

Factores asociados a la oportunidad de atención de salud por enfermedades prevalentes en niños menores de 5 años en la Región La Libertad, Perú

Fredy Hernán Polo Campos¹
Nataly Vásquez Charcape²
Sonia Blanca Castillo Rojas²
Gladis Rodríguez Lujan²
Rocío Salgado Marín²

Polo C., FH; Vásquez Ch., N.; Castillo R., SB.; Rodríguez L.,G.; Salgado M., R. Factores asociados a la oportunidad de atención de salud por enfermedades prevalentes en niños menores de 5 años en la Región La Libertad, Perú. Revista Peruana Enferm. investig. desarro. 2004 Enero-julio 6(1): 28-43

El objetivo es identificar los factores asociados a la oportunidad de atención por enfermedades prevalentes de la infancia. Método: Estudio Caso-Control. Se seleccionaron 19 Establecimientos de Salud de mayor prevalencia por enfermedades prevalentes (EP) en menores de 5 años en La Libertad. La muestra fue de 148 casos (sin oportunidad) y 284 controles (con oportunidad). Resultados: El Análisis Univariado determino que los factores asociados son: Bajo conocimiento para EP OR=2.12 (95% IC: 1,39-3,25), No convivencia con la pareja OR=1.90 (95% IC: 1,07-3,37), No tener un establecimiento cercano OR=1,78 (95% IC: 1,09-2,91), Madre sin primaria completa OR=1,69 (95% IC:1,09-2,64), Padre sin primaria completa OR=1,63 (95% IC: 1,01-2,64), Ingreso familiar menor 350n.s. OR=1,60 (95% IC: 1,01-2,56). El modelo de regresión logística predice en un 68.10%. Conclusiones e impacto en salud pública: Se identificó factores de riesgo relacionados a la accesibilidad geográfica, cultural y económica, que pueden ser abordados desde los servicios de salud reorientando la educación en salud; Existen otros factores de riesgo estructurales (grado de instrucción, ingreso familiar, estado civil, etc.) que ameritan un abordaje integrado con políticas que promuevan un desarrollo social sostenido; en el futuro, los programas de atención infantil deben ser horizontales y la gestión sanitaria debe concentrarse en promover e institucionalizar una política de trabajo intersectorial.

Palabra Claves: Enfermedad prevalente, Oportunidad de atención.

Introducción

La Cumbre Mundial a favor de la infancia de 1990 estableció la meta de reducir la mortalidad Infantil en un 50% para el año 2000. La atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia, es esencial para mantener los progresos realizados hacia esa meta; la cual figura entre las intervenciones de salud más eficaces en función del costo en los países de ingresos bajos y medios ; sin él millones de niños no vivirán para ver el nuevo siglo (Polo, 1997)

Desde 1990, unos 80 millones de niños han muerto antes de cumplir los cinco años.

Cincuenta y cinco millones de estos niños perdieron la vida a causa de la diarrea, neumonía, sarampión, el paludismo o la malnutrición. Estas cinco enfermedades se cobrarán muchos más millones de vidas infantiles (Polo, 1997). Al menos tres de cada cuatro niños que acuden diariamente en busca de la atención sanitaria sufren una o más de estas cinco afecciones (Polo, 1997)

En el Perú, las principales causas de morbimortalidad infantil están asociadas a infecciones peri natales, infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDA). Sin embargo en el último quinquenio la malnutrición infantil se

¹ Maestro en Salud familiar y Comunitaria, Especialista en Epidemiología (PREC). Director de la Oficina de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos en la Dirección Regional de Salud Pública La Libertad. Profesor Auxiliar de la Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Trujillo. Teléfono: 51-44- 99072245 Email: fhpoloc@hotmail.com

² Enfermera, Servicios de Salud, Región de Salud La Libertad

constituye en la causa de morbilidad más frecuente y tiene como antecedente las enfermedades prevalentes. (DSL, 1998)

En el Departamento de la Libertad, en los últimos años se ha reportado un incremento del riesgo de enfermar por IRA de 526*1000 hbt registrada en 1996 a 656*1000 hbt en el 2000; y de EDA que en 1998 registro una tasa de incidencia de 198*1000 hbt, en 1996 a 254*1000 hbt. en el 2000, similar situación experimenta la malnutrición infantil por deficiencia que en los últimos años se ha incrementado (DSL, 1998)

