1. Población objetivo – área PRICCAS – por departamento

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN	HOGARES MUESTRA
ORURO	209.046	1728
BENI	162.580	1395
PANDO	63.840	374
TOTAL	435.466	3497

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 cinco años han sido las variables que han definido el tamaño.

Se seleccionaron 310 comunidades o Unidades Primarias de Muestreo (UPM) y se eligieron y visitado, con la encuesta, a doce (12) hogares con madres y niños menores de cinco años al interior de cada Unidad Primaria de Muestreo. En total, se programó entrevistar a 3.604 hogares de mujeres con niños y niñas menores de cinco años y se lograron 3.497 entrevistas completas de hogar. Se encuestaron a este mismo número de mujeres y se tomó el peso y la talla a 4.844 niños y niñas de los hogares considerados.

La encuesta es representativa para cada uno de los diez dominios de estudio que abarca. Éstos corresponden a las Redes de Salud: cinco en Oruro, cuatro en Beni y uno en el departamento de Pando (en Pando existen tres (3) redes de salud, pero la muestra es representativa para el departamento en su conjunto).

Por tratarse de una encuesta por muestreo, los resultados de la Línea de Salida PRICCAS 2012, 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 reducir 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.

Estructura organizativa

Con la finalidad de revisar los temas investigados en la encuesta, ajustar los instrumentos de levantamiento de la información y hacer un seguimiento a todo el proceso de construcción de la Línea de Base PRICCAS, se organizó un Comité Técnico, con la participación del Ministerio de Salud y Deportes (MSD), el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Ello exigió un amplio proceso de elaboración de indicadores y consenso con las instituciones del Comité, de tal manera que la Línea de Base fue parte del proceso de diagnóstico que se llevó a cabo dentro del accionar institucional propuesto por el proyecto PRICCAS, a fin de contar, en el futuro, con información para el seguimiento de los resultados planificados y la medición del impacto de la acción de UNICEF/PRICCAS, situación que se logra con la implementación de la presente Línea de Salida PRICCAS 2012.

Diseño y contenido de los cuestionarios

Los cuestionarios responden a los objetivos definidos de la investigación. Para la recolección de la información se utilizaron dos cuestionarios, que son exactamente los mismos utilizados en la Línea de Base 2006, y un formulario institucional para indicadores de proceso o de prestación de servicios, implementado 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 cinco años.
- Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).
- SIDA, conocimiento y prevención.
- Malaria / dengue / leishmaniasis, conocimiento y prevención.
- Tuberculosis, conocimiento y prevención.

Prueba piloto

Esta fase, programada en el municipio de Caracollo de Oruro, fue realizada en el municipio de Mecapaca de La Paz debido conflictos mineros existentes en Oruro. La prueba piloto se definió con el propósito 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 requerida para el desarrollo de la encuesta, optimizando los recursos disponibles para su ejecución.

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 para estandarizar al personal central de la encuesta. Los equipos de Guayaramerín y Riberalta fueron capacitados en Riberalta. En Trinidad se efectuó la capacitación conjunta con los equipos de Iténez y Mamoré. El equipo de Pando recibió capacitación en Cobija

El Equipo Central de la Encuesta tuvo a su cargo la capacitación en estas cuatro 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. Cabe destacar la activa participación de funcionarios del Ministerio de Salud y Deportes particularmente en Beni y Pando.

Operativo de campo

Para el operativo de campo, en Oruro y Pando se contó con un responsable departamental para cada departamento y en Beni se tuvieron dos, uno para Guayaramerín y Riberalta, otro para Iténez y Mamoré. Se conformaron diez equipos o brigadas de trabajo de campo: cinco para Oruro, cuatro para Beni y uno para el departamento de Pando; cada brigada estaba estructurada por un supervisor y cuatro encuestadoras.

Los cinco equipos de trabajo de campo de Oruro fueron desplazados simultáneamente, uno a cada Red de Salud. (Red de Salud de Eucaliptus, conformada por los

municipios de Curahuara de Carangas, San Pedro de Caracollo; Red Azanaque con los municipios Challapata, Huari, Pazña, Pampa Aullagas, Salinas de Garcí Mendoza y Santiago de Quillazas; Red Occidente con los municipios Huachacalla, Sabaya, Chipaya, Escara, La Rivera, Todos Santos, Carangas, Coipasa, Yunguyo de Litoral, Cruz de Machacamarca y Esmeralda; Red Corque que comprende los municipios Corque, Toledo, Andamarca, Belén de Andamarca, El Choro y Turco y, por último, la Red Huanuni con los municipios Huanuni, Machacamarca, Antequera y Poopó).

Para el operativo en el Beni, fueron desplazadas cuatro brigadas para el recorrido en las redes de Riberalta, Guayaramerín, Mamoré (municipios de San Joaquín, San Ramón y Puerto Siles) y Red Iténez (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.

El operativo de levantamiento de la información se inició en Oruro el 20 septiembre de 2012 y concluyó el 31 de octubre con el resultado de 1.728 hogares visitados en 146 UPM. El operativo de levantamiento de la información en el Beni se inició el 2 de octubre de 2012 y concluyó el 6 de noviembre con el resultado de 1.395 hogares visitados en 120 UPM. El operativo de levantamiento de la información se inició en Pando el 5 de octubre de 2012 y concluyó el 17 de noviembre con el resultado de 374 hogares visitados en 36 UPM. Como resultado de este proceso, se trabajó un total de 302 Conglomerados o Unidades Primarias de Muestreo (UPM) y 3.497 mujeres y 4.844 niños y niñas menores de cinco años.

El trabajo de campo tuvo enormes dificultades por los problemas sociales en Oruro y fuertes lluvias en la Amazonía, por un lado y, por otro, 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 17 de noviembre de 2012.

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. La base de datos fue preparada en SPSS para la emisión de cuadros y para permitir futuros manejos de la base de datos. Para el análisis de datos por departamentos se realizaron comparaciones con la ENDSA 2008.

RESULTADOS LÍNEA DE SALIDA

PRICCAS 2012

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS DEPARTAMENTOS DEL ÁREA PRICCAS

Las tres áreas del proyecto PRICCAS son muy diferentes, de manera particular Oruro por su ubicación en el Altiplano Central de Bolivia, con altitud y frío considerables y con una población básicamente indígena. Si bien la población está asentada en localidades urbanas y rurales, las pequeñas localidades urbanas (por tener dos mil o más habitantes) tienen características más bien rurales por sus modos de producción, por la carencia de servicios básicos, por el bajo nivel educativo y por tener población básicamente indígena. También es importante destacar la dispersión poblacional de esta área, en especial en la zona occidental del departamento.

Los departamentos de Beni y Pando se ubican en la región amazónica de Bolivia con características geográficas y climáticas totalmente diferentes al Altiplano. Las áreas PICCAS del departamento de Beni están dominadas, en su conjunto, por el peso poblacional (más del 80% de cada municipio) de las ciudades de Riberalta y Guayaramerín, netamente urbanas. Si bien Pando es un departamento con alta dispersión de la población, el peso de la capital, Cobija, y de Porvenir, netamente urbanas (60% de la población del departamento) es importante.

Oruro

El departamento de 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. La capital del departamento está situada a 245 km de la Paz, ciudad con la que mantiene un fuerte vínculo económico. Las condiciones climáticas son propias del Altiplano, con temperaturas que oscilan entre los 5 y 20 grados centígrados en días calurosos de

verano, con una media de 12 grados centígrados. Su topografía es en general plana y se encuentra a una altura de 3.700 a 3.900 msnm.

Oruro cuenta con una extensión territorial de 53.588 km², que representa 4,88% de la superficie total nacional. Está en la región del Altiplano, sin embargo, existen microclimas que dan 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. La principal actividad económica en Oruro continúa siendo la minera.

Según resultados de las proyecciones de población realizadas por el INE, para el año 2010, el departamento de Oruro tiene 450.814 habitantes, equivalente a 4,3% del total nacional de 10.426,154 habitantes. La participación de la población masculina en este departamento es de 49,9%, mientras que de la femenina es 50,1%.

En el departamento de Oruro, se tiene un Producto Interno Bruto per cápita (año 2011) equivalente a US\$3.125, superior al promedio nacional de US\$2.237; por la composición del PIB departamental, la generación de riqueza se concentra en la capital. La actividad productiva departamental presenta entre sus sectores más importantes de aporte al PIB departamental a la extracción de minas y canteras con 39,1%, servicios de la Administración Pública con 13,3%; transporte, almacenamiento y comunicaciones 10%; industrias manufactureras 7%; comercio 6%; establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas 5%; construcción 4%; agricultura, silvicultura, caza y pesca; servicios comunales, sociales y personales; restaurantes y hoteles;

todos ellos 3% y, finalmente, electricidad, gas y agua 2%.

La cobertura de los servicios de salud por el sistema público es 54%.

Beni

El departamento de Beni, se encuentra en el nor-este de Bolivia. Limita al este con la República de Brasil, al sur con los departamentos de Santa Cruz y Cochabamba, al este con los departamentos de La Paz y Pando y al norte con los departamentos de Pando y la República de Brasil. Su clima es cálido con una temperatura promedio de 28 grados centígrados y tiene una altura promedio de 200 msnm.

Cuenta con una extensión territorial de 213.264 km², que representa al 19,41% de la superficie total nacional. Beni se encuentra en la región del llano, sus productos y cultivos agrícolas más importantes son yuca, castaña, palmito, plátano y papaya. Es importante la explotación de la madera y la castaña, que es uno de sus principales productos de exportación.

Según resultados de las proyecciones de población realizadas por el INE¹, para el año 2010, el departamento de Beni tiene 445.234 habitantes, equivalente a 4,3% del total nacional, de 10.426.234 habitantes. La participación de la población masculina en este departamento es de 52%, mientras que de la femenina es 48%.

En el departamento de Beni se tiene un Producto Interno Bruto per cápita equivalente a US\$1.384 muy por debajo del promedio nacional. Casi un tercio de la actividad departamental corresponde a la agricultura, silvicultura, caza y pesca con 29% de participación; industrias manufactureras 16%; servicios de la Administración Pública 15%; comercio 12%; establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas 7%; transporte, almacenamiento y comunicaciones; servicios comunales,

sociales y personales; construcción, todos ellos 4%; restaurantes y hoteles; extracción de minas y canteras ambos 3%; electricidad, gas y agua 1%.

La exclusión social en salud en el departamento es del 40%.

Pando

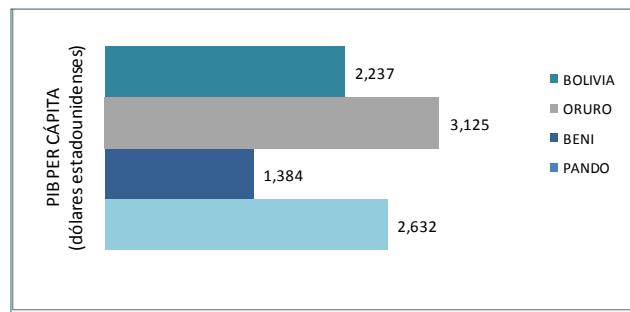
Pando se encuentra en el norte de Bolivia, limita al este con la República del Brasil, al sur con los departamentos de Beni y La Paz, al oeste con la República de Perú y al norte con la República de Brasil. La temperatura media es de 25 grados con extremas de 9 a 28 grados centígrados. Cuenta con una extensión territorial de 63.827 km², que representan 5,81% de la superficie total nacional.

Según resultados de las proyecciones de población realizadas por el INE, para el año 2010, el departamento de Pando tiene 81.160 habitantes, equivalente a 0,8% del total nacional, de 10.426.154 habitantes. La participación de la población masculina en este departamento es de 55%, mientras que la femenina es de 45%.

En el departamento de Pando se tiene un Producto Interno Bruto per cápita equivalente a US\$2.632, ligeramente superior al promedio nacional, básicamente por la poca población. Un cuarto de la actividad productiva departamental corresponde a la agricultura, silvicultura, caza y pesca con 27% de participación; servicios de la Administración Pública 16%; extracción de minas y canteras 13%; comercio 11%; construcción 9%; industria manufacturera 8%; restaurantes y hoteles 4%; servicios comunales, sociales y personales 3%; establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas 3%; electricidad, gas y agua 1%.

Un 60% de los municipios de Pando presentan necesidades básicas en salud insatisfechas.

¹ Actualidad Estadística Departamento Beni. INE 2010.

Gráfico 1. Producto Interno Bruto 2011

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

2. HOGARES Y PERSONAS ENTREVISTADAS

Un total de 3497 hogares fueron entrevistados de manera completa en los departamentos de Oruro, Beni y Pando.

De un total de 1.800 hogares programados se lograron entrevistas completas en 1.728 hogares en el departamento de Oruro (96%), se realizaron 1.728 entrevistas a mujeres de 12 a 49 años y 2.348 a niños y niñas menores de cinco años.

En el caso del departamento de Beni, se programaron 1.440 hogares y se completaron un total de 1.395 mujeres de 12 a 49 años (97%) y 1.972 niños y niñas menores de cinco años.

En el departamento de Pando se programaron 432 hogares y se hicieron entrevistas completas en un total de 374 (87%), donde se realizaron 374 entrevistas a mujeres de 12 a 49 años y 524 a niños y niñas menores de cinco años.

3. DETERMINANTES SOCIALES Y ECONÓMICAS

Son varios los factores sociales y económicos que tienen relación directa o indirecta con la situación de la salud de las madres y niños y niñas pequeños. En este informe se muestran indicadores referentes a la educación de las madres, sexo del jefe de hogar, hacinamiento y servicios básicos de las viviendas.

Educación de las mujeres

Uno de los factores que afecta con mayor relevancia la salud materna e infantil es, sin duda, el nivel de educación de las mujeres. Las ENDSA muestran relaciones claras entre la educación de las madres y diferentes aspectos de la salud tanto materna como infantil, de manera especial cuando la mujer ha completado la educación primaria, es decir, cuando tiene ocho o más años de escolaridad.

