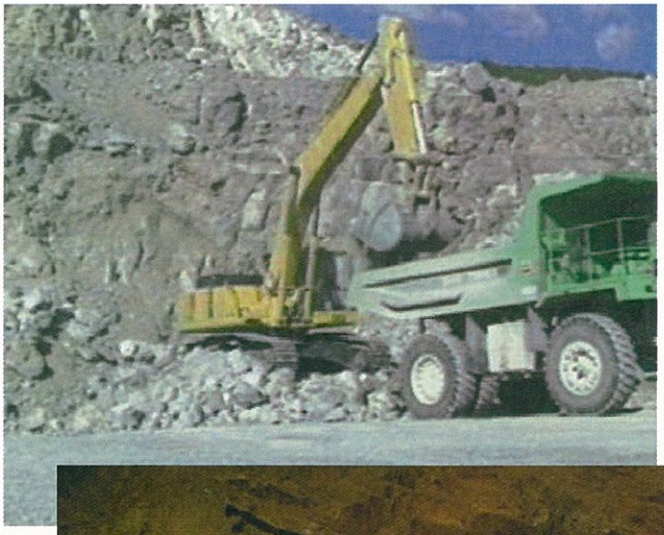
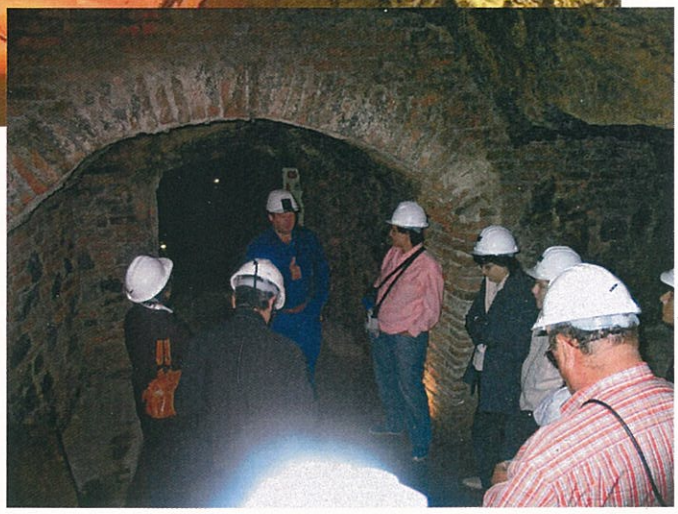
INEI
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA



INFORME FINAL DE LÍNEA DE BASE DEL PROGRAMA MINERO DE SOLIDARIDAD CON EL PUEBLO SOUTHERN

Evaluación demográfica, educativa, de la salud y nutricional de las viviendas, hogares y niños



Lima, noviembre 2008

RESUMEN EJECUTIVO

1. El presente estudio de línea de base tiene como objetivo contribuir a que la empresa minera cuente con una herramienta de gestión y evaluación de impacto de los programas y proyectos implementados o a implementarse en el ámbito de influencia de la empresa minera, midiendo los principales factores que influyen en las diferentes líneas de acción.

2. El ámbito de influencia del Programa Minero de Solidaridad con el Pueblo-Southern está conformado por dos regiones:

   Región Moquegua: conformada por el distrito de Torata.
   Región Tacna: conformada por los distritos Huanuara, Quilahuani, Camilaca, Candarave y Cairani.

   La Línea de Intervención Salud y Nutrición está dirigida a 20 establecimientos de la Región Moquegua y 7 establecimientos de la Región Tacna. La Línea de Intervención Educación está dirigida a 30 escuelas de la Región Moquegua y 27 escuelas de la Región Tacna.

3. La metodología empleada ha sido basada en el uso de técnicas e instrumentos cuantitativos debidamente validados en campo. Las técnicas que se han usado comprenden i) Una encuesta a hogares ii) Antropometría a niños menores de 5 años y tomas de muestras de sangre para establecer la existencia de anemia ii) un encuesta aplicada a establecimientos de salud para evaluar infraestructura y equipamiento iii) una encuesta aplicada a instituciones educativas para conocer su infraestructura y equipamiento iv) dos pruebas, una para saber las habilidades de comprensión lectora y otra para las habilidades matemáticas de niños de 3ro, 4to y 6to grados.

4. La encuesta a hogares recoge información sobre características de las viviendas y de los miembros del hogar, aspectos demográficos, económicos, salud, nutrición, acceso a servicios y pertenencia de programas sociales. Se contó con personal especializado y capacitado en el uso de métodos y análisis sociodemográficos en las diversas etapas de la investigación. El tipo de muestreo que se utilizó es el muestreo probabilístico, de áreas, estratificada y bietápico, independiente en cada ámbito local y regional el cual permite realizar inferencias para cada uno de los ámbitos del área de influencia del Programa Minero de Solidaridad. Los resultados han sido validados con información realizada en encuestas continuas que realiza el INEI.

5. Se realizaron 1,103 encuestas en hogares ubicados en el ámbito de estudio, correspondientes a las áreas de influencia del Programa Minero de Solidaridad con el Pueblo Southern, lo que permitió tener información sobre 3,312 personas.

6. Entre los principales hallazgos encontrados con la encuesta de hogares y la antropometría tenemos:

   - En el ámbito de influencia la población esta compuesta por 51.4% hombres y 48.6% mujeres. El 12.1% de la población es menor de 5 años de edad, 15.2% se encuentra entre 5 y 14 años, 7.1% son adolescentes (15-19 años), 38.1% corresponde al grupo de 20 a 44 años y 30.6% al de 45 o más.