Pese al incremento del riesgo de enfermar, la mortalidad por estas causas en este grupo de edad ha disminuido en el último quinquenio, merced a la implementación por parte del sector salud, en políticas y programas dirigidos a disminuir la mortalidad por enfermedades prevalentes de la infancia (8). Los programas infantiles han demostrado ser eficaces en la reducción de la mortalidad, sin embargo persiste una alta proporción de niños con daños severos, evidenciando un retraso en la atención oportuna del daño (33% en Neumonías y 15% en EDA c/Deshidratación) pese a las permanentes actividades de información, educación y comunicación que se brindan en los servicios de salud. (DSL, 1998) (8)

El estudio estuvo dirigido a poder identificar los factores relacionados a la oportunidad de atención por causas prevalentes de la infancia en los menores de 5 años, para ello se identificaron establecimientos de salud de mayor prevalencia, de la misma que se tomo una muestra aleatoria para obtener la información en el periodo Agosto - Noviembre del 2000. La Investigación tuvo como principales objetivos:

- Determinar las enfermedades prevalentes en niños menores de 5 años en la Región La Libertad.
- Caracterizar a las madres o cuidadoras de los niños que buscan atención de salud en

los establecimientos de salud del MINSA en la Región La Libertad.

- Identificar factores maternos asociados a la oportunidad de la atención de salud por enfermedades prevalentes en niños menores de 5 años en la Región La Libertad.

Los resultados de la investigación esta proporcionado conocimientos para la implementación de actividades orientadas ha mejorar la oportunidad de la atención de salud y contribuya a reducir la mortalidad por causas prevenibles en niños menores de 5 años.

Material y Métodos

Población de Estudio

Estuvo conformado por niños menores de 5 años que fueron llevados para atención en salud en los establecimientos del Ministerio de Salud en la Región de La Libertad entre agosto y octubre del 2000. Se eligió a 19 establecimientos que cuentan con mayor demanda de atención por enfermedades prevalentes con cierta gravedad en las 12 provincias de la región. La muestra se estimó en 140 casos y 280 controles. El tamaño de la muestra fue determinado EpiInfo, versión 6.0, con proporcionalidad 1:2 para la razón casos/controles. El tamaño de muestra se repartió proporcionalmente entre los 19 establecimientos de salud, utilizando como referencia la casuística reportada por los servicios de salud al primer trimestre del 2000. El proceso de asignación de la muestra ocasionó redondeos que finalmente llevaron a que la muestra estuviera conformada por 148 casos y 284 controles.

Tratamiento de la Información:

La información se obtuvo en los servicios de salud mediante la aplicación de una encuesta a las madres o cuidadoras de los niños que acudían a los establecimientos seleccionados en busca de atención de salud mediante un proceso estandarizado, luego se ingreso a una base de datos SPSS, versión 10.0. El análisis de los factores de riesgo fue

realizado empleando dos procedimientos: Análisis individual del factor: ODDS RATIO y Análisis conjunto de los factores: REGRESIÓN LOGÍSTICA

Definiciones Operacionales

Se definió como casos a niños que después de la consulta fueron clasificados o diagnosticados como:

- IRA: Neumonía Grave (NG), Enfermedad Muy Grave (EMG), Otitis crónica.
- EDA: * EDA con Deshidratación más Shock,
- EDA con Deshidratación asociado a malnutrición, NG o EMG
- Malnutrición: Desnutrición Iº, IIº y IIIº

Y, como controles, a niños que post consulta se clasificaron como:

- IRA: Neumonía OMA, FAPA.
- EDA: * EDA sin Deshidratación.
- EDA con Deshidratación
- Disminución de su peso.

Resultados

Las enfermedades prevalentes de la infancia presentadas con mayor frecuencia en los niños menores de 5 años llevados a los servicios de salud del MINSA en la Región La Libertad fueron Neumonía grave (15.7%) y Desnutrición de I grado (9.7%) en los niños llevados Sin Oportunidad; así como No Neumonía o resfrío común (30.1%), disminución de peso (21.5%), Diarrea (8.8%), y FAPA (6.3%) en aquellos niños llevados Con Oportunidad

Caracterización de los Niños:

De la población en estudio, el 45.8% de niños son menores de 1 año y el restante 54.2% de 1 a 4 años. Los menores de 1 año representan el 52% en los casos cifra mayor al 42.6% registrada en los controles. El 50.7% fueron niñas y el 49.3% fueron niños, las niñas constituyen el 48.6% de los casos y el

51.8% en el grupo control. En general, el 81% de niños recibió lactancia materna exclusiva.