La encuesta PRICCAS 2012 muestra que, en Oruro, un apreciable 62% tiene algún curso de secundaria o superior, es decir, que tienen ocho o más años de escolaridad, igual porcentaje en Beni y 69% en Pando, frente al 54% en Bolivia. Se aprecia que el nivel educativo ha mejorado de forma importante entre el momento de inicio del proyecto y la fecha actual. En general, en Bolivia se observa una importante mejora entre la ENDSA 2003 y 2008, pero esta mejora es claramente mayor en el área PRICCAS.

Jefatura de los hogares

Otro aspecto que muestra relación estrecha con la situación social y económica de los hogares es la situación de la jefatura del hogar. Si el hogar tiene como jefe una mujer no es señal de igualdad de género, sino de precariedad en ese hogar por no existir una pareja que apoye o genere el sustento en el hogar.

Los hogares que indican que una mujer es la jefa de hogar son 13% en Oruro, 15% en Beni y 8% en Pando, sorprende la disminución en Pando. En los tres casos, los porcentajes son bastante más bajos que el promedio nacional de 20%.

Hacinamiento

El hacinamiento es también una medida de las condiciones en que se encuentran los hogares. El hacinamiento, tres o más personas por cuarto, es mayor en Oruro con 57% de hogares hacinados, que en Beni o Pando (47% y 40%, respectivamente) y ha disminuido en los tres departamentos con relación a 2006.

Disponibilidad de servicios básicos

Las condiciones de la vivienda juegan un papel muy importante al influir en la calidad de vida de los hogares.

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 y niñas.

Gráfico 2. Porcentaje de viviendas con agua por cañería.

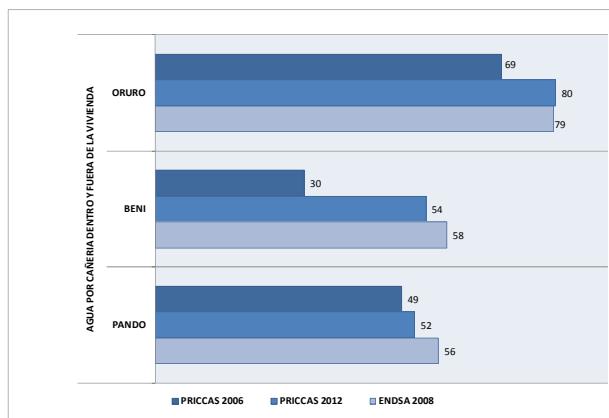
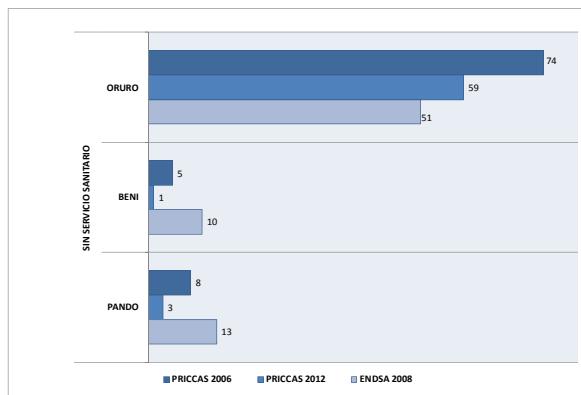


Gráfico 3. Porcentaje de viviendas sin servicio sanitario



Uso de fuentes mejoradas de agua

Para evaluar las condiciones socioeconómicas en las que vive la población y la protección contra enfermedades relacionadas con el medio ambiente, se les pidió a las encuestadas que proporcionaran información sobre el ambiente domiciliario.

En general, se define como fuente mejorada de agua cuando el agua para beber proviene de una fuente segura y permanente como tubería, pozo o manantial protegidos permanentemente, agua de lluvia adecuadamente recogida y almacenada o agua embotellada.

De los tres departamentos estudiados, Oruro tiene el mayor porcentaje de viviendas que cuentan con agua por cañería dentro y fuera de la vivienda, 80%, seguida de Pando con 49% y Beni 52%. Todos los porcentajes son apreciablemente mayores que los encontrados en 2006, particularmente en Beni.

Uso de medios sanitarios para eliminación de excretas

La información recogida en el cuestionario del hogar del PRICCAS 2012 permite conocer la disponibilidad de los servicios básicos. En este caso, sobre las formas de eliminación de excretas en las viviendas visitadas. El disponer y acceder a los servicios básicos, como el referente a la eliminación de excretas por medio de facilidades sanitarias mejoradas, se encuentran asociadas con mejores condiciones de vida de la población en general, y, de manera especial, de los niños y niñas.

No resulta muy fácil clasificar las instalaciones mejoradas de eliminación de excretas; en el caso del PRICCAS 2012, es posible que se sobreestime el porcentaje de instalaciones mejoradas al incluir en esta categoría todo tipo de letrina como las sin cajón, pero, se puede considerar que la letrina, así sea sin cajón, es ya una instalación mejorada. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el hecho de disponer de letrinas, algunas muy precarias, con solamente una plancha de hormigón, si bien aíslan los deshechos no dejan de ser fuente de contaminación.

Teniendo en cuenta las consideraciones antes indicadas, del total de hogares orureños visitados, casi el 60% no tienen servicio sanitario, según la ENDSA para el

departamento de Oruro tanto urbano como rural, el 50% de la población orureña no tenía acceso a servicio sanitario. El porcentaje de hogares que no cuentan con servicio sanitario en Oruro es alarmante y en Beni y Pando son letrinas muy precarias.

Combustible para cocinar

Al investigar el tipo de combustible utilizado para cocinar e identificar a los hogares que utilizan combustible sólido como: carbón, leña o madera, paja, arbustos, hierba, estiércol de animal, o residuos de cosechas agrícolas, se aprecia la vulnerabilidad de los hogares, pues están expuestos a la contaminación de estos materiales, a los riesgos en su manipuleo y el daño al medio ambiente por deforestación particularmente en la utilización de carbón y leña o madera.

En general, se sabe que en algunas sociedades casi ya no se usaba combustible sólido para cocinar, sin embargo, el aumento de los precios de los combustibles despertó el interés en el uso de varios otros tipos de combustible como los forestales para satisfacer las necesidades energéticas de los hogares más pobres. A partir de la década de los 70, a nivel general aumentó el consumo de leña de manera insostenible. El uso de leña así como del carbón como combustible para cocinar causa daño a la salud, a la ecología y al medio ambiente

Del total de hogares orureños visitados, algo más de dos tercios de ellos han declarado al gas licuado como el principal combustible para cocinar con 77%, muy por encima del 51% declarado en 2006. También se ha incrementado el uso de gas licuado en Beni y Pando llegando a 62% y 66%, respectivamente.

4. SITUACIÓN DE LA 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 cinco años de edad. Afortunadamente, Bolivia dispone ya de cinco Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA) –realizadas en 1989, 1994, 1998, 2003 y 2008– que pueden proporcionar puntos de referencia válidos para el diseño de políticas al respecto.

Las Encuestas Línea de Base PRICCAS 2006 y de Salida PRICCAS 2012 contienen una cantidad apreciable de información sobre aspectos relacionados con la salud materna infantil que no sólo permite 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, la prevalencia y tratamiento de ciertas enfermedades, especialmente la diarrea e infecciones de las vías respiratorias.

Atención prenatal

La cobertura y calidad de la atención prenatal constituyen factores estrechamente ligados a la salud materna e infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de la salud del país. En PRICCAS 2012, se averiguó, para los nacimientos ocurridos a partir de septiembre de 2007, si la madre había recibido el toxoide antitetánico y si había tenido atención prenatal.

Tipo de la atención prenatal

La atención prenatal por personal de salud subió de manera importante en las áreas PRICCAS de los tres departamentos. En Oruro pasó de 82% a 93%, en Beni de 90% a 96% y en Pando de 88% a 95%; es decir, que se han logrado coberturas importantes, pese a las difíciles condiciones de acceso real a los centros de salud. A nivel nacional, según la ENDSA 2008, el 90% de las futuras mamás recibieron cuidado prenatal por personal de salud

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. Frecuencia del control prenatal - ningún control

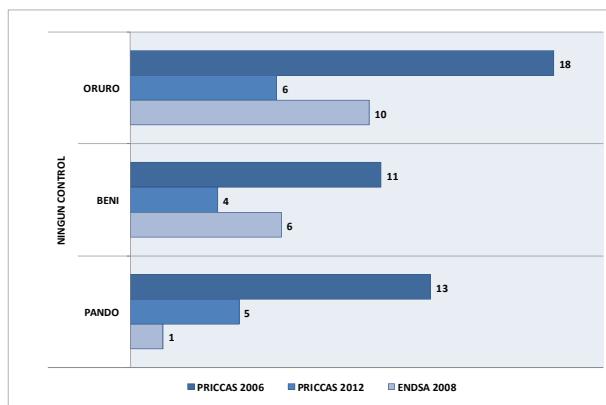
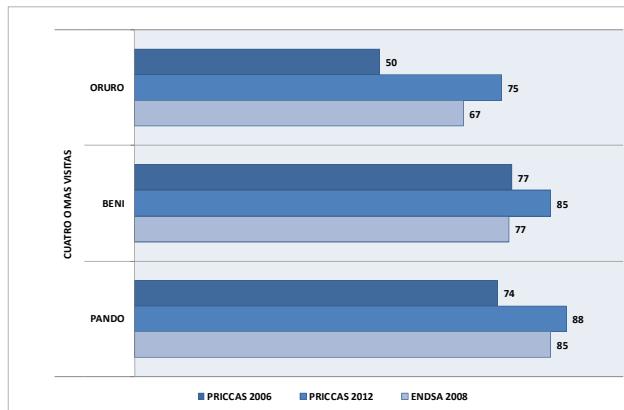


Gráfico 5. Frecuencia del control prenatal - cuatro o más visitas



En los tres departamentos visitados se aprecia que ha subido la frecuencia de controles prenatales; así, en Oruro se ha incrementado de 50% a 75%, en Beni de 77% a 85% y en Pando de 74% a 88%. Las tres áreas se encuentran muy por encima del promedio nacional del 72% de futuras madres con cuatro o más controles prenatales que muestra la END SA 2008

El 63% de las mujeres orureñas asisten a su primer control prenatal antes del cuarto mes de embarazo, 70% en Beni y 76% por ciento en Pando, porcentajes

bastante más altos que los observados en 2006 y también más altos que el promedio nacional de 62% mostrado por la END SA 2008.

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.

Según declaraciones de las mujeres, casi la totalidad de los embarazos con atención prenatal recibieron las actividades rutinarias del examen clínico (mujeres pesadas, talladas, con toma de presión arterial) en sus controles prenatales. Los porcentajes son superiores al 95% en toda el área PRICCAS y se han incrementado entre el 2006 y 2012. Naturalmente no alcanzan las mismas coberturas los exámenes de orina y de sangre, pero también se han incrementado de manera importante entre las dos investigaciones, llegando al 65% en Oruro y pasando el 85% en Beni y Pando.

Según la END SA 2008 a nivel nacional, entre un 94% y 97%, las mujeres recibieron las actividades rutinarias del examen clínico (mujeres pesadas, talladas, con toma de presión arterial) en sus controles prenatales; al 72% y al 70% les tomaron exámenes de orina y sangre.

Vacunación antitetánica

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 departamento de Oruro, al 72% de las mujeres embarazadas le pusieron alguna inyección en el brazo para prevenir que al bebé le diera tétanos, en Beni al 87% y en Pando al 91% de las madres, pero solamente al 50% en Oruro y al 54% y 51% en Beni y Pando les pusieron dos o más dosis de vacuna antitetánica, es decir, el número de dosis que protege al bebé. Todas estas coberturas son bastante más altas que en 2006.

Asistencia durante el parto

En este informe se presentan los resultados referidos a la atención del parto, tanto sobre la persona que atendió el parto, como también si ocurrió en un establecimiento de salud.

Lugar de ocurrencia del parto

Se ha visto que las coberturas de atención prenatal son altas y por lo tanto también mejoran las coberturas de parto institucional. Entre 2006 y 2012 se manifiesta un importante incremento de la cobertura de parto institucional en los tres departamentos considerados. En Oruro, el parto institucional subió de 44% a 61%, en Beni de 73% a 87% y en Pando de 67% a 83%. Sin duda, es un logro importante haber alcanzado estas coberturas. El parto domiciliario es todavía importante en Oruro y aún se tiene camino que recorrer.

Gráfico 6. Lugar de ocurrencia del parto - Parto en Domicilio

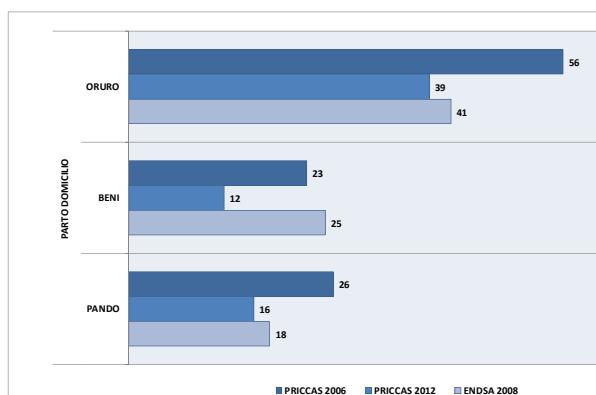
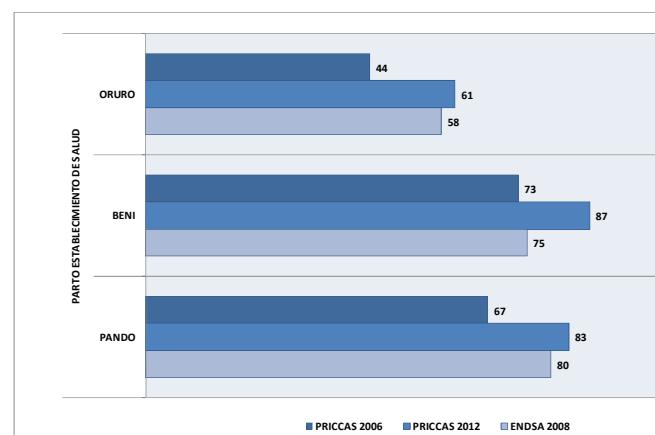


Gráfico 7. Lugar de ocurrencia del parto - Parto en Establecimiento de Salud



Considerando lo reportado por la ENDSA 2008, se puede observar un comportamiento similar en cuanto a la atención prenatal y el parto institucional. El 67% 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, llegando a un 33% a nivel nacional.