- La pobreza medida por Necesidades Básicas Insatisfechas-NBI- muestra que el 27.5% de las personas del ámbito son calificados como pobres no extremos y el 5.4% como pobres extremos, hay un 67.1% de población considerada en la categoría no pobre.

- La tasa de analfabetismo en el ámbito de influencia es de 13.5% global, en el caso de hombres es menor que de las mujeres, registrándose 6.9% y 20.4%, respectivamente. El analfabetismo se concentra con mayor fuerza en las mujeres.

- El nivel educativo predominante en el ámbito de influencia (para personas de 15 años a más) es la secundaria 42.8 %, el 32.1% aprobó algún año de primaria, el 14.6% tiene algún año de estudios superiores y un 10.1% no tiene instrucción, las mujeres presentan menor nivel educativo formal.

- El 90.2% de viviendas del ámbito de influencia se abastece de agua potable de la red pública y el 21.9% de viviendas del ámbito de influencia no tiene desagüe.

- En cuanto al alumbrado, sólo el 83.7% de viviendas tiene electricidad. La energía más utilizada para cocinar es la leña (70.9%).

- El material predominante de las paredes es el adobe (77.0%), el material más usado en techos es la calamina o fibra de cemento (85.1%) y el material predominante del piso es la tierra o arena (66.7%).

- La cobertura de la matrícula escolar en el ámbito de influencia alcanza al 64.4% en el nivel inicial, 92.8% en la primaria y 86.3% en la secundaria.

- El atraso escolar es de 8.8%. resaltando mayormente en el grupo de 9 a 11 años. En él influye la educación del jefe del hogar, el nivel de pobreza y el número de hijos que hay en el hogar.

- En el ámbito de influencia la magnitud de la deserción escolar primaria es de 0.3%. La principal causa de deserción por parte de mujeres de 15 a 24 años está relacionada a problemas económicos (36.3%).

- En el ámbito de influencia, el 2.5% repiten en el nivel primario algún grado escolar, habiendo pocas diferencias en la repitencia de hombres y mujeres. La educación del jefe del hogar es un factor irrelevante, los niveles de pobreza tampoco parecen encontrarse asociados a este indicador. En cambio, en familias con mayor número de hijos (mayor a 4) el nivel de repitencia escolar se eleva de 2.1% a 6.5%.

- La desnutrición crónica está en 13.0%, estando la desnutrición crónica severa en el orden del 0.5%. La desnutrición crónica va aumentando con la edad sobre todo a partir de los 6 meses, posiblemente porque en los primeros meses el niño está protegido por la lactancia materna. En varones la tasa es mayor que la existente en las mujeres.

- El 68.0% de las mujeres embarazadas o con hijo menor de 5 años usa algún método anticonceptivo. De ellas el 60.6% usa métodos modernos y el 7.0% usa métodos tradicionales.

- Los métodos modernos más utilizados son la inyección (39.7%), la píldora (9.7%); y el método tradicional más común es la abstinencia periódica (4.3%).

- La mayor parte de los partos que ocurren en el ámbito de estudio, tuvieron lugar en establecimientos de salud, 70.7%, y sólo un 29.0% fue parto domiciliario.

- Cerca de la mitad de las madres de los últimos nacidos vivos menores de 5 años y de los embarazos actuales que tuvieron algún control prenatal, fueron a un establecimiento del MINSA, siendo en un puesto de salud con un 47.8% o en un centro de salud 36.7%.

- Con porcentajes por encima del 90%, la cobertura de vacunación de la DPT1 fue la mayor (94.8%). La segunda vacuna en cobertura fue contra la tuberculosis con 92.9% Luego siguieron la vacuna antipolio1 con 89.1%, la vacuna antihepatitis1 con 86.1%, la antihemofilus1 con 76.6% y la antihepatitis2 con 73.3%.

- El 98.2% de niños menores de 5 años recibieron por lo menos un control CRED. El control CRED se realiza en 95.8% de los casos en los establecimientos de salud del MINSA.

IX. CONCLUSIONES

Características del hogar

En el ámbito de influencia, 51.4% son hombres y 48.6% son mujeres, existiendo una diferencia de 3 puntos porcentuales entre ambos. El 12.1% de la población es menor de 5 años de edad, 15.2% se encuentra entre 5 y 14 años, 7.1% son adolescentes (15-19 años), 38.1% corresponde al grupo de 20 a 44 años y 30.6% al de 45 o más; sin encontrarse importantes diferencias entre la proporción de hombres y mujeres en cada grupo de edad. Las mujeres en edad fértil conforman 25.2% del total de la población del ámbito de influencia y 51.9% del total de mujeres.

La lengua predominante con la cual se aprendió a hablar es el castellano con un 78.9%. Se observa que el 21.1% aprendió a hablar en un idioma distinto al castellano, mayoritariamente el aymara 19.6%.

El 31.1% de parejas son convivientes, 30.6% son casadas, 9.5% son viudas, divorciadas o separadas y 28.8% son solteros.

El nivel educativo, calculado para las personas de 15 años a más, predominante en el ámbito de estudio es la secundaria (42.8%), 32.1% aprobó algún año de primaria, 14.6% tiene algún año de estudio de educación superior y 10.1% no tiene instrucción o sólo cursó inicial.

Las mujeres han accedido en menor grado que los hombres a la educación, el promedio de años de estudio de los hombres es de 8.3 años en cambio en las mujeres es 6.9 años. Proporcionalmente hay más mujeres sin educación formal que varones, hay un porcentaje mayor de hombres con educación secundaria.