El 82.4% en el grupo control y 78.4% en los casos. En cuanto al Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), se encontró un 65% de niños no controlados para su edad, siendo similar la situación en los dos grupos.

La revisión del estado vacunal de los niños indicó que el 62.3% no fue vacunado en las edades correspondientes de acuerdo al calendario de vacunación. El análisis por tipo de vacuna, muestra que la falta de vacunación oportuna se dio en las siguientes proporciones: BCG, 16.4%; APO, 56.5%; DPT, 40.7; y ASA, 15.5%. La BCG, no fue administrada de acuerdo al calendario en el 23.6% de los casos y en el 12.7% de los controles. No hay diferencia en relación a las otras vacunas en ambos grupos. (Ver tabla N° 2)

Características de la madre y la familia:

Por lo general son las madres quienes buscan atención médica para los niños en los establecimiento de salud del MINSA en la Región La Libertad (64.3%). Las madres mayores de 20 años representan el 88.9%. El 79.2% de las madres tienen uno a dos hijos y el 45.3% más de 3 hijos. Las madres con más de 3 hijos, en el grupo de niños control representan el 32.4% y el 42.6% de las madres de los niños del grupo de casos.

En relación al grado de instrucción de las madres, el 34% de las madres son madres analfabetas o con primaria incompleta. El 41.9% los niños del grupo de casos tiene una madre analfabeta o con primaria incompleta versus 29.9% en el grupo control. El 13.9% de las madres trabajan fuera de casa, el 86.1%, se dedica a las labores de su casa. Las cifras son similares entre ambos grupos.

Un 39.1% de la madres participan en las organizaciones de base y el 60.9% no tiene participación. La participación de la madre es del 63.7% en los niños del grupo control y

del 55.4% en los niños del grupo de casos. El 84.7% de las madres viven con su esposo o conviviente, excepto el 14.8%. El porcentaje de hogares incompletos se eleva al 20.3% en los niños del grupo de casos versus el 12.0% de los controles. El 23.8% de los niños cuentan con un padre analfabeto o que no alcanzó a culminar la primaria, el 29.7% corresponde al grupo de casos versus el 20.8% del grupo control.

En el 66.4% de las familias, el ingreso mensual de la familia no excede los 350 nuevos soles, correspondiendo el 71.6% a los hogares del grupo de casos versus el 63.7% del grupo control. El 16% de los niños cuenta con una persona dedicada a su cuidado. El 27.5% de las cuidadoras no han culminado primaria, representando el 38.1%, en el grupo de casos versus el 22.9% del grupo control. (Tabla N° 3)

Factores relacionados con los servicios de salud:

La tabla N° 4 muestra que en el 22.7% de los pacientes se utilizó más de 1 hora en trasladarse al establecimiento de salud de su elección para la atención del niño, siendo el 29.1% en los niños del grupo de casos versus el 19.4% del grupo control. Solamente el 5.3% de las personas consultadas reportan que el establecimiento de salud al que acudió no le soluciona los problemas de salud del niño. Esta opinión se da en el 7.4% del grupo de casos versus el 4.2% del grupo control.

El 41.7% manifestó que existe un establecimiento de salud más cercano a su domicilio, coincidiendo el 37.2% que no acuden por considerar que la calidad de atención es mala, siendo el 52% en el grupo de casos versus el 36.3% del grupo control.

Conocimiento y actitudes de las madres/cuidadoras

El 40% de las madres/cuidadoras tiene bajo conocimiento sobre el reconocimiento de signos de enfermedades prevalentes de la infancia (EDA-IRA- Desnutrición),

conocimiento medio en el 56.9% y alto en el 13% de los entrevistados. El 52% de las madres/cuidadoras del grupo de casos tiene bajo conocimiento versus el 33.8% del grupo control.

Del Análisis de Regresión Logística, Se puede decir que Se puede decir que las variables No protección con vacuna BCG (OR 2.1039, $p < 0.121$), el contar con un establecimiento cercano (OR=2.0616, $p < 0.023$), el nivel de conocimiento sobre reconocimiento sobre enfermedades prevalentes (OR=1.9483, $p < 0.033$), el hecho que la madre no tuviera primaria completa (OR=1.7719, $p < 0.184$), así como que la madre conviva con su pareja (OR=1.7557, $p < 0.0863$), resultaron ser significativos.