Tipo de asistencia durante el parto

El 77% de los nacimientos fueron atendidos por personal de salud (médicos, enfermeras y auxiliares) en Oruro, 91% en Beni y 88% en Pando, porcentajes muy superiores a los observados en 2006. Según la ENDSA 2008, el 66% de las mujeres que tuvieron un nacimiento en los últimos cinco años, al momento del parto fueron atendidas por personal de salud. Es importante indicar que en las áreas PRICCAS los incrementos en las coberturas son superiores a los que se muestran para el país.

Peso al nacer

Los porcentajes de niños con peso de 2.5 kg o más, según tarjeta y según recuerda la madre, alcanza el 95% en Oruro, Beni y Pando, porcentajes similares a los de 2006, pero las proporciones de información de la tarjeta son mayores en 2012 claramente superiores a 2006. En Oruro 48% de los niños pesaron 2.5 kg o más,

según tarjeta y el 37% pesan 2.5 kg. o más según recuerda la madre en 2006 y los porcentajes en 2012 son 65% según tarjeta y 31% según recuerda la madre. A nivel nacional, según la ENDSA 2008, los valores son similares.

Cuidado postnatal de las madres

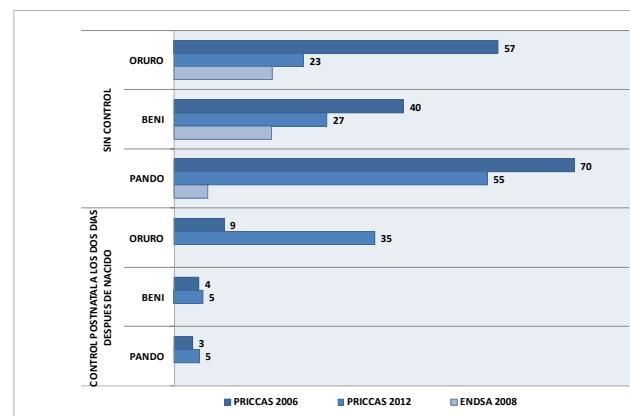
Período postnatal (o puerperio) se le llama al período de transformaciones progresivas anatómicas, metabólicas y hormonales en el que involucionan todas las modificaciones acaecidas durante la gestación, con la sola excepción de la glándula mamaria. Su duración es de aproximadamente sesenta días, teniendo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

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 Salida PRICCAS 2012 (y en 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.

Gráfico 8. Mujeres con parto fuera de establecimiento de salud sin control post natal y con control en los dos primeros días



En Oruro, el 39% de las mujeres tuvo su último parto fuera de un establecimiento de salud, de estas madres, el 23% reportó no haber tenido ningún control puerperal y el 35% realizó su primera revisión médica en los dos días de haber dado a luz.

En Beni, el 13% de las mujeres tuvo su último parto fuera de un establecimiento de salud; de ellas, el 27% reportó no haber tenido ningún control puerperal y el 5% realizó su primera revisión médica en los dos días de haber dado a luz.

En Pando, el 17% de las mujeres tuvo su último parto fuera de un establecimiento de salud; de ellas, el 55% reportó no haber tenido ningún control puerperal y el 5% realizó su primera revisión médica en los dos días de haber dado a luz.

Aún son importantes los porcentajes de parto fuera de servicio y de madres que no tuvieron control puerperal y muy pequeña la proporción de mujeres que acudieron a su control en los dos primeros días, pero la situación es notoriamente mejor que en 2006.

Nutrición de las madres

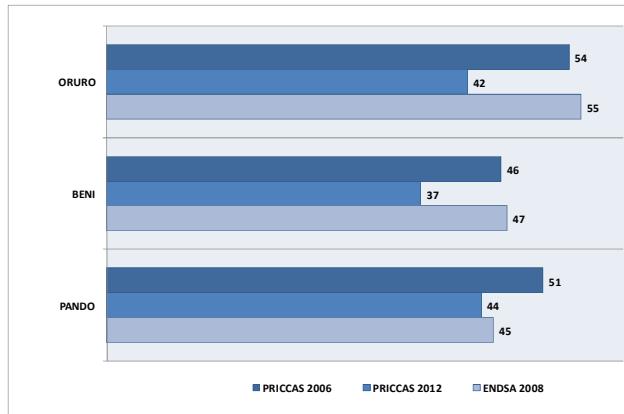
Estatura de las mujeres e índice de masa corporal (IMC)

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, 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. Del total de mujeres medidas, la estatura media en el departamento de Oruro es de 151 cm, un cm más que en 2006 y muy similar a la que muestra la ENDSA para este departamento. En Beni, la estatura media es de 154 cm y en Pando es de 153 cm sin diferencias con 2006.

Gráfico 9. Porcentaje de mujeres en edad fértil con Índice de Masa Corporal normal (IMC entre 18.5 y 24.9).



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 metros al cuadrado siendo la relación kg/m^2 . Se

utilizó el punto 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.

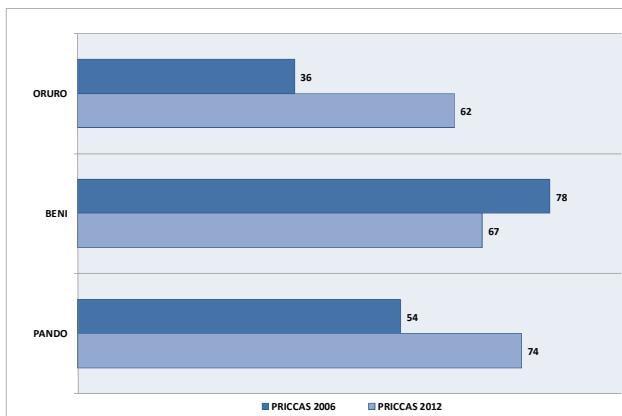
Los resultados muestran que el 42% de las mujeres de Oruro, 36% y 44% en Beni y Pando se encuentran en la normalidad (18,5 a 24,9). Estos porcentajes son claramente menores que en 2006, pues se observa que se han incrementado de forma preocupante los porcentajes de mujeres con sobrepeso y obesidad.

En los informes departamentales se observa que el IMC se incrementa con la edad. 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 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.

Conocimiento y utilización de prestaciones del SUMI

El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) cubre a todas las mujeres en las etapas de embarazo, parto y postparto y a los niños y niñas menores de cinco años contra enfermedades propias de la niñez. En la encuesta se preguntó a todas las mujeres con hijos e hijas menores de cinco años si habían escuchado sobre el SUMI, a las que respondieron que sí, se les preguntó si sabían lo que era el SUMI, se indagó qué prestaciones brinda el SUMI y si lo habían utilizado; por último, a las mujeres que habían utilizado el SUMI se les preguntó qué prestaciones habían utilizado.

Gráfico 10. Porcentaje de mujeres que conocen o saben lo que es el SUMI.



Los resultados indican que el 62% de las mujeres orureñas con nacimientos en los cinco años antes de la encuesta, reportaron saber lo que es el SUMI, 67% en Beni y 74% en Pando. De éstas, en Oruro, el 51% recurren al SUMI para control prenatal (79% y 72% en Beni y Pando) y tan sólo el 34% tienen su parto a través del seguro en Oruro, 55% en Beni y 36% en Pando. Respecto al SUMI y los niños menores de cinco años, el 73% de las madres recurren al seguro para atención de enfermedades en menores de cinco años en Oruro; 83% en Beni y 49% en Pando. Sorprende que no se haya incrementado, de manera clara, el conocimiento y utilización del SUMI entre 2006 y 2012 en los tres departamentos.

5. SITUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO Y NIÑA

Como se señaló anteriormente, en la salud del niño cobran especial relevancia las enfermedades infecciosas que se encuentran asociadas a la pobreza, la malnutrición y bajas condiciones de saneamiento básico².

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.

Enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en menores de cinco años y rehidratación oral

De un total de 2.348 niños en Oruro, el 23% tuvo diarrea en las dos semanas antes de la encuesta. El mayor impacto de niños con diarrea se encuentra a la edad de 12 a 23 meses con 29%, el porcentaje va disminuyendo antes de cumplir los cinco años de edad. En Beni la prevalencia es del 32% y en Pando del 34%, posiblemente por las condiciones propias de estas zonas.

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/OMS, 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 menor. Los resultados para Oruro muestran que el 54% de las madres le dan mayor cantidad de líquidos cuando el niño cursa diarrea, el 27% igual y el 19% menos, es decir, el 19% de los niños se encuentran con riesgo de deshidratación y posible muerte. En Beni y Pando, el 13% de las mujeres dan menos líquidos a los niños con diarrea y por lo tanto se encuentran en riesgo de mayor deshidratación. La información nacional de la ENDSA 2008 muestra que el 15% de las madres dan menos líquidos a los niños con diarrea.

Cuando las madres tienen un menor nivel de instrucción, desconocen que deben proporcionarles una

² Conocimientos Actuales sobre Nutrición, 8va. edición, OPS/OMS, 2003

mayor de cantidad líquidos durante la diarrea para evitar la deshidratación y posible muerte del niño.

Sobre la alimentación que recibe el niño durante el proceso diarreico, los datos muestran que más de la mitad de las madres le dan menor cantidad de alimentos cuando el niño cursa diarrea; el 59% en Oruro, 65% en Beni y un alarmante 76% en Pando. Estos resultados son preocupantes, pues los niños que reciben menos alimentación tienen mayor riesgo de comprometer el estado nutricional, influido por una baja utilización biológica de los alimentos.

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 las madres sobre la utilización de SRO o suero casero durante la diarrea. Los resultados muestran que el 34% de las madres utiliza SRO en Oruro, 43% en Beni y 46% en Pando. Si se suma al SRO, los sueros caseros y mayor cantidad de líquidos, se logra una Terapia de Rehidratación Oral (TRO) de 74,8% y 85% en cada uno de estas regiones, porcentajes notoriamente más altos que los que se encontraron en 2006. La ENDSA 2008 muestra que para el 35% de los niños con diarrea se utilizó SRO y en el 66% TRO.

Cuando se pregunta a las madres si les dan algo más para tratar la diarrea, el 62% de ellas, en Oruro, refiere que le dan pastillas y jarabes, 73% y 95% en Beni y Pando, porcentajes muy por encima de los de 2006.

El 59% de las madres en Oruro buscó consejo o tratamiento cuando enfermaron sus niños con diarrea, 70% en Beni y 68% en Pando; alrededor de 15% más alto que en 2006. El 83% de ellas acudió a los hospitales públicos, centros o postas de salud en Oruro, 71% y 85% en Beni y Pando respectivamente. En Pando mejora notoriamente la búsqueda de tratamiento

institucional, en las otras dos regiones no cambia la actitud en los dos periodos considerados.

Infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de cinco años

La infección respiratoria aguda (IRA), especialmente la pulmonía o neumonía, que es la inflamación del pulmón causada por exposición de los pulmones a gérmenes distintos a los que se encuentran allí normalmente, junto con la diarrea y la desnutrición, constituye una de las principales causas de mortalidad en la infancia y la niñez en los países de América Latina.

Por este motivo, se considera importante medir su prevalencia e indagar acerca de las medidas que toman las madres en presencia de esta enfermedad. Por lo mismo, es fundamental orientar a las familias y a las personas que cuidan a los niños y niñas para que puedan iniciar a tiempo y llevar un buen tratamiento con antibióticos desde el momento que se descubre que los niños y niñas presentan problemas de respiración aguda para que se eliminen a tiempo los virus o bacterias que causan esta enfermedad.

Para ello, en el PRICCAS 2012 se preguntó a las entrevistadas si sus hijos habían tenido fiebre o tos en las últimas dos semanas. Para los niños que padecieron de tos, se preguntó entonces si durante los episodios de tos el niño había mostrado dificultad en respirar o lo hacía con rapidez, como síntomas de pulmonía o de infección respiratoria aguda del tracto inferior. La búsqueda oportuna de tratamiento con personal calificado en la comunidad o en un establecimiento de salud, puede ayudar a prevenir complicaciones o revertir una situación grave, en los casos de IRA y fiebre, más concretamente en los casos de presunta pulmonía (por los síntomas referidos por la madre).

Las infecciones respiratorias agudas junto a la diarrea y la desnutrición, producen efectos negativos en la salud del niño y se constituyen una de las causas de

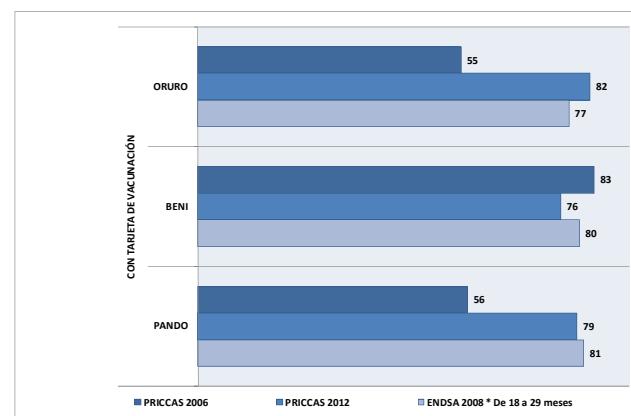
mortalidad. La información muestra que en Oruro el 32% de los menores de cinco años presentó síntomas de IRA, 36% y 31% en Beni y Pando, sin diferencias importantes con relación a 2006. La ENDSA muestra porcentajes bastante más bajos para el promedio nacional (20%).