La población está ubicada básicamente en áreas urbanas en el ámbito de influencia representando el 58.7%, y un 41.3% en el área rural.

En el ámbito de estudio 67.1% de los hogares son considerados como no pobres, el 27.5% son calificados como pobres no extremos y el 5.4% como pobres extremos.

En cuanto a la posesión de bienes, como consecuencia de los niveles de pobreza, estos bienes son escasos. En el ambito de influencia, 65.1% de hogares cuenta con televisor, 75.7% tiene radio. Los hogares con teléfono representan el 12.3%. El porcentaje de hogares con cocina a gas es 40.0%. Las cifras de hogares con medios de transporte son reducidas: 7.3% bicicleta, 4.5% motocicleta y se tiene un 2.8% para otros medios.

El 83.0% de los hogares en el ámbito de estudio es dirigido por un jefe de sexo masculino y el 17.0% por uno de sexo femenino.

Los promedios de años de estudio entre jefes de hogar varían según el sexo, los hombres tienen 7.5 años de estudio y las mujeres 4.7. El 59.0% de hogares de los jefes del hogar son urbanos y 41% rurales. Hay una mayor proporción de jefes de hogar mujeres en zonas urbana que en las rurales.

La estructura de los hogares en el ámbito de influencia es básicamente nuclear, en el 83.9% de hogares del ámbito de estudio residen con el jefe del hogar, la

cónyuge o el cónyuge y los hijos. En tanto que el resto de hogares (16.1%) es no nuclear porque habitan otros parientes o personas.

El 90.2% de viviendas del ámbito de influencia se abastece de agua potable de la red pública, restando el 9.8% que se abastece de fuentes como río, pozo, manantial.

El 21.9% de viviendas del ámbito de influencia no tiene desagüe, 17.5% declaran tener letrina, 2.7% pozo séptico y 58% disponen de un sistema de desagüe con conexión a la red pública.

En cuanto al alumbrado, el 83.7% de viviendas tiene electricidad, el 12.8% utiliza velas y 1.4% kerosene o petróleo. La energía más utilizada para cocinar es la leña (70.9%); seguida del gas en mucho menor proporción (22.0%).

El material predominante de las paredes es el adobe (77.0%), el 2.5% de viviendas son de estera y el 15.8% de ladrillo; el material más usado en techos es la calamina o fibra de cemento (85.1%), seguido por el concreto armado (12.5%). El material predominante del piso es la tierra o arena (66.7%), seguido de cemento o ladrillo (32.3%).

El 23.4% de hogares pertenece al Programa del Vaso de Leche, el 10.8% al Programa de Desayuno Escolar, el 22.2% al Seguro Escolar y el 2.6% pertenece a algún comedor popular. Además, se reporta 4.3% de hogares suscritos a otros programas.

El porcentaje de miembros del hogar beneficiarios de ayuda alimentaria es 18%. El 55.8% de beneficiarios de programas habitan en áreas rurales, se observa diferencias según sexo, hay una mayor proporción de varones beneficiarios en zonas urbanas.

De los beneficiarios que reciben ayuda alimentaria el 52.5% pertenece al vaso de leche, 23.9% al desayuno escolar, 12.1% al club de madres y 9% a un comedor popular.

Características de las mujeres

Cerca de la mitad de mujeres con hijos menores de 5 años y/o embarazadas entrevistadas conforman los grupos de 20 a 29 años de edad (51.4%), el 8.6% tiene 15 a 19 años, poco más de la quinta parte 30 a 34 (22.5%) y un porcentaje menor representa a los grupos de 35 años a más (17.5%).

El 20.8% de las mujeres cuentan con educación primaria, un porcentaje 3 veces mayor con secundaria (60.9%), el 13.7% tiene educación superior y el 0.7% carece de instrucción escolarizada.

El 89.8% de mujeres con hijos menores de 5 años entrevistadas dicen pertenecer a la religión católica, el 4.8% a la evangelista y el 2.7% declara no profesar ninguna.

Respecto al estado conyugal, gran proporción están unidas, es decir son casadas o convivientes (88.3%), mientras que las no unidas (viudas, divorciadas, separadas y solteras) conforman el 11.7%.

El 60.9% de mujeres con hijos menores de 5 años habita en áreas urbanas y 39.1% en áreas rurales.

El promedio de nacidos vivos en el ámbito de influencia es 1.9.

En el momento de la encuesta el 9.9% de las mujeres de 15 a 49 años entrevistadas se encontraba en estado de gestación.

Las cifras que nos indican la proporción del embarazo adolescente son las siguientes: Cuando se toma al conjunto de las entrevistadas de 15 a 19 años la proporción de embarazadas es de 12.4%. Si se considera el total de mujeres de 15 a 19 años miembros del hogar, no sólo a las entrevistadas, el 2.6% se hallaba embarazada.

La fecundidad actual (calculada para los 3 años precedentes a la encuesta) en el ámbito de estudio es de 2.2 hijos por mujer.

Características Educativas

En el ámbito de influencia se puede apreciar que la tasa de analfabetismo global es de 13.5%. Las mujeres presentan una tasa de analfabetismo mayor a los hombres, 20.4% y 6.9% respectivamente. La tasa de analfabetismo también aumenta con la edad para ambos sexos. En el caso de las mujeres de 50 a más años la tasa de analfabetismo llega al 32.7%. El analfabetismo se presenta en las personas que hablan aymara/quechua y en aquellas que viven en zonas rurales.