Discusión

A. ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (EPI)

Las enfermedades mas prevalentes de la infancia en los países de desarrollo como el Perú son las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas y la desnutrición; se estima que cada niño tiene por lo menos de 8 a 10 procesos de enfermedad por estas causas en un año (Polo, 1997) (Diaz, 1990)

El estudio reveló que el 35.2% de los casos atendidos en los servicios de salud legan sin oportunidad, haciendo difícil su recuperación, de estos, los que llegan con neumonía grave mas enfermedad muy grave y aquellos que presentan desnutrición representan un mayor proporción (19.4% y 13.5%).

Aún cuando en el presente estudio los porcentajes por tipo de morbilidad sean bajos, cifras similares se encuentran en los reportes del MINSA en La Libertad, donde un tercio de niños con Neumonía llegan e condiciones graves a los servicios y un 15% presentan algún grado de deshidratación, incrementándose en riesgo de muerte en los menores de 5 años (DSL, 1998).

Los indicadores de nutrición en la Libertad (1997), revelan que el 45% de los niños menores de 3 años presentan un grado de desnutrición; esta cifra es mayor en algunas provincias de la sierra llegando a un 67% en el mismo grupo de edad. Las patologías asociadas por enfermedades prevalentes, así como la existencia de servicios con deficiencias en la evaluación nutricional estaría explicando la baja proporción de desnutridos en el presente estudio. (DSLL, 1998)

Por su parte ENDES 96, reporta que un 34% de los niños con síntomas de respiración aguda fueron llevados oportunamente a un proveedor de salud para su atención en el Perú, esta cifra es mucho menor en La Libertad, donde el 64.8% de los niños fueron llevados oportunamente al servicios por enfermedades prevalentes. (UNIFEC, 1998)

B. FACTORES RELACIONADOS AL NIÑO

Asociados a la costumbres familiares de establecer diferencias sobre el cuidado de los niños por su edad o sexo se consideró como probables factores de riesgo el ser menor de 1 año y de sexo femenino. La edad es una variable particularmente necesaria, ya que se encuentra relacionada estrechamente con los patrones de morbilidad. El sexo es otra característica importante, debido a las diferencias en los patrones fisiológicos y sociales entre ambos sexos. (UNIFEC, 1998) (Polo, 1997) Asimismo, se incluyó posibles factores contrarios a la protección del menor, entre ellos el no haber tenido lactancia materna exclusiva, no estar controlado y no estar protegido por vacunas para su edad.

Si bien la presencia de menores de 1 año fue más frecuente en el grupo llevado sin oportunidad al establecimiento de salud que en los controles, el OR (OR=1.46, $p>0.05$) asociado no constituye evidencia para indicar que sea un factor de riesgo. Lo contrario ocurre con las niñas, es más probable encontrarlas entre quienes fueron llevados con oportunidad que en el grupo de estudio, con lo

cual se determinó que ser niña no constituya realmente un factor de riesgo (OR=0.88, $p>0.05$), más bien pareciera un factor protector aunque sin llegar a ser significativo.

La proporción de niños que no recibieron lactancia materna exclusiva es ligeramente mayor en aquellos que fueron llevados sin oportunidad, cuyo valor OR (OR=1.27, $p>0.05$) no constituye evidencia de ser un factor que contribuya a la gravedad de las enfermedades e indirectamente un riesgo para que no lleguen sin oportunidad a los establecimientos de salud.

Sin embargo, los hábitos de lactancia y ablactancia esta relacionado con en riesgo de enfermedad, muerte y desnutrición; en La Libertad el 81% de los niños tienen LME mayor al registrado a nivel nacional 61% (según ENDES 96). (Camino, 1996) (Polo, 1999)

El control de crecimiento y desarrollo del niño no alcanzó el rol protector en el nivel esperado que permitiera ante una enfermedad llevarlo con oportunidad a un establecimiento de salud (OR =1.50, $p>0.05$), la proporción de niños no controlados es mayor en el grupo no llevado con oportunidad. Es posible que la madre o cuidadora no haya internalizado que el control de crecimiento y desarrollo (CRED), de su niño sirve para detectar problemas desde su inicio y darles el tratamiento adecuado y oportuno cuando existe esa posibilidad (Bloom 1970 y White 1969); por ello, no se ha podido demostrar que el niño sin CRED constituya un factor de riesgo para la oportunidad de atención en salud. (Marin, 1996)