Cobertura de vacunación en niños de 12 a 23 meses

El PRICCAS averiguó también sobre la historia de vacunación de los niños nacidos a partir de septiembre de 2007. Se prestó atención a vacunas contra las enfermedades que configuran los principales cuadros de morbilidad infantil: tuberculosis (BCG), PENTA/DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos, enfermedades invasivas causadas por HaemoPhilusInfluenzae Tipo B y Hepatitis B), polio y sarampión. A las entrevistadas que tuvieron hijos nacidos vivos en ese período se les pidió mostrar el carnet de salud de cada uno de ellos a fin de registrar las vacunas que el niño había recibido y las fechas en que habían sido administradas. Cuando la madre no tenía el carnet, o por algún motivo no lo mostraba, la encuestadora sondeaba cuidadosamente para saber si el niño había recibido las principales vacunas. Este hecho y el que la información provenga de encuestas en hogares representativos de la población en vez de registros de personas o de eventos, exige extrema cautela al hacer comparaciones con otras estimaciones de la cobertura de vacunación.

Para poder evaluar la situación reciente de la cobertura de las vacunaciones se presenta la información para los niños de 12 a 23 meses. Se supone que a esa edad el niño ya debe haber recibido todas las vacunas recomendadas (BCG, tres dosis de PENTA/DPT, tres dosis contra la polio y una contra el sarampión) y se conocería la situación alcanzada en el pasado próximo.

Gráfico 11. Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses de edad con tarjeta de vacunación



Del total de niños de 12 a 23 meses de edad, el 82% en Oruro cuenta con el carnet de salud infantil (CSI), 76% en Beni y 79% en Pando. Mayor proporción en 2012 que en 2006, pero no en Beni, posiblemente por la población rural dispersa en las Redes de Iténez y Mamoré.

La información de coberturas de vacunación se basa en los datos que hacen referencia a la vacunación en cualquier momento antes de la encuesta.

Gráfico 12. Cobertura de vacunación en niños y niñas de 12 a 23 meses

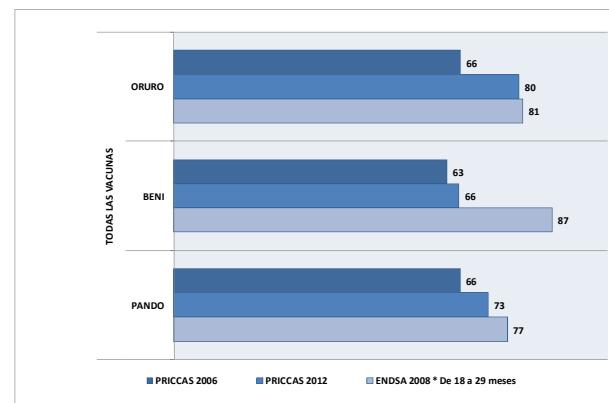
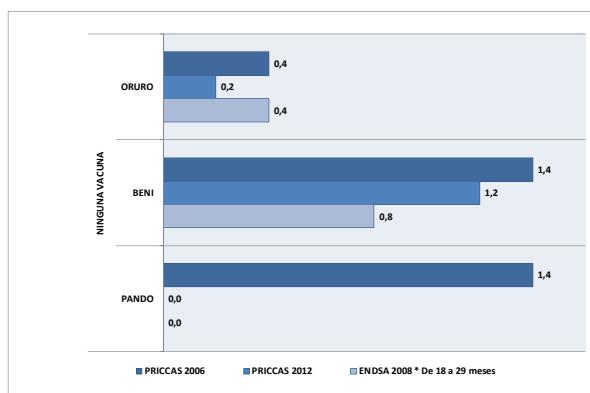


Gráfico 13. Niños y niñas de 12 a 23 sin vacuna alguna



La cobertura total de vacunación³ en los niños de 12 a 23 meses de edad es de 80% en Oruro, 66% en Beni y 73% en Pando, en todos los casos bastante mayor que en 2006 y también mayor a la información nacional de 78% en ENDSA 2008.

BCG

La totalidad de los niños de 12 a 23 meses de edad fueron vacunados con la BCG en Oruro y Pando y el 95% en Beni. Estas coberturas ya eran altas en 2006 y ahora casi se ha alcanzado una cobertura completa. De acuerdo a la información nacional, el 98% de los niños fue vacunado con BCG (ENDSA, 2008).

ANTIPOLIO

Las primeras dosis de la vacuna contra la poliomielitis muestran que el 98% de los niños fue vacunado en Oruro, 94% en Beni y 96% en Pando. Estos porcentajes disminuyen levemente para la segunda dosis pero sí de forma importante para la tercera, siendo 89% para Oruro, 84% para Beni y 90% para Pando, es decir, que casi se pierde un 10% de niños entre la primera y tercera dosis. En todos los casos, los resultados son mejores a los encontrados en 2006 y a los mostrados en la ENDSA 2008 para el promedio nacional.

PENTAVALENTE

La vacuna pentavalente/DPT previene la difteria, tos ferina y el tétanos. Esta vacuna se aplica en tres dosis. En Oruro el 98% de los niños de un año fue vacunado con la primera dosis de la Pentavalente. La segunda dosis fue administrada al 97% de los niños y la tercera al 89%, se pierden 10% de niños entre la primera y tercera dosis, similar a lo encontrado para la vacuna antipolio. La ENDSA 2008 muestra una menor cobertura de la tercera dosis con 85% respecto a los niños del estudio.

Cada una de las vacunas PENTA-DPT y antipolio se aplica en tres dosis y la forma de aplicación es prácticamente paralela, por lo que las coberturas también tienen un comportamiento similar. Las primeras dosis son altas, 98% PENTA y 98% Polio1. Las terceras dosis son bajas, 89% ambas. Según las normas y necesidad de la vacunación, a los seis meses de edad todos los niños y niñas deberían estar con las tres dosis de cada vacuna, pues la primera se aplica a los dos meses, la segunda a los cuatro y la tercera a los seis meses de edad.

³ La información considera a los niños que cuentan con CSI (vistos) y los reportados por la madre.

Cuadro 2. Cobertura de vacunación de niños y niñas de 12 a 23 meses

	TODAS	BCG	POLIO 1	POLIO 2	POLIO 3	PENTA 1	PENTA 2	PENTA 3	SRP
ORURO PRICCAS 2012	79,6	99,5	98,0	96,8	89,4	98,0	97,0	89,1	88,6
BENI PRICCAS 2012	65,8	95,3	94,0	92,3	83,6	94,0	91,2	83,8	75,8
PANDO PRICCAS 2012	72,5	100	95,6	94,5	90,1	96,7	94,5	87,9	75,8
ENDSA 2008 18 a 29 MESES	78,6	98,4	97,3	92,0	85,8	97,0	92,1	85,7	85,8

SRP

La dosis única contra el sarampión es la vacuna que presenta la menor cobertura, pues solamente el 89% de los niños y niñas de 12 a 23 meses la ha recibido en Oruro, en Beni 76% y en Pando 76%. En realidad, esta edad subestima la cobertura real, pues el esquema de vacunación continúa con esta labor en niños de 12 meses y más. Por esta razón también se subestima la vacunación total.

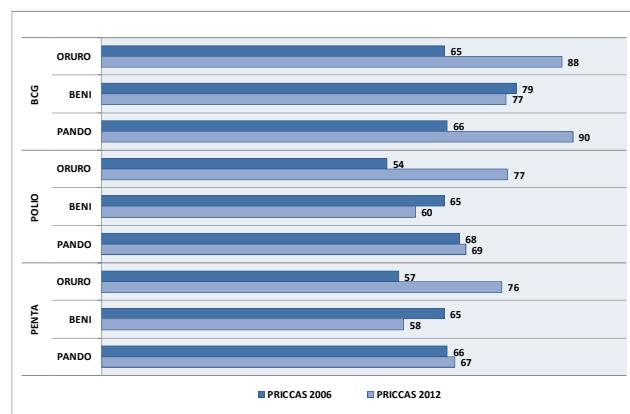
La información nacional, según la ENDSA, muestra que el 86% de los niños recibió la dosis única contra el sarampión, menor a los niños de este estudio en Oruro pero mayor que en Beni y Pando, sin embargo, en la ENDSA se muestran resultados para niños de 18 a 29 meses, es decir, con un tiempo mayor de posibilidad de ser vacunados.

Cobertura de vacunación oportuna antes de un año de edad

Para analizar la cobertura de vacunación oportuna en niños y niñas menores de un año se estudió la administración de tres tipos de vacunas BCG, antipolio y la pentavalente. Idealmente, un niño de seis meses de edad deberá tener estas vacunas, pues la BCG debería administrarse al nacer el niño, las primeras dosis de antipolio y pentavalente a los dos meses de edad, las segundas dosis de estas vacunas a los cuatro meses y las tercera dosis a los seis meses de edad. Al analizar los resultados en Oruro, Beni y Pando se observa que

Oruro es el departamento con mayor cobertura de vacunación.

Gráfico 14. Cobertura de vacunación oportuna antes de 1 año de edad



BCG

En el departamento de Oruro, 87% de los niños menores de un año recibieron la vacuna contra la tuberculosis, mientras que Pando presentó un 89%, siendo la propagación más alta entre los tres departamentos, finalizada por Beni con 77%. Estas coberturas son bajas comparadas con las que se tienen para niños y niñas de 12 a 23 meses, posiblemente se deba a la baja cobertura de parto en servicio.

ANTIPOLIO

La tercera dosis de la vacuna contra la polio fue administrada a seis de cada diez niños y niñas menores de un año en los departamentos de Beni y Pando, 60% y

69%, respectivamente. En el departamento de Oruro hay una mejora: siete de cada diez menores de un año recibieron la vacuna contra la polio, 77%.

PENTAVALENTE

En el caso de la tercera dosis de la vacuna pentavalente, 76% de los niños y niñas menores de un año en Oruro ya la recibieron, al igual que 57% en el Beni y 67% en Pando

Desnutrición en la niñez

La desnutrición es un problema de salud pública porque es una entidad nosológica que afecta a un grupo poblacional grande, que tiene consecuencias inmediatas, pero que también afecta la vida futura de quienes son ahora niños. Este problema involucra a diversos sectores gubernamentales y necesita, para su resolución, de políticas públicas en materia de salud y en áreas relacionadas.

Durante los primeros cinco años de vida ocurren los cambios más importantes en el crecimiento y desarrollo. El crecimiento alcanza las velocidades más elevadas y el desarrollo se caracteriza por el logro de importantes hitos sucesivos en períodos muy cortos de tiempo.

Es durante esta fase de la vida en la que el menor logra su madurez inmunológica y adquiere habilidades y destrezas en su desarrollo psicomotor que lo preparan para su ingreso exitoso al sistema educativo formal. En un período tan importante para la formación del individuo, la alimentación y la nutrición ocupan un lugar central, al proporcionar la energía y los nutrientes necesarios para soportar las exigencias del crecimiento y propiciar las condiciones para que se manifieste un desarrollo óptimo.

En la encuesta PRICCAS 2012 se incluyó un módulo de antropometría en el cual se obtuvo el peso y la talla de niños y niñas nacidos después de septiembre de 2007, siguiendo las normas internacionales y utilizando

instrumentos de precisión.

Con las mediciones de peso y talla, combinadas con la edad, se han calculado los siguientes índices:

- Talla para la edad como indicador de desnutrición crónica. Los niveles de desnutrición crónica, cuyo resultado es el retardo en el crecimiento para la edad, se determinan al comparar la talla del niño o la niña con la esperada para su edad y sexo. Los niveles de desnutrición crónica en niños y niñas próximos a cumplir los cinco años (48-59 meses, por ejemplo), son un indicador de los efectos acumulativos del retraso en el crecimiento durante todo o gran parte del tiempo vivido por el niño.
 - Peso para la talla como indicador de desnutrición aguda (emaciación). El peso para la talla es un indicador de desnutrición reciente, conocido también como desnutrición aguda o emaciación, que mide el efecto del deterioro en la alimentación y de la presencia de enfermedades en el pasado inmediato. Se diría que obedece a situaciones de coyuntura.
 - Peso para la edad como indicador de desnutrición global (o general). El peso para la edad es considerado como un indicador general de la desnutrición, pues no diferencia la desnutrición crónica, que se debería a factores estructurales de la sociedad, de la aguda, que corresponde a pérdida de peso reciente.
- La evaluación del estado nutricional se hace comparando la población en estudio con el patrón tipo establecido como población de referencia por el Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). El patrón internacional es útil porque facilita la comparación entre poblaciones y subgrupos en un momento dado o a través del tiempo. La proporción de niños que están por debajo de dos desviaciones estándar con respecto a esta población de referencia se

utiliza como indicador del nivel de desnutrición en la población en estudio. A partir de 2005 se viene utilizando el nuevo patrón recomendado por la OMS, que es el que se utilizó en la Línea de Base de 2006 y ahora en la Línea de Salida 2012.

Estado nutricional de los niños menores de cinco años

Tanto la desnutrición global (Oruro 5%, Beni 4% y Pando 6%) como la crónica (Oruro 34%, Beni 22% y Pando 24%) es mayor en el área PRICCAS de Oruro que en las áreas de Beni y Pando, principalmente la desnutrición crónica. Esto significa que en Oruro los niños y niñas son más delgados, pero sobre todo más pequeños para su edad comparando con Beni y Pando.

Es interesante observar que, pese a la mayor desnutrición, la aguda es menor que en las otras áreas PRICCAS (Oruro 1%, Beni 2% y Pando 1%), esto muestra que la “adecuación” del peso a la talla ha sido mayor en Oruro y Pando que en Beni.

La disminución de la desnutrición crónica en Oruro y Beni, entre 2006 y 2012, ha sido muy importante (alrededor de 10%); en Pando se tienen valores similares a 2006. Como referencia se puede indicar que la desnutrición crónica es mayor en Oruro que lo mostrado por la ENDSA 2008 (valores reprocesados según nuevos parámetros indicados antes: global 5%, crónica 27% y aguda 2%). Beni y Pando muestran menor desnutrición que el promedio nacional.