En el ámbito de estudio se observa una cobertura de 90.7%, existe paridad entre las tasas de matrícula escolar de hombres y mujeres con 90.2% vs. 91.3%, respectivamente. La tasa de matrícula es ligeramente inferior a la existente en el total del departamento de Moquegua 91.2% o Tacna 93.1%

Sin embargo, cuando se examina la matrícula escolar por grupos de edad, se observa diferencias a favor de las mujeres en el grupo de 3-5 años. En el resto de grupos de edad las tasas de matrícula son similares entre hombres y mujeres.

La matrícula escolar en el ámbito de influencia muestra diferencias según el nivel educativo al que acceden los educandos, se observa que en el nivel primario es donde existe mayor tasa de matriculados con un 92.8% mientras que en inicial y secundaria la matrícula bordea el 64.4% y 86.3% respectivamente. No se observan diferencias importantes por género en los niveles educativos.

La tasa de matrícula en educación primaria es de 92.8% entre la población de 6 a 11 años. Existen diferencias en el ámbito de influencia, en relación a la matrícula escolar en educación primaria entre los grupos de edad de 6 a 8 (97.5%) y los de 9 a 11 años (88.0%); lo mismo entre hombres y mujeres que pertenecen a estas edades.

En el ámbito de influencia se registra 8.8% de atraso escolar, existe una ligera diferencia entre mujeres (10.1%) y hombres (7.9%).

Dentro del grupo de 6 a 8 años el 5.5% se encuentra atrasado; en el grupo de edad de 9 a 11 años, el atraso aumenta a 12.6%. En los dos grupos se aprecia un mayor atraso entre las mujeres, aunque la diferencia es reducida.

El grado de atraso es mayor cuando es menor el nivel educativo del jefe del hogar. En el ámbito de estudio, el atraso escolar de los alumnos cuyos padres tienen instrucción primaria es 18.5%, si cuentan con secundaria se reduce a 6.0%, y si han cursado el nivel superior, a 3.9%.

En general, se observa mayor atraso en el 2do y 5to grado de primaria, aunque en el 6to se observa una disminución. Así, de los alumnos que cursan el 2do grado, el 13.7% están atrasados y de los que cursan el 5to grado, el 19.6% están atrasados.

El atraso escolar en primaria es mayor en los alumnos más pobres registrándose un 6.2% entre los no pobres, 12.6% en pobres y 11.2% en pobres extremos. Hay algunas diferencias en las familias que tienen menos de tres hijos y aquellos que tienen más de tres, respecto al atraso escolar. En el primer caso asciende a 6.8% y en el segundo a 26.4%.

En el ámbito de estudio, la magnitud de la deserción escolar primaria es reducida, se reporta 0.3%. La deserción en secundaria es mayor que en primaria: 1.0%.

En el ámbito de influencia la razón más importante, referida por las mujeres de 15 a 24 años, para haber dejado de estudiar está relacionada a problemas económicos (36.3%), seguido porque no le interesa o no le gusta el estudio (13.1%); luego por haber terminado sus estudios secundarios (19.8%), por haberse casado con un 10.6%, y por haber quedado embarazada 8.6%.

En el ámbito de influencia, el 2.5% de alumnos de primaria repiten algún grado escolar, hay pocas diferencias en la repitencia de hombres y mujeres. En el grupo de 6 a 8 años los hombres presentan tasas menores que las mujeres. En el grupo de 9 a 11 años sucede lo contrario.

La educación del jefe del hogar es un factor que parece no tener correlación con la repitencia escolar. Entre los padres que no tienen primaria la repitencia es 4.6%, en los que tienen secundaria, 1.3% y en los que tienen educación superior 4.0%.

El grado que repiten con mayor frecuencia es 1er grado. En 6to y 2do grados no hay repitencia. En 3er y 5to grados la repitencia es 3.8% y 4.4%

Los niveles de pobreza tampoco se encuentran asociados a este indicador, observándose que no hay diferencias entre los no pobres y los pobres.

En hogares con mayor número de hijos el nivel de repitencia escolar se eleva. Así, en las que tienen menos de 3 hijos se registra 2.1% y en las que tienen más de 4, 6.5%. Asimismo, es ligeramente mayor en las áreas urbanas (3.5%) que en las rurales (1.2%).

El 2.1% de alumnos de secundaria repiten algún grado escolar, siendo mayor en hombres (4.5%) que en mujeres (0.0%). La repitencia en el grupo de 12 a 14 años llega al 3.3% y en el grupo de 15 a 16 años no hay repitencia. En ambos grupos de edad la repitencia es mayor en hombres que en mujeres, en el primer grupo (4.5% vs. 0.0%), similarmente en el segundo grupo se registra porcentajes más altos en hombres (7.5% vs. 0.0%)

Entre los hijos de padres que tienen primaria la repitencia es 5.8%; y en los que tienen secundaria no hay repitencia.

La repitencia en secundaria aumenta en relación a la situación económica: en los

no pobres se registra 0.0%, en cambio en los pobres 6.4%. Hay más repitencia cuantos más hijos haya en el hogar.

Por último, los niveles de repitencia en secundaria no son significativamente mayores en los alumnos que estudian en áreas rurales (2.6%) que en los alumnos de áreas urbanas (1.7%).

Características de salud

Salud materna

Planificación familiar

Más de dos tercios de mujeres en edad fértil entrevistadas usa algún método anticonceptivo en el ámbito de estudio (68.0%).

El 60.6% usa algún método moderno, el 7% alguno tradicional y menos de 1% dio otra respuesta referidas a regular su fecundidad.