Al igual que el CRED, la vacunación oportuna no alcanzó el nivel de protección deseado, si bien es más frecuente encontrar niños no vacunados para su edad en el grupo no llevado con oportunidad, esto no constituye un factor de riesgo (OR=1.10, $p>0.05$). En cuanto a vacunas específicas: APO, DPT y ASA tampoco mostraron el nivel de protección para lo cual fueron

elaboradas, con OR respectivos de 1.17 ($p>0.05$), 1.53 ($p>0.05$) y 1.14 ($p>0.05$). Sólo la BCG mostró una protección significativa, con $OR=2.15$ ($p<0.05$), indicando que la razón no-controlado/controlado en los niños no llevados con oportunidad es 115% más grande en los niños no llevados con oportunidad, constituyendo un real factor de riesgo.

Pese a obtener OR no significativos por vacuna específica asociada a la oportunidad de atención a excepción de la BCG, es necesario alertar sobre el hecho que las vacunas no están siendo aplicadas en los momentos recomendados, sino más bien con retraso (45% en los niños de 12 a 23 meses), lo que ocasiona que los niños de todas maneras corran los riesgos innecesarios de contraer las enfermedades en mención. (ENDES 96)

C. FACTORES RELACIONADOS A LA MADRE Y FAMILIA

Se evaluó diversos factores de riesgo para que los niños fueran llevados con oportunidad a un establecimientos de salud asociados tanto a las madres como a sus familias. En primer lugar se consideró importante que fuera la madre quien llevara al niño para su atención de salud, caso contrario sería un riesgo. Tal vez, debido a que en nuestro medio es común que la madre sea la responsable de la salud del niño (Sotoi, 1992). Sólo en un 5.3% fue la cuidadora u otra persona quien llevó al niño, no se encontró el efecto esperado de este factor, y al contrario hasta cierto punto actuó como un factor protector ($OR=0.83$, $p>0.05$).

En diversos estudios se considera como factor de riesgo la edad de la madre, tanto en la gestación como en su nivel de conocimientos, especialmente si es menor de 20 años. En La Libertad un 37% de las mujeres de 25-49 años tienen su primer hijo antes de cumplir los 20 años. (ENDES 96) Las madres en este grupo de edad es más frecuente en aquellos niños llevados sin

oportunidad, pero a pesar de que la razón exposición / no-exposición al riesgo de tener madres menores de 20 años es el 95% más grande, no alcanza niveles significativos ($OR=1.95$, $p>0.05$). Numéricamente, esto es explicado por la presencia de sólo 9% de madres menores de 20 años.

Supuestamente, el nivel de instrucción de la madre constituye un factor importante para conocimiento del cuidado y para el acceso de los niños a los servicios de salud. (Sotoi, 1992) En el presente estudio, se consideró riesgoso el hecho que la madre no tenga al menos primaria completa, siendo más probable encontrarlas en el grupo de niños llevados sin oportunidad. La exposición / no-exposición a este factor es 69% mayor en el grupo de niños llevados con oportunidad, determinando que la instrucción de la madre sin haber completado primaria constituye un real factor de riesgo para la oportunidad de la atención de salud ($OR=1.69$, $p<0.05$)

En el estudios un 34% de ellas reporta no tiene primaria completa, mientras que ENDES 96 refiere que el 23.8% de mujeres entre 15 a 24 años abandonó la primaria por que no quiso estudiar. Un hecho bastante conocido es que el nivel de educación de las mujeres influye de manera preponderante en sus actitudes y practicas relacionadas con su salud. En nivel de educación esta positivamente asociado con la situación socioeconómica. Esta, a su vez determina la demanda de los servicios de salud. Los niños de madres sin educación presentan un riesgo de mortalidad infantil es 5 veces mayor al de los niños de madres con educación superior.(4) Por su parte Orbegoso y Sifuentes, señalan que la edad, nivel de instrucción y estado civil de la madre son factores que retrasan para que los niños reciban atención oportuna y eficiente especialmente el los pueblos urbano marginales de Trujillo. (18) Soto y Zevallos, consideran que la madre por su grado de instrucción juega un papel muy importante para el crecimiento y desarrollo del niño, por

estar responsable de impartir la atención que el niño necesita y los hará de acuerdo a principios conocimiento y creencias. (Diaz, 1990) (13)