Gráfico 15. Estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años (OMS) - Desnutrición Global

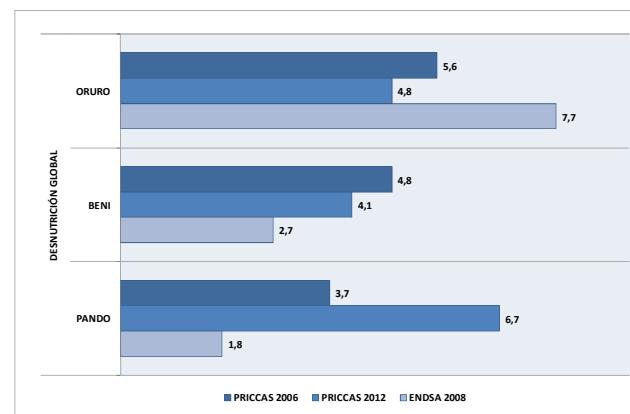


Gráfico 16. Estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años (OMS) - Desnutrición Crónica

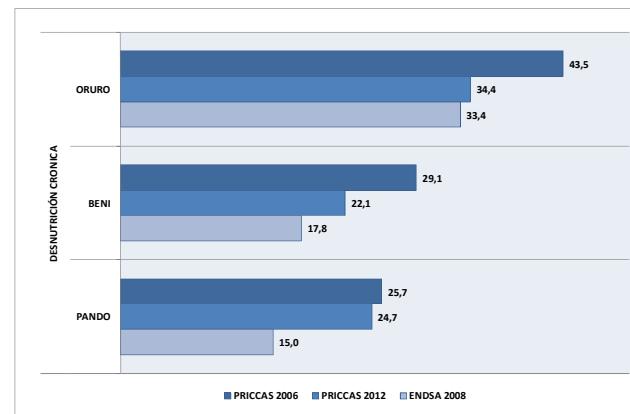
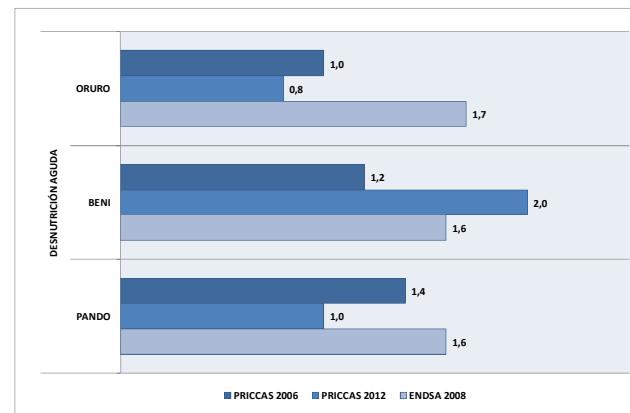


Gráfico 17. Estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años (OMS) - Desnutrición Aguda



6. LACTANCIA MATERNA

Los patrones y posibilidades de alimentación del niño afectan su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. En este sentido, la práctica de la lactancia materna provee a los niños de nutrientes adecuados y de inmunización para un gran número de enfermedades comunes en la niñez. Sin embargo, el temprano inicio de la complementación alimenticia sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, limita lo valioso de la lactancia al ponerse al niño en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente. Los hábitos de lactancia y destete sin duda están muy relacionados con los riesgos de enfermedad y muerte y con el nivel de nutrición.

La leche materna es el alimento ideal para los recién nacidos, ya que proporciona uno de los mayores aportes nutritivos para el crecimiento y desarrollo físico, mental y afectivo de la niñez y es que esta leche contiene anticuerpos que sirven de protección de enfermedades como son: la diarrea, gripe, alergia, y otras infecciones de diferentes orígenes

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

El estado de lactancia se basa en la información de la madre o persona encargada sobre lo que consumieron los niños y niñas en las 24 horas anteriores a la entrevista.

Gráfico 18. Lactancia materna - Porcentaje de mujeres que dieron de lactar el primer día de nacido

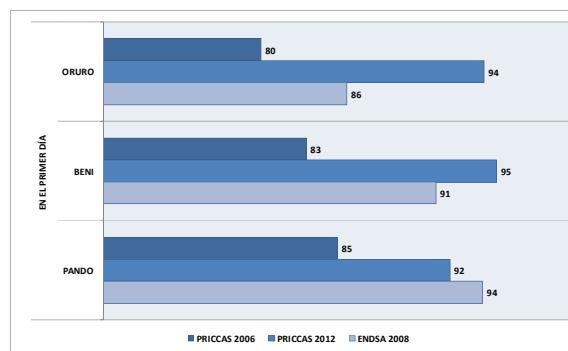


Gráfico 19. Lactancia materna - Porcentaje de mujeres que dio de lactar en la primera hora de nacido

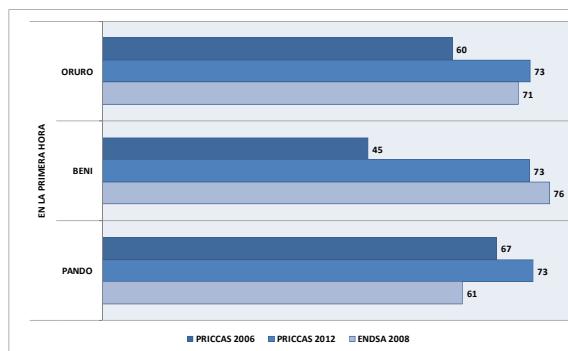
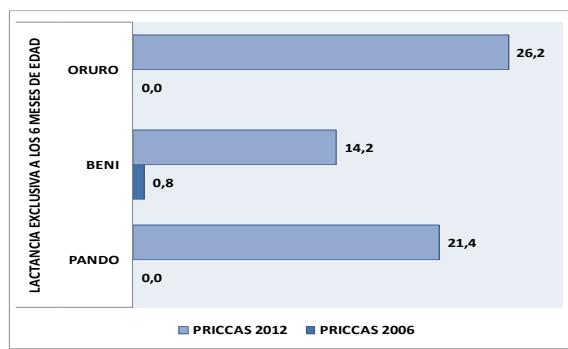


Gráfico 20. Lactancia exclusiva



La lactancia materna es una práctica generalizada en Bolivia, en el departamento de Oruro, de un total de 1.708 respuestas, el 99,6% de las madres dio lactancia materna alguna vez, en Beni el 97,7% y en Pando el 100% (anexo estadístico).

El inicio de la lactancia materna se recomienda que sea en la primera hora de nacido, sin embargo, en Oruro, solamente el 73% de las madres lo hizo dentro de la primera hora y el 84% durante el primer día de nacido;

en Beni el 73% de las madres lo hizo dentro de la primera hora y el 95% durante el primer día de nacido; en Pando, el inicio adecuado de la lactancia materna es similar a los otros dos departamentos, pues el 73% lo hizo dentro de la primera hora y el 92% durante el primer día.

Los tres departamentos superan al promedio nacional del inicio adecuado de la lactancia materna, pues en Bolivia el 64% de las madres dan de lactar en la primera hora de nacido el niño o niña (ENDSA 2008). Se observa una mejora importante en estas prácticas con relación a 2006.

La duración mediana de la lactancia materna es de 18 meses en madres que tienen niños menores de tres años⁴. La ENDSA 2008 muestra un promedio de 19 meses de lactancia, los tres departamentos se encuentran por debajo de este promedio (17 Oruro, 14 Beni y 16 Pando).

Respecto al inicio de la alimentación complementaria, el 14% de los niños y niñas en Oruro comienza la alimentación complementaria en forma temprana, es decir, antes de los seis meses de edad, el 68% de acuerdo a la norma nacional y el 18% en forma tardía, es decir, después de los seis meses de edad; por lo tanto, más del 50% se encuentra ahora dentro de la norma. En Beni, el 30% de los niños y niñas comienza la alimentación complementaria en forma temprana, el 46% de acuerdo a la norma nacional y el 24% en forma tardía, es decir, que más del 50% se encuentra fuera de la norma. En Pando, el 23% de los niños y niñas comienza la alimentación complementaria en forma temprana, el 47% de acuerdo a la norma nacional y el 30% en forma tardía, por lo tanto el 50% aproximadamente se encuentra fuera de la norma. Esta situación expone a los niños y niñas a un mayor riesgo a las enfermedades infecciosas y a la desnutrición. En un estudio reciente a nivel nacional, en el 47% de

municipios vulnerables comienzan la alimentación en forma tardía o muy temprana. Adicionalmente a este tipo de análisis, la ENDSA 2008 estudió la variedad de alimentos complementarios que son consumidos por niños menores de seis meses de edad. Los resultados mostraron que cerca de un tercio de los niños de 4 a 5 meses recibieron alimentación complementaria temprana compuesta por otros líquidos, adicionales a la leche materna.

Para la lactancia exclusiva, recomendada hasta los seis meses de edad, el indicador estándar es el porcentaje de niños y niñas de seis meses de edad que reciben lactancia exclusiva (ENDSA). Naturalmente que los porcentajes deben ser tomados como referenciales por los números de casos. Con estas consideraciones, se aprecia que en Oruro la lactancia exclusiva alcanza al 26%, en Beni al 14% y en Pando al 21%, porcentajes importantes si se considera que en 2006 este indicador era prácticamente nulo.

7. SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

En el país se tiene deficiencia de micronutrientes como la vitamina A, hierro y ácido fólico, que afecta a los grupos de mayor vulnerabilidad: mujeres embarazadas y niños y niñas menores de cinco años. La información nacional refiere que el 38% de las mujeres embarazadas y más de la mitad de los niños y niñas a nivel nacional tienen anemia (ENDSA, 2008). Con el esfuerzo de superar las deficiencias nutricionales en el país, el Ministerio de Salud tiene como estrategias la suplementación con vitamina A en mujeres en puerperio y sulfato ferroso y ácido fólico a mujeres embarazadas y niños y niñas 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.

Vitamina A

De acuerdo a la norma del Ministerio de Salud, se debe proporcionar a toda mujer después del parto una dosis de vitamina A. La suplementación con vitamina A permite

⁴ El MSD recomienda dar lactancia materna hasta los dos años de edad.

reforzar el sistema inmunológico de la mujer y el enriquecimiento de la leche materna durante el periodo de lactancia.

Los resultados del estudio muestran que en Oruro el 29% de las mujeres recibió dosis única de vitamina A después del parto, 53% en Beni y 52% en Pando. El esfuerzo del MSD no ha sido suficiente pues las coberturas continúan siendo bajas. La información nacional muestra una cobertura del 31% que recibió dosis única de vitamina A.

Hierro y ácido fólico

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

Del total de mujeres con niños y niñas menores de cinco años, el 87% recibieron tabletas de sulfato ferroso y la ingesta en promedio fue de 52 pastillas en Oruro, en Beni el 97% de las mujeres recibió tabletas de sulfato ferrosos y en promedio tomaron 79 pastillas, que significa alrededor de una semana menos de suplementación y en Pando el 96% de ellas recibieron tabletas de sulfato ferroso y la ingesta promedio es de 72 pastillas.

Por otro lado, en Oruro el 48% de los niños y niñas menores de cinco años recibieron sulfato ferroso, 49% en Beni y 41% en Pando. Estas coberturas son inferiores a 2006.

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

8. 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 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.

La anemia está asociada con un decrecimiento en la capacidad física y mental y, probablemente, en la capacidad física y mental, posiblemente con reducción en la resistencia contra las infecciones. Las mujeres anémicas son menos tolerantes a la pérdida de sangre durante el parto, particularmente cuando los niveles de hemoglobina descenden a menos de 8.0 g/dl. En casos más severos de anemia, las mujeres experimentan fatiga y un incremento del ritmo cardíaco en reposo. La tensión proveniente del parto, el aborto espontáneo y otras complicaciones mayores pueden resultar en la muerte materna. Una detección temprana de la anemia nutricional puede ayudar a prevenir complicaciones severas durante el embarazo y el parto.

Puntos de corte para la determinación de anemia

Para el presente estudio, se definieron los puntos de corte al nivel del mar, que fueron ajustados a la altura. En el caso de Oruro, los ajustes por altura son grandes por las altitudes en que vive la población (de 3.700 msnm y más).

Cuadro 3. Puntos de Corte para mujeres en edad fértil y embarazadas

PUNTOS DE CORTE	MUJERES MEF d/dl	EMBARAZADAS g/dl
Anemia severa	< 7	< 7
Anemia moderada	7.0 a 9.9	7.0 a 9.9
Anemia leve	10.0 a 11.9	10.0 a 10.0 a 10.9

Cuadro 4. Puntos de Corte para niños y niñas menores de cinco años

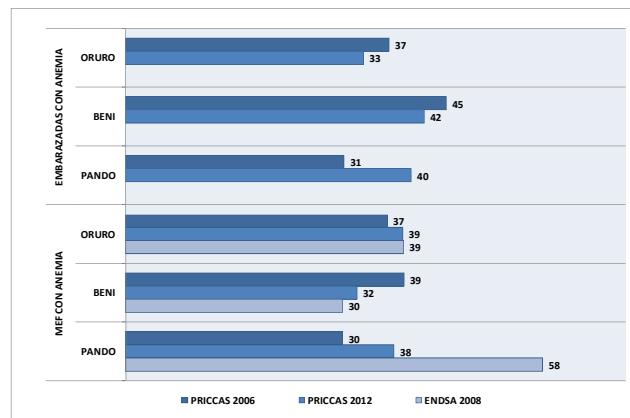
EDAD EN MESES	LEVE g/dl	MODERADA g/dl	SEVERA g/dl
0-3	8,9	6,9	4,9
3 - 6	10,4	8,4	5,4
7 - 23	10,9	8,9	5,9
24 y más	11,4	9,4	6,4

Anemia en mujeres embarazadas y en edad fértil

En el departamento de Oruro, el 33% de las embarazadas presentó algún grado de anemia, el 42% en Beni y el 40% en Pando. Todos los porcentajes son altos, pero el caso particular de Beni es preocupante y deberá ser objeto de mayor atención, ya que incluso sobrepasa los valores de la ENDSA 2008 con 38%.