Entre los métodos anticonceptivos modernos se destaca el uso de los inyectables (39.7%), luego están la píldora y el condón con porcentajes más bajos (9.7% y 5.9% respectivamente). Entre los métodos clasificados como tradicionales sobresale la abstinencia periódica (4.3%), le sigue el retiro (2.7%).

Las características de las mujeres que usan en mayor proporción la inyección anticonceptiva son las siguientes: cerca de la mitad (47.8%) tiene entre 20 a 24 años de edad y casi 4 de cada 10 (36.3%) están en el grupo de 25 a 34 años. El 41% alcanzó un nivel educativo por lo menos de secundaria, cifras similares están entre las afiliadas al SIS (42.9%) y/o las residentes en área urbana (41.1%). Sin embargo en área rural un porcentaje importante (37.5%) de mujeres usan también la inyección anticonceptiva. Las cifras que se muestran entre paréntesis son solamente como referencia, por el bajo número de casos no se puede concluir nada al respecto, ni comparar.

El embarazo

Cuidados realizados

Gran proporción de nacidos vivos menores de 5 años fueron gestados bajo los cuidados de por lo menos un control prenatal (CPN) de sus madres (99.0%).

Lugar de atención del CPN

El lugar de atención del control prenatal para las gestantes de cerca de la mitad de los nacidos vivos menores de 5 años y del embarazo actual, fue un puesto de salud del MINSA (47.8%) y más de un tercio fue a un centro de salud del MINSA (36.7%).

El 90.2% de gestantes acuden a algún establecimiento del MINSA para su CPN - sea hospital, centro o puesto de salud- a EsSalud acude el 9%, en tanto que a otras opciones recurrieron en muy baja proporción.

Al observar las características de las mujeres que van a algún establecimiento del MINSA para su CPN, se obtiene que en mayor porcentaje se trata de aquéllas de

los grupos de edad más jóvenes (tenían 24 años o menos al nacer el hijo), más del 90% de las que tienen nivel educativo de primaria, las no casadas ni convivientes (no unidas), afiliadas al SIS y/o las que viven en áreas rurales. No existen diferencias importantes entre las mujeres según el número de hijos. Por otro lado, gran proporción acude al MINSA sobre todo en el primer trimestre del embarazo (90.9%)

Número de controles

Alrededor de dos tercios de gestantes - de los nacidos vivos menores de 5 años - tuvo 6 o más controles prenatales durante su embarazo (63.7%). En el ámbito de estudio hay una insuficiente frecuencia de controles en una proporción importante de gestantes, situación que no garantiza la salud materna y neonatal del conjunto de gestantes y recién nacidos.

Razones para no acudir al control prenatal

Entre las razones para no acudir al control prenatal, predomina la mención de dificultades de accesibilidad geográfica, de dinero o tiempo (37.8%), le siguen desconfianza o tradición (32.2%). Razones como vergüenza, no le gusta (15.4%) o no sabía la importancia del CPN (14.5%) fueron mencionadas por menos de un quinto de mujeres.

Ventajas percibidas del CPN

El 95% del total de mujeres entrevistadas opina que el control prenatal tiene ventajas, es útil. Las referencias que hacen las mujeres sobre las ventajas del CPN, sugieren que éstas son conscientes de las bondades del servicio, aunque este resultado incluye opiniones del total de entrevistadas (incluye las embarazadas por primera vez) y no sólo de las madres.

La mitad de esta población (49.5%) opina que el CPN detecta enfermedades o problemas, le sigue alrededor de 3 de cada 10 mujeres (28.9%) que dice que el CPN educa sobre los signos de peligro, un porcentaje cercano al mencionado dice que aconseja sobre el cuidado del bebe (25.4%) y porcentajes menores emiten otras opiniones, así refieren que la ventaja del CPN es recibir medicamentos y vitaminas, ayudan a organizar el parto institucional, u otro. Un 2% opina que no es necesario el control prenatal.

Si se considera la ventaja mencionada en primer lugar, casi no hay diferencias según la edad, ni según el nivel educativo u otras características, excepto el lugar de residencia de las madres, pues el 56.1% de las residentes en áreas urbanas opina que el CPN detecta enfermedades o problemas frente a 38.9% de las residentes en el área rural. Para las madres que residen el áreas rurales es importante el CPN porque educan sobre los signos de peligro (32.3%) y/o aconsejan sobre el cuidado que se le debe dar al bebe (31.4%).

Conocimientos de prácticas de cuidado durante el embarazo

Más de dos tercios de las mujeres entrevistadas mencionan como principal cuidado durante el embarazo no cargar pesos ni hacer esfuerzos físicos (67.7%), en segundo lugar opinan que una mujer se cuidaría durante el embarazo al comer mejor (62.2%), menores porcentajes manifiestan otras opiniones y es notorio que sólo el 8% alude que iría al control prenatal.

No se observan en general variaciones tajantes según las características consideradas, excepto entre las de 25 a 34 años en las que el 70.9% opina que una mujer embarazada no debería cargar peso ni hacer esfuerzo físico, porcentaje similar entre las de secundaria o más tiene la misma opinión (70.2%). Asimismo, en relación a la opinión "comería mejor", es importante el porcentaje entre la mujeres no unidas (80.6%).

Complicaciones y/o signos de peligro

Existe todavía desconocimiento en las entrevistadas sobre las complicaciones y signos de peligro durante el embarazo. Cabe señalar que se les preguntó directamente por las señales o síntomas que indicaban que ella o el bebé están en peligro de muerte.