En relación a la deshidratación estudios realizados en el Perú reportan que un 10% de las madres considera darles menos líquidos de lo usual porcentaje que es mayor entre de las madres sin educación 22%. Un 28% de los niños fue llevado al establecimiento de salud o proveedor de salud. El incremento de líquidos en general para tratar la diarrea se presentó en un 67% en los niños de madre con educación primaria (13)

La costumbre peruana es que el padre constituya el sostén económico del hogar y la madre se quede en la casa atendiendo el mismo (Sotoi, 1992). Esto ha ido cambiando, en parte por las necesidades económicas y también por la modificación del rol de la mujer en la sociedad. En la Libertad el 39% de las mujeres en edad fértil tuvo trabajo en los últimos 12 meses (4); el estudio se encontró que el 13.9% de madres trabajan fuera de casa, cifra que no se altera significativamente entre un grupo y otro, determinando un riesgo relativo OR =1.04 ($p>0.05$), lo indica que el trabajar fuera de la casa no constituye un factor de riesgo asociado a la oportunidad de atención del niño.

Los últimos gobiernos han dado lugar a la participación de las mujeres en las organizaciones de base. Se espera que la mujer pueda adquirir otros conocimientos, tales como cuidar mejor la salud de los niños (Sotoi, 1992). Ante esta posibilidad se consideró como factor de riesgo la no pertenencia de la madre a asociaciones base. Sin embargo, a pesar de que el 39.1% de las madres participan en asociaciones base, un análisis del OR (OR =0.71) lleva a pensar que por el contrario, (el no pertenecer a una organización de base) éste estaría actuando de alguna manera como un factor protector aunque sin llegar a ser significativo ($p>0.05$). Estudio revelan que el incremento de la

participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su propia educación, su salud y los recursos adquiridos permite un mejor desarrollo humano e influye en logras un contexto social con mayores oportunidades (Polo, 1997).

En forma similar al caso de la madre, se examinó si el hecho de que el padre no alcanzara a terminar la primaria constituye una factor de riesgo para la atención oportuna de la salud del menor, proporcionando también resultados similares. Por un lado, el 23.8% de los padres están en esta situación, siendo el porcentaje de ellos (en relación a los padres que si terminaron primaria) 63% (OR=1.63, $p>0.05$) mayor en los niños que fueron llevados sin oportunidad al establecimiento de salud, lo cual determina que constituya un factor de riesgo.

En nuestro país el ingreso económico es fundamental para acceder a los distintos tipos de servicios, en particular a los servicios de salud, tanto por lo que significa el propio gasto de la consulta y medicamentos como para el traslado al establecimiento de salud. (Sotoi, 1992) En el presente estudio se consideró como riesgo para la atención oportuna el hecho de que la familia del menor tuviera un ingreso de hasta 350 nuevos soles, encontrándose un 66.4% en esta situación, haciéndose más crítico en el caso de los niños no llevados a tiempo, determinándose que la razón exposición / no exposición al riesgo es 60% más grande en los casos, alcanzando niveles significativos (OR=1.60, $p>0.05$) y constituyendo un factor de riesgo.

Estudios refieren que el ingreso familiar influye marcadamente el riesgo de morir, los niños de menores ingresos, presentaron una mortalidad 7 veces superior a la de los niños de ingresos mas elevados. Las desigualdades en el riesgo de morir fueron observadas para todas la causas de muerte, pero fueron más marcadas para la enfermedades infecciosas. (UNIFEC, 1998)

Asociado los niveles de pobreza familiar se encuentran el ingreso familiar y el número de hijos. En este sentido, se consideró como factor de riesgo el hecho que la madre tuviera 3 ó más hijos. El estudio reveló que un 45.3% estaban en esta condición, siendo más frecuente en los casos que en los controles, determinándose que la razón exposición / no exposición era 52% mayor en los primeros, pero no alcanza niveles significativos (OR=1.52, $p>0.05$), no constituyendo entonces un factor de riesgo.