Entre las mujeres en edad fértil, en Oruro el 39% tiene algún grado de anemia; en Beni el 32% y en Pando el 38%. A nivel nacional, la ENDSA 2008 mostró que el 38% de las mujeres de 15 a 49 años presentaban algún grado de anemia. En síntesis, los tres departamentos muestran muy alta prevalencia de anemia. Concluyendo que se ha mejorado un poco la situación de embarazadas y no se observa ninguna mejora en la situación de la anemia en Mujeres en Edad Fértil, MEF

Gráfico 21. Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil



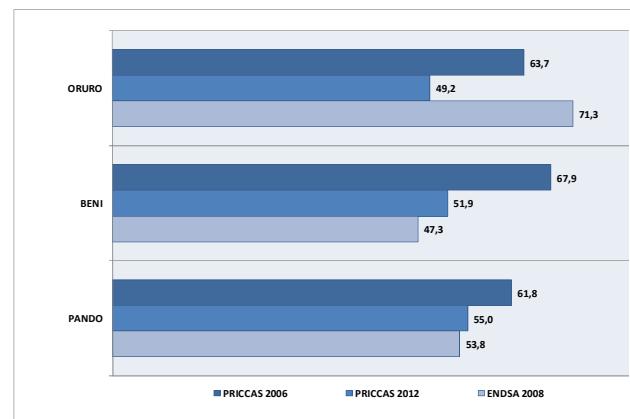
Anemia en niños menores de cinco años

La ENDSA 2008 mostró muy altas prevalencias de anemia en niños y niñas menores de cinco años (61%). Las áreas PRICCAS de los tres departamentos presentan prevalencias menores que el promedio

nacional, pues en Oruro se tiene al 49% de los niños y niñas con anemia, en Beni al 52% y en Pando al 55%. Estos indicadores muestran que hubo mejora, pero aún se debe trabajar mucho en las áreas del proyecto para reducir este problema.

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 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.

Gráfico 22. Prevalencia de anemia en niños menores de cinco años



9. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES: CONOCIMIENTO Y ACTITUDES

El PRICCAS también interviene en enfermedades transmisibles enfatizando las acciones en la promoción de cambios en los comportamientos de riesgo de la población. Las preguntas formuladas hacen referencia únicamente al conocimiento y actitudes y no así a prácticas o comportamientos.

VIH/SIDA

La epidemia de SIDA en Bolivia se la ha caracterizado como una epidemia concentrada que afecta más del 5% en grupos vulnerables, el riesgo de pasar a epidemia generalizada es grande. 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 en situación vulnerable como las mujeres, los adolescentes y jóvenes.

En Oruro, 56% de las mujeres en edad fértil conoce o sabe sobre el SIDA. En Beni 79% y en Pando 61% dicen conocer o saber sobre este síndrome. Según la END SA 2008, en Bolivia el 79% de mujeres conocen del SIDA.

Estos datos muestran que las mujeres orureñas están en visible desventaja con respecto a las de Beni y Pando (donde también el conocimiento es bajo), por lo que este desconocimiento debe llamar la atención de los planificadores de salud.

Con relación a las mujeres que saben sobre el SIDA, que son pocas sobre todo en Oruro y Pando, sólo el 64% de mujeres orureñas, que saben sobre el SIDA, considera que usar condones es una medida preventiva, en tanto que en Beni 84% y Pando el 89%, comparten esta opinión.

El 40% de las mujeres entrevistadas y que conocen sobre el SIDA en Oruro, considera el sexo con una sola pareja no infectada como una medida preventiva eficaz, 47% en Beni y 36% en Pando, constituyéndose en las principales formas de protección contra el SIDA en

nuestra área de investigación. Según datos de la END SA 2008, en Bolivia el 60% de las mujeres indica el uso de condón y el 62% el sexo con una sola pareja no infectada, como las formas eficaces de evitar contraer SIDA. La variación no es significativa entre ambas mediciones.

Malaria

Los departamentos de Pando y Beni son zonas endémicas de malaria; esta región es responsable del 50% de todos los casos de *P. Vivax* notificados y 99% de casos por *P. falciparum*.

Se juzga pertinente mencionar que debido a condiciones geográficas climatológicas, Oruro no es zona malárica, por lo que no se conocen casos autóctonos, sin embargo, es importante determinar sus niveles de conocimiento debido a la migración periódica y continua a zonas endémicas por razones laborales.

Conocimiento de la malaria

A las entrevistadas que manifestaron saber que es la malaria, se les preguntó cómo cree que se transmite y qué puede hacer una persona para combatirla.

En Oruro, sólo el 23% sabe lo que es esta enfermedad, los datos del Beni son significativamente diferentes a los de Oruro por ser una zona endémica, es así que el 88% sabe lo que es esta enfermedad, en Pando se observa que el 74% sabe lo que es esta enfermedad.

Como se puede apreciar, en las tres áreas PRICCAS, los medios de comunicación oral y escrita juegan un papel importante en la difusión de información sobre la malaria, siendo el personal de salud una fuente también importante de conocimiento para la población.

Conocimiento de formas de transmisión de la malaria

La malaria es transmitida por el mosquito *Anopheles*. De las posibilidades de transmisión que fueron preguntadas a las entrevistadas que conocen esta enfermedad, la picadura del mosquito es la más conocida por las

mujeres de las tres áreas, pues el 95% de las orureñas respondió afirmativamente a esta posibilidad; así como el 93% de las benianas y el 94% de las pandinas. No existiendo diferencia entre las mujeres con mayor educación frente a las mujeres sin educación.

Conocimiento de formas para combatir la malaria

En las tres áreas PRICCAS, aproximadamente el 94% de las mujeres que conocen sobre la malaria, piensan que se la combate fumigando las casas y protegiéndose de los mosquitos.

Dengue

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.

Actualmente existe consenso 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.

Conocimiento del dengue

A las entrevistadas que manifestaron saber lo que es el dengue, se les preguntó cómo cree que se transmite, qué puede hacer una persona para combatirlo y a través de qué fuente se informó sobre esta enfermedad.

En Oruro, el 59% de las mujeres indicó saber lo que es la enfermedad, en tanto en Beni el 86% de mujeres sabe sobre el dengue y Pando el 79% tiene conocimiento sobre esta enfermedad.

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.

Conocimiento de formas de transmisión del dengue

El dengue se transmite por el mosquito Aedes. De las posibilidades de transmisión que fueron preguntadas a las entrevistadas que sabían sobre el dengue, la picadura del mosquito es la más conocida por las mujeres orureñas, pues el 97% respondió afirmativamente a esta posibilidad, en Beni el 93% y en Pando el 94%.

La picadura del mosquito es también fuente de transmisión más conocida por las mujeres que saben sobre el dengue en Beni y Pando, el 91% y 93%, respectivamente, respondió afirmativamente a esta posibilidad.

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.

Leishmaniasis

Beni y Pando tienen zonas endémicas de esta enfermedad y Oruro tiene población migrante hacia estas zonas, por lo que tener conocimiento de esta enfermedad es importante.

Conocimiento de la leishmaniasis

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

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, 29% de mujeres respondieron que han oido hablar sobre esta enfermedad, porcentaje que es bajo porque Oruro no es zona endémica. En Beni el 77% y Pando el 70% de las mujeres dicen conocer la enfermedad.

Conocimiento de formas de transmisión de la leishmaniasis

La leishmaniasis se transmite por el mosquito flebótomo. De las posibilidades de transmisión que fueron preguntadas a las entrevistadas que conocen esta enfermedad, la picadura del mosquito es la más conocida por las mujeres benianas, pues el 93% respondió afirmativamente a esta posibilidad.

El 86% en Beni respondió que al entrar al monte puede ser transmitida la enfermedad de la leishmaniasis. En Pando, las entrevistadas reportaron como la principal forma de transmisión de esta enfermedad a la picadura de mosquito.

Conocimiento de formas para combatir la leishmaniasis

En Beni, el 96% de las mujeres entrevistadas que conocen la enfermedad piensa que se combate la leishmaniasis protegiéndose de los mosquitos, en Pando el 89% y en Oruro el 82%.

Tuberculosis

Es una enfermedad que afecta en la etapa económicamente productiva de los hombres y mujeres y su magnitud es importante en todo el país en diversos grados.

Conocimiento de la tuberculosis

A las entrevistadas que manifestaron saber lo que es la tuberculosis, se les preguntó cómo creen que se transmite, qué 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 Oruro, el 77% de mujeres sabe lo que es esta enfermedad. En el departamento de Beni el 82% también declaró saber lo que es la tuberculosis. En Pando, el 67% tiene conocimiento de esta enfermedad.

Conocimiento de formas de transmisión de la tuberculosis

En Oruro, el 99% de las entrevistadas que sabe sobre esta enfermedad, respondió que la tuberculosis puede ser transmitida de una persona a otra al toser o estornudar, así como el 94% en Beni y el 98% en Pando. En los tres departamentos de estudio, el conocimiento de las formas de transmisión de la tuberculosis, señaladas en líneas antecedentes, muestran niveles muy similares y elevados entre las mujeres que saben de la tuberculosis.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Características generales de los departamentos del área PRICCAS

Las áreas PRICCAS en los tres departamentos son muy diferentes, de manera particular Oruro por su ubicación en el Altiplano central de Bolivia, con altitud y frío considerables y con una población básicamente indígena.

Los departamentos de Beni y Pando se ubican en la región Amazónica con sus características geográficas y climáticas correspondientes.

La zona PRICCAS del departamento del Beni está dominada en su conjunto por el peso poblacional (más del 80% de cada municipio) de las ciudades de Riberalta y Guayaramerín, con características plenamente urbanas.

Si bien Pando es un departamento con alta dispersión de la población, el peso de la capital, Cobija y el Porvenir, netamente urbanas (60% de la población del departamento) es importante.

Nivel de instrucción de la madre

El nivel de instrucción óptimo, de ocho años de escolaridad, para que tenga influencia en la salud materna e infantil está aún lejos de ser alcanzado; particularmente en Oruro, tienen algún curso de nivel secundario o más y Beni y Pando tampoco están lejos de esta proporción, por lo que deberán implementarse políticas en el sector a fin de incentivar la permanencia de las mujeres en la escuela o ver programas o proyectos alternativos donde aún con baja escolaridad tengan acceso a información sobre la salud, la nutrición y el cuidado de la madre y el niño. Sin embargo se debe poner de relieve el incremento de mujeres con al menos ocho años de escolaridad con respecto al 2006.

Jefatura del hogar

En las áreas PRICCAS se encuentran porcentajes más bajos que a nivel nacional de hogares que tienen como jefe a una mujer, menos de dos de cada diez hogares.

Servicios básicos y hacinamiento

Los servicios básicos, en especial el agua por cañería e inodoro con arrastre de agua, tienen coberturas muy bajas en el área PRICCAS. La tenencia de inodoro con arrastre de agua es casi inexistente, aunque en Oruro se observa un incremento importante.

Sin duda, la dispersión de la población dificulta enormemente la cobertura deseada, sin embargo, deberá priorizarse la provisión de estos servicios al menos en las escuelas y los establecimientos de salud, para así incentivar la permanencia de personal de salud y educación en estas áreas y, en el caso de las escuelas, proveer de servicios esenciales a los niños y niñas.

En las áreas PRICCAS es alto el hacinamiento en la vivienda el cual va de cuatro a seis de cada diez hogares, siendo el más alto Oruro.

Situación de salud de la mujer

Cuidado prenatal

El cuidado prenatal por parte del personal de salud calificado: médico, enfermera o auxiliar de enfermería, muestra porcentajes altos con relación a 2006, ya eran altos ese año y ahora se tienen coberturas de alrededor del 95% en las tres áreas del proyecto. Deberán hacerse esfuerzos para mantener y mejorar estas coberturas. También se aprecian importantes avances en la oportunidad de la primera visita y el número de visitas de control prenatal, al igual que en la calidad medida por realización de examen de sangre. La protección contra el tétanos neonatal se ha incrementado en Oruro, ha pasado de tres a cinco de cada diez embarazadas en Oruro y mantiene cinco de cada diez en Beni y Pando, por lo que aún se tiene camino por recorrer

Atención del parto

La atención del parto por personal de salud es bastante más baja en Oruro que en la zona amazónica de PRICCAS, de igual modo el parto en establecimiento de salud, pues seis partos de cada diez es atendido en servicio de salud, en Beni nueve y en Pando ocho de cada diez. Estos valores muestran importantes incrementos, en especial en Oruro donde en 2006 solamente cuatro de cada diez partos era institucional.

Deberán investigarse las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud en la zona de Oruro, para lograr coberturas adecuadas de parto en establecimientos de salud. No existe correspondencia entre la atención prenatal registrada y el acceso al parto institucionalizado y por personal de salud calificado, es decir, el primero es bastante mayor que el segundo.

Esta diferencia puede ser eminentemente cultural, toda vez que el evento del parto tradicionalmente debe desarrollarse dentro de un ambiente de calidez y participación del esposo y/o madre de la mujer que está dando a luz; componente familiar que no ha sido considerado en hospitales y centros de salud, los que más bien tienen patrones occidentales.

Atención postnatal

La atención postnatal para mujeres que tuvieron sus hijos fuera de un establecimiento de salud es aún baja pero los cambios encontrados son importantes sobre todo en Oruro

El caso de Pando es más preocupante pues algo más de un quinto de los partos son domiciliarios y de éstos una mitad no reciben atención postnatal, aspectos que tiene enorme influencia en la mortalidad materna e infantil.

Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)

En general, el conocimiento sobre el SUMI es bajo, dos de cada tres mujeres lo conoce. En Oruro se ha doblado el número de mujeres que conoce el SUMI y también ha mejorado en Pando, no así en Beni. Quienes conocen el SUMI lo utilizan.

De las mujeres que utilizaron el SUMI, el porcentaje más bajo es el de atención de parto pues tres de cada diez mujeres en Oruro y Pando y seis en Beni lo usan, seguido de control prenatal con cinco de cada diez mujeres en Oruro, ocho en Beni y siete en Pando. El mayor uso del seguro es para atención de enfermedades de menores de cinco años por mujeres orureñas y benianas con ocho de cada diez y cinco en Pando..