La mayor frecuencia de respuestas está referida a la hemorragia vaginal como signo de peligro (43.3%), luego mencionan la fiebre (32.7%). Que el bebe no se mueve (17%) e hinchazón de pies, mano, cara (16.8%) alcanzan porcentajes similares, mientras que otras respuestas sobre síntomas que indican riesgo son escasas, tales como: dolor continuo de cabeza, ruptura de la fuente, dolor al orinar y descensos, son síntomas a los que no se le da la importancia que merecen.

Procedimientos de atención en el CPN

Las acciones más frecuentes en la atención prenatal fueron la toma de peso, la medición del tamaño del útero y la toma de presión arterial, según la declaración de más del 90% de madres que tuvieron CPN.

El examen de orina es mencionado por 89%, proporciones similares mencionan que le hicieron examen de sangre (87.2%), o le explicaron acerca de las complicaciones del embarazo (88.5%).

A menos de la mitad de las mujeres gestantes se les aplicó la vacuna antitetánica (43.9%), en tanto que a casi 6 de cada 10 les dieron hierro (58.5%).

El parto

Lugar de atención del parto

En contraste con el alto porcentaje de gestantes que tuvieron CPN en establecimientos de salud, el parto del último nacido vivo menor de 5 años ocurrido en estos establecimientos sólo fue el 70.7%, un 29.0% fue parto domiciliario.

La ocurrencia de parto no institucional, pone en riesgo la vida de la madre y del recién nacido, ante la eventualidad de que se presenten complicaciones cuyo manejo técnico está fuera del alcance de los agentes comunitarios de salud.

El parto no institucional es más común entre las madres de los grupos de 20-34 años, en las que tienen instrucción primaria y en las que tienen 4 hijos o más (45.8%). En cambio no hay diferencias entre las residentes en áreas rurales y en

las urbanas.

La ocurrencia de partos domiciliarios tiende a ser mayor entre las madres no afiliadas al SIS (35.9%) en comparación a las afiliadas (29.0%). En tanto que los que ocurren en establecimiento de salud aunque en mayor proporción son entre las afiliadas al SIS (70.7%), no alcanzan a cubrir la totalidad de las afiliadas.

Respecto a la posición en la que tuvo el último parto- del niño menor de 5 años de edad- el 85% de madres refieren haber dado a luz en posición médica y porcentajes bastante menores mencionó otras posiciones.

Razones por las que no tuvo el parto en establecimiento de salud

Entre las razones que respondieron las madres para no atenderse el parto en un establecimiento de salud, el 22.3% se refiere a la accesibilidad geográfica, que si se le agrega las que dijeron que no existe establecimiento de salud en la localidad (1.7%) resulta alrededor de un cuarto de mujeres que no tienen acceso a un establecimiento de salud. Respuestas que revelan mala calidad de atención es dada por 22.7% de madres, estas son: no hay medicina, falta de privacidad, personal descuidado. Un 3.7% hace referencia a limitaciones económicas, o a miedo o vergüenza. La oposición del esposo, o de un familiar, o por tradición, alcanzan al 15%.

Complicaciones durante el parto

El 46% de madres refiere haber tenido algún tipo de complicación durante el parto del último nacido vivo menor de 5 años.

Entre las madres que reportaron haber tenido alguna complicación durante el parto, las más frecuentes, percibidas como tales por las entrevistadas, corresponden a trabajo de parto prolongado (27.6%), un 10% refiere que el bebe estaba atravesado o en mala posición, porcentaje similar dijo que tuvo sangrado excesivo (9.6%). Otras respuestas son dadas por menores porcentajes.

Considerando que muchos partos son atendidos por personal no calificado, aun en los establecimientos de salud del MINSA, se debería considerar una oferta de servicios de calidad para la atención del parto y diseñar estrategias urgentes de captación de gestantes para aumentar el parto institucional a través de la adecuación intercultural de los servicios y buscar mecanismos para contar con profesionales capacitados en la atención de gestantes y del recién nacido, más aún cuando está demostrada la relación que existe entre disminución de muerte materna y la atención por personal calificado.

Conocimiento de las complicaciones durante el parto

Según la opinión del total de entrevistadas, los síntomas o señales de riesgo durante el parto mencionados con mayor frecuencia son el sangrado excesivo (26.3%), bebe atravesado (16.3%), trabajo de parto prolongado (15.3%), fiebre alta con sangrado vaginal (13.5%), ruptura de la fuente (10.8%) y retención de placenta (9.1%), otras complicaciones fueron mencionadas por menores porcentajes.

Salud materna

Lactancia materna y nutrición Infantil

La lactancia continúa siendo una práctica generalizada. Gran proporción del último nacido vivo menor de cinco años (0-59 meses de edad) ha lactado alguna vez (99.6%).

Duración de la lactancia

Menos de un quinto de esta población (13.8%) ha lactado 6 meses o menos, más de la mitad ha recibido leche materna por 7 o más meses (51.6%) y más de un tercio aún continúa lactando (34.6%). Sin considerar al último grupo mencionado (continúan lactando) la mediana de duración de la lactancia es 16 meses. Este valor se encuentra por debajo del mostrado a nivel nacional, según la ENDES continua 2004-2006 que es de 19.7 meses.

Como se mencionó, alrededor de dos tercios del último nacido vivo- menor de 5 años- no está lactando (65.4%). De los que aún están lactando, el 3.3% recibe solamente lactancia materna, en tanto que el 31.4% recibe alimentación suplementaria además de la leche materna.

Teniendo en cuenta la edad específica del último niño menor de 5 años, se observa que la lactancia exclusiva es dada hasta antes de los 6 meses, luego en cada tramo de edad del niño desde los 6 meses hacia adelante ya no es lactancia exclusiva, e incluso va disminuyendo la proporción de niños que reciben lactancia materna, hasta ser el 28% de niños que no tienen lactancia materna entre los de 12 a 23 meses, el 93% entre los de 24 a 35 meses, y la totalidad de niños de 36 meses a más que ya no lactan. El porcentaje de no lactantes tiende a ser mayor en el área urbana en comparación a la rural.

Alimentación complementaria

La alimentación complementaria o ablactancia, es uno de los eventos de mayor vulnerabilidad en el estado nutricional de los niños. Por esta razón, la importancia que adquieren los alimentos como tales, la consistencia y el proceso de introducción en la alimentación, es una característica definitiva del análisis del estado nutricional del niño. Si además se considera que puede haber niños que no han recibido lactancia materna o que la han recibido en forma insuficiente durante los primeros 6 meses, este aspecto se torna crítico.

Con respecto a cuándo dar alimentos sólidos, alrededor de 7 de cada 10 entrevistadas opinó que se debe empezar a dar alimentos sólidos al niño a los 6 meses (69.6%), casi un cuarto consideró que debe ser cuando el niño tiene más de 6 meses (23.9%), en tanto que otras opiniones fueron manifestadas en menores porcentajes.

CRED y vacunación

La cobertura de vacunación para los niños menores de 1 año, la DPT1 fue la mayor (94.8%). La segunda vacuna en cobertura fue contra la tuberculosis (BCG=92.9%). Le sigue la antipolio1 (89.1%), luego la vacuna antihepatitis1 (86.1%), la antihemofilus1 (76.6%) y la antihepatitis2 (73.3%). Las demás vacunas alcanzan menores porcentajes.

Como es natural la segunda y tercera dosis de las vacunas DPT, antipolio, antihepatitis y antihemofilus tienen valores inferiores a las de la primera y a las de vacunas que son colocadas más temprano. Si se considera que la información de este aspecto se toma a través del carné de vacunación, la baja cobertura podría verse explicada porque no todos los niños han finalizado el año de vida, y sobre todo porque no todas las madres tienen a la mano el carné de vacunación.

Más del 90% de los niños menores de 5 años habían acudido por lo menos a un control CRED (98.2%), aunque el porcentaje es alto también en el área rural (95.8%) es sin embargo un tanto menor en comparación al área urbana (99.7%).

El control CRED se realiza con mayor frecuencia en los establecimientos de salud del MINSA (95.8%).

Más de tres cuartos de los niños menores de 5 años han tenido 6 ó más controles CRED (77%) y el cuarto restante menos de 6 controles (23%).

Considerando las características principales, más del 80% de niños entre 12 meses a menos de 5 años han tenido 6 controles de crecimiento o más.
Aquellos hogares con un número mayor de miembros (3 a más) tienen mayor porcentaje de niños con 6 o más controles CRED, lo que puede deberse a que los hogares con niños mas grandes conocen sobre la importancia de llevarlos a sus controles CRED. También hay un mayor porcentaje de niños con 6 o más controles CRED cuando se trata de áreas urbanas (80%) en comparación a las rurales (72%) y cuando el nivel de educación de la madre es mayor, factores ambos que pueden estar relacionados con aspectos relacionados a accesibilidad y nivel de conocimiento. En cambio el número de hijos no establece diferencias en este tema.

Enfermedad Respiratoria Aguda

Las enfermedades respiratorias agudas (IRA) continúan siendo una de las mayores causas de muerte en la infancia. Se preguntó a las madres de niños menores de 5 años por la ocurrencia de síntomas de IRA (sobre todo de vías respiratorias bajas, indicativas de neumonía), en las dos semanas previas a la encuesta, búsqueda de atención en un establecimiento de salud y el reconocimiento de signos de alarma que puede ser causa de muerte.

La prevalencia de niños menores de 5 años con IRA fue de 41.3%, en las dos semanas previas a la encuesta. Las cifras se encuentran por encima de porcentajes reportados por encuestas nacionales como la ENDES (20% en la ENDES 2000).

Del total de niños que tuvieron IRA en el tiempo de referencia, solamente el 63.9% fue llevado a algún establecimiento de salud para su atención.
La prevalencia de IRA en los niños menores de 5 años fue mayor en aquellos pertenecientes a los grupos etáreos de 24 meses a más.

El porcentaje que fue atendido en un establecimiento de salud es más alto en los niños de 24 a 35 meses (79.5%) y al parecer no hay una mayor percepción y práctica sobre la atención que deben recibir los niños que son mas pequeños, pues entre los de 12 a 23 meses de edad el 48% de los que tuvieron IRA fueron atendidos en un establecimiento de salud. Sin embargo, sobre los de edades más tiernas no se puede concluir nada debido al poco número de casos. La prevalencia

de IRA fue mayor en zona urbana (46.6%) en comparación a la rural (33%) y también se aprecian diferencias en la búsqueda de atención en un establecimiento de salud, a favor de los niños del área urbana (65.8% frente a 59.8% de área rural).

Según fue percibido por la madre, un quinto de menores de 5 años (19.5%) tuvo síntomas de neumonía en las dos semanas previas a la entrevista.