Situación de salud del niño y niña

Las enfermedades de la niñez, en especial las diarreas, son altas, sobre todo en la Amazonía. El uso de Sales de Rehidratación Oral (SRO) ha mejorado de manera importante en toda la zona PRICCAS (ha pasado de un 30% a 40%) y es mayor al promedio nacional.

La Terapia de Rehidratación Oran (TRO), definida como uso de SRO, o suero casero, o la ingesta de más líquidos, aún no alcanza a la totalidad de niños y niñas con diarrea, pero se ha incrementado en más de diez puntos porcentuales en los tres departamentos, casi ocho de cada diez niños con diarrea recibe TRO, muy superior al promedio nacional.

La vacunación completa ha mejorado con relación a 2006 en alrededor de diez puntos porcentuales, pero todavía no cubre a todos los niños y niñas. Entre siete y ocho de cada diez niños y niñas de un año de edad están completamente vacunados. Las coberturas con tercera dosis de antipolio y pentavalente también han mejorado, en tanto que la cobertura de BCG ha mantenido sus niveles altos.

Nutrición y anemia del niño y de la madre

Los niveles de la lactancia materna tienden a decrecer casi en todas sus variantes, la alimentación complementaria se inicia muy temprano, a los dos meses, sobre todo en Pando. La lactancia exclusiva a los seis meses de edad ha mejorado de forma significativa, casi de un valor nulo ha pasado a que dos de cada diez niños y niñas de esta edad reciben lactancia exclusiva.

En cuanto al Índice Masa Corporal (IMC) de las mujeres en edad fértil, se tiene que algo menos de la mitad tiene un IMC por debajo de lo normal (ha disminuido con relación a 2006), ahora se tienen más mujeres con sobrepeso u obesidad que hacen seis años.

La desnutrición crónica (baja talla para la edad) ha disminuido de forma importante en los tres departamentos con relación a 2006, en especial en Oruro y Beni, donde han bajado en alrededor de diez puntos porcentuales.

La anemia ha bajado pero es aún alta en niños y niñas y la distribución de sulfato ferroso es todavía baja en esta población. También son altos los porcentajes de mujeres que presentan anemia y no se observan mejoras. Las embarazadas reciben de manera generalizada sulfato ferroso, pero no toman en su totalidad, y las proporciones de anemia son todavía altas aunque se observa mejoría con relación a 2006. Será necesario ver mecanismos que garanticen la ingesta del sulfato ferroso distribuido, por un lado, y, por otro, es recomendable la ingesta a toda la población femenina para bajar la anemia de forma generalizada.

El consumo de sal yodada muestra un preocupante descenso a niveles no esperados, pues de niveles casi generalizados ha bajado a 5 – 7 hogares de cada diez entrevistadas.

Conocimiento de enfermedades transmisibles

El conocimiento de otras enfermedades de importancia como el SIDA, la malaria, el dengue, la leishmaniasis y la tuberculosis es aún bajo, particularmente en Oruro, aunque se ven mejoras importantes con relación a 2006.

Llama la atención que aún enfermedades que deberían ser ampliamente conocidas en las diferentes áreas por su incidencia como la tuberculosis en Oruro, sólo siete de cada diez mujeres dicen saber sobre esta enfermedad (antes conocía sólo la mitad de mujeres), o las tropicales como el dengue y la leishmaniasis en Beni y Pando, no son conocidas en la medida esperada, pues solo siete de cada diez mujeres indican saber sobre estas enfermedades, pero el conocimiento en 2006 (en Pando) de la leishmaniasis era apenas una mitad de ahora.

El conocimiento sobre SIDA, y las formas principales de protección, son peligrosamente insuficientes, de manera primordial en Oruro, pues solamente seis de cada diez mujeres manifestaron conocer sobre el SIDA. En 2006 estas proporciones eran bastante más bajas.

Los medios masivos de comunicación, radio y televisión, son la fuente principal de comunicación sobre las enfermedades, así como la labor del personal de salud, sin embargo, no se ha llegado aún a una gran parte de la población, por lo que deberá trabajarse en campañas masivas de comunicación y estudiar estrategias complementarias para lograr que toda la población conozca sobre estos problemas de salud pública.

INDICADORES BÁSICOS

Nº	INDICADORES	ORURO		BENI		PANDO		BOLIVIA			
		PRICCAS 2006	PRICCAS 2012	ENDSA 2008	PRICCAS 2006	PRICCAS 2012	ENDSA 2008	PRICCAS 2006	PRICCAS 2012	ENDSA 2003	ENDSA 2008
Población de la muestra											
1	Mujeres de 12 a 49 años	1.713	1,728	1.565	1.433	1,395	1.059	441	374	749	17654
2	Niños menores de 5 años	2,379	2,348	435	2,010	1,972	305	571	524	56	9719
3	Educación de la mujer con 8 o más años de escolaridad	44.3	61.8	65.0	49.8	67.3	68.4	51.6	67.9	65.5	54.1
4	Porcentaje de hogares con Mujer como jefe del hogar	14.7	13.3	26.9	11.8	15.1	24.7	15.7	8.0	16.5	20.2
Características de la vivienda											
5	Porcentaje de hogares con agua por cañería dentro y fuera de la vivienda	68.9	79.6	79.1	29.6	53.8	58.0	49.0	51.6	56.3	68.0
6	Porcentaje de hogares con inodoro conectado a la alcantarilla	10.0	24.5	37.7	3.9	14.1	16.8	2.3	3.2	16.2	31.7
7	Porcentaje de hogares sin servicio sanitario (Campo Abierto)	73.6	58.7	50.7	4.5	1.0	10.0	7.9	2.7	12.7	26.0
8	Porcentaje de hacinamiento (3 o más personas por dormitorio)	85.6	57.1	n/d	72.3	46.8	n/d	63.6	39.8	n/d	n/d
9	Porcentaje de acceso a gas licuado como combustible	50.9	77.2	n/d	38.0	61.5	n/d	47.9	66.0	n/d	n/d
10	Porcentaje de acceso a leña como combustible	44.5	20.9	n/d	59.2	36.2	n/d	47.0	29.4	n/d	n/d
Situación de la salud de la mujer											
11	Porcentaje de madres que recibieron cuidado prenatal de personal de salud	81.8	93.3	89.7	89.6	95.9	93.4	88.4	94.8	97.9	79.1
12	Porcentaje de madres que asistieron al primer control prenatal antes del cuarto mes de embarazo	48.8	63.4	58.8	62.9	70.3	67.2	69.2	76.4	68.2	51.4
13	Porcentaje de mujeres con al menos cuatro controles prenatales	50.2	75.1	67.3	77.2	85.2	76.6	74.3	88.4	85.2	58.0
14	Porcentaje de mujeres pesadas en el examen prenatal	91.1	97.0	95.8	97.6	98.6	97.0	97.4	99.4	98.7	93.7
15	Porcentaje de mujeres talladas en el examen prenatal	88.7	96.3	95.3	93.5	96.2	94.2	95.1	96.4	98.9	89.9
16	Porcentaje de mujeres con toma de presión arterial en el examen prenatal	94.8	97.0	98.3	98.5	98.1	97.0	98.0	96.4	99.5	94.9
17	Porcentaje de mujeres con examen de orina en el examen prenatal	45.8	65.8	66.0	84.6	85.8	79.2	73.8	82.2	81.8	62.1
											72.1

Nº	INDICADORES	ORURO			BENI			PANDO			BOLIVIA	
		PRICCAS 2006	PRICCAS 2012	ENDSA 2008	PRICCAS 2006	PRICCAS 2012	ENDSA 2008	PRICCAS 2006	PRICCAS 2012	ENDSA 2008	ENDSA 2003	ENDSA 2008
Situación de la salud de la mujer (continuación)												
18	Porcentaje de mujeres con examen de sangre en el examen prenatal	38.5	63.2	64.6	83.1	85.5	75.6	73.2	84.4	77.8	55.8	69.8
19	Porcentaje de mujeres protegidas contra el Tétano neonatal	52.5	72.1	32.4	85.6	86.6	62.5	88.2	91.4	63.7	53.3	40.1
20	Porcentaje de mujeres protegidas contra el Tétano neonatal 2 o mas dosis	27.9	49.6	32.4	50.4	54.0	62.5	50.1	51.6	63.7	28.5	40.1
21	Porcentaje de atención de parto por personal de salud	57.3	77.2	64.2	77.9	90.5	77.2	74.8	88.2	80.3	55.9	65.8
22	Porcentaje de parto en establecimiento de salud	44.0	60.7	58.0	73.1	87.1	74.8	67.1	83.0	79.5	57.1	67.5
23	Porcentaje de mujeres con parto fuera de establecimiento de salud con control postnatal 2 días después	8.8	35.3	14.3	4.4	5.1	10.0	3.3	4.5	4.1	n/d	27.9
24	Porcentaje de mujeres con parto fuera de establecimiento de salud sin control postnatal	47.2	22.8	17.3	22.2	26.9	17.2	41.2	55.1	6.0	75.4	46.2
25	Porcentaje de mujeres que recibió dosis única de Vitamina A	28.9	64.5	n/d	52.8	64.5	n/d	52.2	47.9	n/d	n/d	n/d
26	Porcentaje de mujeres que recibió tabletas de Sulfato ferroso	87.6	93.4	n/d	97.3	97.6	n/d	96.0	98.8	n/d	n/d	n/d
27	Porcentaje de consumo de tabletas entregadas de sulfato ferros	76.0	63.1	n/d	76.4	62.9	n/d	64.5	59.1	n/d	n/d	n/d
28	Porcentaje de mujeres con IMC delgadas	0.9	0.7	1.8	0.8	1.4	2.3	1.0	2.2	1.7	3.9	4.0
29	Porcentaje de mujeres con IMC normal	53.7	41.9	55.1	45.8	36.5	46.5	50.7	43.5	44.9	52.6	48.3
30	Porcentaje de mujeres con IMC sobre peso	35.2	39.6	30.7	37.3	41.4	30.0	34.7	33.9	32.7	30.3	32.3
31	Porcentaje de mujeres con IMC obesa	10.2	17.9	12.4	16.1	20.6	21.2	13.7	20.4	20.7	15.1	17.4
32	Estatura promedio de la mujer (cm.)	149.8	150.7	151.3	153.0	153.6	154.3	153.0	152.6	153.2	152.1	152.2
33	Porcentaje de mujeres que conocen el SUMI	35.9	62.4	n/d	78.4	67.0	n/d	53.4	73.5	n/d	n/d	n/d
34	Porcentaje de mujeres que utilizan el SUMI para control prenatal	70.3	51.3	n/d	82.4	78.9	n/d	77.0	72.3	n/d	n/d	n/d
35	Porcentaje de mujeres que utilizan el SUMI para el parto	56.2	33.9	n/d	61.5	55.2	n/d	49.8	35.8	n/d	n/d	n/d
36	Porcentaje de mujeres que utilizan el SUMI para atención de enfermedades en niños menores de 5 años	77.8	72.8	n/d	64.9	82.5	n/d	79.1	48.8	n/d	n/d	n/d
Situación de salud del niño												
37	Peso al nacer menos de 2,5 Kg (Peso de la tarjeta).	1.9	2.4	4.3	2.6	2.9	6.8	1.6	2.4	7.7	4.0	5.3
38	Peso al nacer 2,5 Kg o mas (Peso de la tarjeta).	47.5	65.2	95.7	61.9	56.6	93.2	55.1	63.2	92.3	96.0	94.7
39	Peso al nacer menos de 2,5 Kg (Peso según recuerda).	2.0	1.3	n/d	2.6	4.1	n/d	3.9	2.8	n/d	4.0	5.3
40	Peso al nacer 2,5 Kg o mas (Peso según recuerda).	37.4	30.7	n/d	29.4	35.9	n/d	40.3	31.6	n/d	96.0	94.7
41	Porcentaje de niños de 12 a 23 meses con diarrea	41.0	28.6	n/d	49.4	40.5	n/d	41.1	52.7	n/d	38.5	40.4

Nº	INDICADORES	ORURO		BENI		PANDO		BOLIVIA			
		PRICCAS 2006	PRICCAS 2012	ENDSA 2008	PRICCAS 2006	PRICCAS 2012	ENDSA 2008	PRICCAS 2006	PRICCAS 2012	ENDSA 2008	ENDSA 2003
Situación de salud del niño (continuación)											
42	Porcentaje de niños menores de 5 años con EDA en las últimas dos semanas	27.4	22.6	26.6	33.4	32.0	20.7	30.0	34.2	31.1	22.4
43	Porcentaje de madres que SI buscaron consejo o tratamiento médico para la diarrea del hijo	46.0	58.6	n/d	52.1	69.9	n/d	40.9	68.0	n/d	n/d
44	Porcentaje de mujeres que buscó tratamiento para la diarrea de en hospital publico, centro o posta	86.5	83.2	41.4	79.5	71.2	54.5	77.8	85.1	49.7	36.3
45	Porcentaje de niños con mayor cantidad de líquidos durante la d	45.3	54.0	41.7	46.3	56.7	42.4	58.4	64.1	46.2	51.1
46	Porcentaje de niños con misma cantidad de líquidos durante la c	39.2	26.7	46.0	37.6	27.9	35.1	32.8	21.9	42.0	31.5
47	Porcentaje de niños con menor cantidad de líquidos durante la c	15.4	18.6	11.7	16.1	13.1	19.0	8.8	12.5	11.8	15.5
48	Porcentaje de niños con mayor cantidad de alimentos durante la	12.0	11.7	14.0	11.4	9.4	7.0	4.5	6.3	4.6	9.0
49	Porcentaje de niños con misma cantidad de alimentos durante l	36.9	28.6	49.0	32.7	24.3	24.1	31.1	16.4	39.0	36.6
50	Porcentaje de niños con menor cantidad de alimentos durante l	49.6	59.4	34.5	54.7	64.6	59.0	62.1	75.8	49.5	47.3
51	Porcentaje de niños con diarrea tratados con SRO	26.9	33.8	23.0	29.1	43.2	42.3	31.8	46.1	39.0	28.8
52	Porcentaje de niños con diarrea tratados con TRO	56.7	73.5	63.2	61.8	75.6	69.8	75.6	85.2	74.7	66.4
53	Porcentaje de niños con diarrea tratados con pastillas o jarabe	29.4	61.8	43.7	50.4	73.4	45.0	52.3	95.3	48.5	33.0
54	Porcentaje de niños menores de 5 años con IRA en las últimas dos semanas	29.4	32.1	16.8	39.0	34.5	20.9	31.7	31.0	30.1	22.2
55	Porcentaje de niños de 12 a 23 meses con carnet de vacunaciór	54.9	81.8	77.4	82.9	75.7	79.6	56.9	79.1	80.5	78.6
55A	Porcentaje de niños de 12 a 23 meses con cobertura total de vacunación	66.1	79.6	80.5	63.0	65.8	87.2	66.0	72.5	76.9	63.8
56	Porcentaje de niños de 12 a 23 meses que recibieron BCG	98.6	99.5	99.6	94.0	95.3	98.1	95.7	100	100	93.4
57	Porcentaje de niños de 12 a 23 meses que recibieron Polio 3	85.0	89.4	89.3	85.4	83.6	94.9	85.9	90.1	78.0	71.5
58	Porcentaje de niños de 12 a 23 meses que recibieron Penta 3	84.3	89.1	89.0	85.1	83.8	94.9	85.9	87.9	80.3	68.1
59	Porcentaje de niños de 12 a 23 meses que recibieron SRP	73.4	88.6	86.6	69.4	75.9	92.1	80.3	75.8	92.1	63.9
60	Porcentaje de niños menores de 1 año que recibieron BCG	65.4	87.7		79.0	77.1		65.9	89.8	n/d	98.4
61	Porcentaje de niños menores de 1 año que recibieron Polio 3	54.4	77.4	n/d	65.3	59.8	n/d	68.2	69.4	n/d	n/d
62	Porcentaje de niños menores de 1 año que recibieron Penta 3	56.6	76.3	n/d	65.3	57.6	n/d	65.9	67.3	n/d	n/d
63	Porcentaje de niños menores de 5 años que recibió dosis única de Vitamina A (primera dosis)	46.1	89.4	n/d	67.8	84.6	n/d	69.2	83.1	n/d	n/d
64	Porcentaje de niños menores de 5 años que recibió tabletas de Sulfato ferroso (primera dosis)	41.6	48.4	n/d	60.5	48.6	n/d	42.7	40.9	n/d	n/d
65	Porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años C	5.6	4.8	7.7	4.8	4.1	2.7	3.7	6.7	1.8	n/d
66	Porcentaje de desnutrición crónica en niños menores de 5 años	43.5	34.4	33.4	29.1	22.1	17.8	25.7	24.7	15.0	n/d
67	Porcentaje de desnutrición aguda en niños menores de 5 años C	1.0	0.8	1.7	1.2	2.1	1.6	1.4	1.0	1.6	n/d
											1.4

Nº	INDICADORES	ORURO		BENI		PANDO		BOLIVIA			
		PRICCAS 2006	PRICCAS 2012	ENDSA 2008	PRICCAS 2006	PRICCAS 2012	ENDSA 2008	PRICCAS 2006	PRICCAS 2012	ENDSA 2008	ENDSA 2003
Lactancia materna y alimentación complementaria											
68	Porcentaje de mujeres que dieron lactancia materna alguna vez	99.5	99.6	97.6	97.3	97.7	96.3	97.3	100	97.6	97.1
69	Porcentaje de mujeres que dieron de lactar en la primera hora de nacido	59.5	72.8	70.8	45.2	72.7	76.1	67.1	73.3	61.3	60.7
70	Porcentaje de mujeres que dieron de lactar en el primer día de nacido	80.1	94.4	85.6	83.0	95.2	91.3	85.0	92.2	94.3	84.0
71	Mediana en meses de la duración de la lactancia materna	19.0	17.5	20.6	15.0	13.8	18.4	16.0	16.1	15.2	19.6
72	Porcentaje de niños que comienza la alimentación complementaria temprana	26.3	13.8	n/d	36.2	30.1	n/d	46.9	22.7	n/d	n/d
73	Porcentaje de niños que comienza la alimentación complementaria según norma	45.7	67.9	n/d	38.4	46.3	n/d	32.6	47.0	n/d	n/d
	Porcentaje de niños que comienza la alimentación complementaria en forma tardía	28.1	18.3	n/d	25.4	23.7	n/d	20.5	30.3	n/d	n/d
Anemia											
75	Porcentaje de mujeres embarazadas con anemia	36.9	33.3	n/d	44.9	41.8	n/d	30.6	40.0	n/d	37.0
76	Porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia	36.6	38.8	38.9	39.0	32.4	30.4	30.4	37.6	58.4	33.1
77	Porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia leve	30.4	29.0	28.0	29.7	27.9	25.4	26.6	31.5	41.6	26.3
78	Porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia moderada	5.9	9.5	9.6	8.4	4.2	5.1	3.8	6.1	16.9	6.5
79	Porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia severa	0.3	0.3	1.4	0.9	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4
80	Porcentaje de niños menores de 5 años con anemia	63.7	49.2	71.3	67.9	51.9	47.3	61.8	55.0	53.8	51.0
81	Porcentaje de niños menores de 5 años con anemia leve	46.1	36.2	24.9	51.3	44.7	24.7	53.6	45.0	21.9	25.1
82	Porcentaje de niños menores de 5 años con anemia moderada	17.1	12.2	40.3	16.2	7.2	20.8	8.2	10.0	31.9	24.3
83	Porcentaje de niños menores de 5 años con anemia severa	0.5	0.8	6.1	0.4	0.0	1.8	0.0	0.0	0.0	1.7
Fortificación de la SAL											
84	Porcentaje de hogares que consume sal yodada	96.5	51.5	84.3	93.4	57.2	88.0	95.2	67.7	91.2	90.8
Conocimiento y prevención de enfermedades											
85	Porcentaje de mujeres que conoce sobre el SIDA	23.1	56.5	77.4	65.2	79.0	90.4	38.2	60.6	92.7	76.2
											79.4

Nº	INDICADORES	ORURO			BENI			PANDO			BOLIVIA	
		PRICCAS 2006	PRICCAS 2012	ENDSA 2008	PRICCAS 2006	PRICCAS 2012	ENDSA 2008	PRICCAS 2006	PRICCAS 2012	ENDSA 2008	ENDSA 2003	ENDSA 2008
Conocimiento y prevención de enfermedades (continuación)												
86	Porcentaje de mujeres que cree que se evita contraer el SIDA usando condón	63.8	64.0	56.7	81.6	83.7	76.6	90.1	89.5	78.8	53.8	59.9
87	Porcentaje de mujeres que cree que se evita contraer el SIDA teniendo una sola pareja	50.3	40.5	59.4	55.3	47.6	78.4	62.7	36.8	76.5	56.3	61.7
88	Porcentaje de mujeres que conoce la Malaria	5.2	23.2	n/d	88.6	88.8	n/d	72.3	74.2	n/d	n/d	n/d
89	Porcentaje de mujeres que cree que se combate la Malaria protegiéndose de los mosquitos	93.8	94.9	n/d	98.7	93.2	n/d	97.8	94.1	n/d	n/d	n/d
90	Porcentaje de mujeres que conoce el Dengue	3.1	59.7	n/d	67.0	86.5	n/d	47.7	79.7	n/d	n/d	n/d
91	Porcentaje de mujeres que cree que se combate el Dengue protegiéndose de los mosquitos	98.3	97.3	n/d	98.5	93.4	n/d	99.0	91.3	n/d	n/d	n/d
92	Porcentaje de mujeres que conoce la Leishmaniasis	0.2	29.8	n/d	54.0	76.8	n/d	28.9	70.3	n/d	n/d	n/d
93	Porcentaje de mujeres que cree que se combate la Leishmaniasis protegiéndose de los mosquitos	100	82.2	n/d	97.3	95.8	n/d	97.6	89.2	n/d	n/d	n/d
94	Porcentaje de mujeres que conoce la Tuberculosis	49.3	76.7	n/d	80.2	81.6	n/d	54.3	67.0	n/d	n/d	n/d
95	Porcentaje de mujeres que cree que se transmite la tuberculosis al toser o estornudar	95.2	99.4	n/d	95.7	94.2	n/d	97.5	98.6	n/d	n/d	n/d

Nº	INDICADORES	ORURO PRICCAS 2012	BENI PRICCAS 2012	PANDO PRICCAS 2012
Madres que mencionan señales de peligro durante el embarazo				
96	Visión borrosa, puntos o ráfagas de luz	1,5	3,6	0,3
97	Dolor de cabeza	15,5	13,8	2,9
98	Dolor al orinar u orina con más frecuencia	0,5	2,1	100,0
99	Fiebre más de 1 día	3,4	7,4	1,1
100	Dolor severo en la parte inferior del abdomen	5,9	10,3	8,6
101	Sangrado o manchado vaginal	30,9	23,9	23,3
102	Hinchazón de manos, pies o cara	13,4	22,5	17,9
103	Comezón, ardor y aumento de secreción	0,2	0,6	2,7
104	Disminución del movimiento fetal	1,4	0,4	0,5
105	Nauseas, diarrea o vómitos frecuentes	6,4	8,5	0,0
106	Palidez marcada	0,7	9,9	0,0
Madres que mencionan señales de peligro durante el parto				
107	Abundante sangrado	18,3	26,5	8,3
108	Que el bebé no salga de cabeza	3,5	5,5	4,3
109	Los dolores del parto son muy frecuentes y duran mucho	6,8	4,5	1,6
110	Ataques, convulsiones o desmayos	3,8	10,4	1,1
111	Bebé mal acomodado	12,8	23,5	14,2
Madres que mencionan señales de peligro durante el post parto				
112	Ataques, convulsiones o desmayos	2,1	5,2	0,3
113	Sangrado abundante	13,0	32,6	9,6
114	Ardor y molestias para orinar	0,2	1,2	0,0
115	Fiebre, escalofríos	9,6	19,0	1,1
116	Flujo vaginal maloliente	0,2	6,0	0,3
117	Hinchazón y dolor de mamas con fiebre	1,3	3,5	0,3
118	Infecciones del tracto urinario	1,5	13,7	1,1
119	Sobre parto	44,3	2,3	6,1
Madres que mencionaron signos y señales de peligro en niños con infecciones respiratorias				
120	Tos	47,0	45,4	36,9
121	Obstrucción nasal	4,0	14,4	1,9
122	Dificultad para respirar (de manera rápida y agitada)	7,4	37,5	5,9
123	Dificultad para tragar	7,2	3,8	2,1
124	Dolor de garganta	9,0	9,3	1,3
125	Dolor de oído	0,5	1,5	1,3
126	Fiebre	40,2	46,0	39,0
127	Diarrea	3,9	3,1	41,2

Nº	INDICADORES	ORURO PRICCAS 2012	BENI PRICCAS 2012	PANDO PRICCAS 2012
128	Gripe	26,1	9,3	39,6
129	Pérdida de peso	2,1	2,6	1,1
Madres que mencionaron signos y señales de peligro en niños con diarrea				
130	Aumento de la frecuencia de las deposiciones	48,6	27,7	2,1
131	Vómitos	11,8	31,1	45,7
132	Nauseas	0,1	1,4	1,1
133	Fiebre	17,2	23,4	49,7
134	Dolor de barriga	30,4	23,6	29,7
135	Falta de apetito	11,2	30,6	17,6
136	Piel seca	1,1	16,2	1,1
137	Fiebre	0,3	1,3	3,5
Madres que mencionaron signos de alarma del recién nacido				
138	Ictericia	2,5	8,2	1,3
139	Diarrea	8,0	5,1	0,3
140	Vómito	4,8	2,8	0,5
141	Anemia	1,3	0,8	0,0
142	Labios morados	2,8	4,1	0,3
143	Fiebre	21,6	24,5	8,8
Satisfacción con la atención en los establecimientos de salud				
144	El 2012 acudió a algún establecimiento de salud para el cuidado de su salud o la de sus hijos	91,3	89,4	89,3
145	Al ingresar al centro de salud la atendieron mal	13,8	5,3	10,6
146	No le atendieron amablemente	52,3	56,6	38,9
147	No le informaron claramente los pasos a seguir para ser atendido	6,4	15,1	5,6
148	No fueron tratados amablemente	13,9	28,3	61,1
149	El funcionario no inicia el contacto	28,7	22,9	0,0
150	No les dieron la información clara	3,9	10,2	11,1
151	No puede hacer preguntas	1,0	6,1	0,0
152	No le responden a las preguntas	0,8	3,0	5,6

Nº	INDICADORES	ORURO	BENI	PANDO
		PRICCAS 2012	PRICCAS 2012	PRICCAS 2012
153	Durante la consulta la atendieron mal	8,8	1,5	1,2
154	No le atendieron amablemente	55,1	57,2	75,0
155	No pudo entender toda o casi toda la explicación	33,6	29,1	0,0
156	No le entregaron folletos o información sobre temas tratados	0,6	1,8	25,0
157	No le hablaron a su esposo sobre el papel en el cuidado madre	1,3	0,0	0,0
158	La comunicación durante la consulta fue mala	10,5	1,2	1,2
159	No le informaron sobre las acciones en la consulta	21,8	26,2	25,0
160	No le informaron sobre los resultados de la consulta	37,6	20,4	0,0
161	No entendió sobre los resultados de la consulta	29,1	5,6	25,0
162	No le indicaron sobre los cuidados de su salud	9,6	3,5	0,0
163	No le indicaron sobre los cuidados de su bebe	2,9	9,7	0,0
164	No entendió sobre el cuidado madre niño	4,6	13,4	0,0
165	No puedo hacer preguntas	10,7	21,7	0,0
166	No respondieron a sus preguntas	10,9	12,1	0,0

n/d = No disponible