Algo más de dos tercios de niños con neumonía (67.3%) según la percepción de las madres, fueron llevados a un establecimiento de salud. Las principales razones por las cuales los niños con neumonía no fueron llevados a un establecimiento de salud, son las siguientes: casi el 50% se debe a que no fue considerado necesario, o ya sabe qué darle en esos casos (45.4%), cerca de un quinto (17.8%) a que no tenia tiempo. Respuestas relacionadas con la falta de accesibilidad geográfica (11.0%) o económica (5.5%) suman a 16.5%, respuestas que indican problemas relacionados a la atención (20.3%) involucran que el personal da malos tratos (10.3%), que no confía en el personal (5.0%) o que no hay medicinas (5.0%) que hacen pensar en la calidad de atención.

El reconocimiento de las madres si el niño tiene neumonía esta asociado con mayor frecuencia a que respira más rápido (58.8%) y a la presencia de un episodio febril (49.6%). Un 22% mencionó que se le hunden las costillas, en tanto que otras respuestas fueron dadas por menor porcentaje de mujeres.

El trabajador de salud, constituye la principal fuente de información por la que las mujeres reciben mensajes sobre cómo reconocer los síntomas o señales de neumonía (31.9%) y luego esta la radio (20.0%). Otros medios fueron mencionados en porcentajes inferiores.

Enfermedad Diarreica Aguda

La prevalencia de EDA en menores de 5 años- en las dos semanas previas a la encuesta- fue 17%.

El 59.2% del total de los niños que tuvieron EDA fueron atendidos en un establecimiento de salud.

La prevalencia de EDA es mayor en los niños que conforman los grupos etáreos de 12 a 23 meses (cerca de un cuarto de niños de este tramo de edades) y en esos grupos al 57% los llevaron a un establecimiento de salud para su atención. En el grupo de 36 a 59 meses de edad el 70% de los que tuvieron EDA fueron llevados a un establecimiento de salud para su atención. Acerca de los niños de edades más tiernas no se puede mencionar nada porque son muy pocos casos.

Por otro lado, aunque la prevalencia de EDA en los niños menores de 5 años es en porcentajes similares en áreas urbanas (16.7%) que en rurales (18.3%), mayor porcentaje fueron llevados a un establecimiento de salud en el área urbana (64.5%).

Las principales razones por las cuales los niños con EDA no fueron llevados a un establecimiento de salud, son las siguientes: un quinto de madres respondió que no lo consideró necesario, o que los síntomas no eran graves (20.6%), las respuestas que están asociadas a falta de accesibilidad geográfica (9.9%), inexistencia de establecimientos de salud (4.2%) y accesibilidad por razones económicas (4.9%) sumadas resultan las razones para casi un quinto de niños

(19%). Respuestas que indicarían falta de calidad en la atención (23.8%) son que el personal da malos tratos, no hay medicinas o que no confía en ellos. Otras respuestas fueron dadas en menores porcentajes.

Ante la pregunta "qué le dio en casa para tratar la diarrea", se obtuvo que el tratamiento más frecuente dado en casa para los niños menores de 5 años fue remedio casero (41.6%). Le sigue jarabe para la diarrea (40.6%) Un porcentaje bastante pequeño recibió SRO (5.8%).

Los niños en su mayoría recibieron algún tipo de líquido durante la diarrea (92.2%). Los líquidos recibidos con mayor frecuencia por los niños menores de 5 años durante la diarrea fueron te o alguna infusión (67.2%, le siguen las sopas o caldos (32.9%). Menor porcentaje de niños recibió suero casero (preparado con azúcar y sal) y muy pocos SRO. La mayor proporción de niños con EDA recibió mayor cantidad de líquidos durante el proceso (59.5%) que cuando estaba sano; porcentajes menores recibieron líquidos en igual cantidad que de costumbre (19.5%) o menor (14.8%) o incluso al 6.2% le quitaron los líquidos mientras estaba con EDA.

La diarrea severa definida como diarrea con deshidratación (signo de pliegue, llora sin lagrimas, trastorno del sensorio) estuvo presente en gran proporción de los niños que hicieron diarrea (98.0%).

Las mayores proporciones de entrevistadas opinaron que buscarían ayuda fuera del hogar cuando el episodio de diarrea se asociara con fiebre (52.9%), le sigue duración de la diarrea por más de 2 semanas (36.1%), si presenta nauseas o vómitos (29.4%) y si no come (21.4%).

Desnutrición y anemia

La desnutrición crónica-teniendo como referencia a la OMS- fue de 13.0%, estando la desnutrición crónica severa en el orden del 0.5%. La desnutrición crónica va aumentando con la edad, posiblemente porque en los primeros meses el niño está protegido por la lactancia materna. Con los estándares NCHS la desnutrición crónica baja a 9.6%

Se observa que hay mayores porcentajes de desnutrición crónica en los niños de sexo masculino (17.2%) y en el área rural (15.9%).

La desnutrición global se presenta en el 1.2% de los niños menores de 5 años y la presencia de desnutrición aguda es de 1.6%. Con el cambio de estándares varían las cifras de la desnutrición crónica y la global, pero ese cambio no afecta la cifra de desnutrición aguda.

El 40.5% de niños menores de 5 años padece de anemia (16.0% anemia moderada y 24.5% anemia leve).

La anemia se presenta en edades tempranas, comprometiendo al 64.7% de los niños de 12 a 23 meses, de los menores de 12 meses no se puede afirmar nada debido a los pocos casos. Los porcentajes van disminuyendo en los niños de los siguientes tramos de edad en meses, al 41.7% y luego disminuyen al 21.4% entre los 36 a 59 meses.