La Libertad. al igual que en todo el Perú, se caracteriza por ser una sociedad machista, aún cuando esta característica está disminuyendo, se creyó importante estudiar cómo influye la convivencia de los padres para la búsqueda oportuna de la salud. Para el estudio se consideró como riesgo el hecho que los padres no vivan juntos, encontrándose el 14.8% de los padres en esta condición, siendo la razón exposición / no exposición 90% (OR=1.90, $p<.005$) mayor en los niños que fueron llevados sin oportunidad, constituyendo un factor de riesgo. Estudios refieren que el estado civil es importante por la presencia de las uniones consensuales, lo cual puede constituir un problema desde el punto de vista de la protección de la mujer y el niño (Sotoi, 1992). La proporción de mujeres en unión (casada o en unión libre) se sitúa en entorno al 59%. (Polo, 1990)

D. FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:

Uno de los requisitos esenciales para la buena salud es el acceso a los servicios preventivos y de tratamiento de la salud de buena calidad y a costo razonable. Las familias deberían disponer de centros sanitarios a distancias prudentes a sus hogares y el personal de esos centros debería contar con la capacidad y los equipos necesarios para brindar la orientación y la atención requeridas. (Polo, 1997)

En la Libertad desde 1997, se empezó un proceso de atención integrada en los

servicios de salud la cual fue fortalecida con los procesos de mejoramiento continuo de la calidad mediante el Proyecto 2000, sin embargo, los reportes de las evaluaciones de los servicios evidencian mejorar en la calidad de atención pero todavía sigue arraigada una cultura de trabajo fragmentado y la falta de calidez. (MINSA, DSLL, 1998)

El estudio evaluó algunos factores relacionados con los servicios de salud que podrían estar asociados a la oportunidad de atención, el acceso geográfico, la percepción de si el establecimiento de salud le soluciona el problema de salud y la existencia de otro establecimiento de salud cercano.

Según el programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), aunque los niveles de acceso a los Servicios Sanitarios varían ampliamente en unos 35 de los países más pobres entre el 30 y 50% de la población carece absolutamente de acceso a los Servicios de Salud. (Polo, 1997)

En la última década el MINSA, ha invertido para disminuir las brechas de acceso a los servicios de salud construyendo más establecimientos de salud, dotándolos de más personal y mejores equipos, para atender a más peruanos. En el estudio se consideró de riesgo el emplear más de 1 hora en el traslado desde su vivienda al establecimiento de salud. Un 22.7% se encuentran en esta condición, siendo más común en aquellos niños que acuden sin oportunidad, obteniéndose una razón exposición / no exposición el riesgo del 78% más grande en los casos, alcanzando niveles de significancia. (OR =1.78, $p<0.05$) y constituyendo un factor de riesgo.

Asimismo, la percepción de que éste establecimiento le soluciona los problemas de salud es importante para acudir más rápidamente por la confianza que brinda. Por el contrario, la falta de satisfacción por la no solución de problemas de salud es considerado aquí riesgo para no acudir con oportunidad. (MINSA, DSLL, 1998) El hecho de que sólo el 5.3% considere que el

establecimiento de salud al cual acudieron y a la poca variación de éste porcentaje entre ambos grupos, a pesar del alto OR (OR =1.82, $p>0.05$), determinó que finalmente no constituyera un factor de riesgo para la atención oportuna del niño.

Unas buenas prácticas de atención y al acceso a los Servicios de Salud, incluida la planificación de la familia y los Servicios de agua y saneamiento; y el nivel básico contribuyen significativamente en la reducción de las brechas de acceso a los servicios de salud por causas prevalentes (MINSA, DSLL, 1998) (Polo, 1997) (UNIFEC, 1998). En grupo de estudio, el 41.7% revela que existe un establecimiento de salud cercano a su domicilio. Al analizar la razón exposición / no exposición al factor revela que ésta es 91% más grande en los casos alcanzando niveles de significancia. (OR =1.91, $p<0.05$), constituyendo un factor de riesgo.

E. CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LAS MADRES / CUIDADORAS:

Otra conducta relacionada con la atención de los niños, es aquella que esta basada en un conocimiento y una información adecuada para garantizar que reciban atención de la salud esencial cuando corresponda ya que el tratamiento de las enfermedades en sus etapas iniciales puede impedir que esta sea grave. (MINSA, DSLL, 1998) (Polo, 1997) Es así que en el presente estudio se considera como factores de riesgo tanto al desconocimiento de las madres para reconocer las enfermedades prevalentes en los niños, así como a la actitud que toman para que el niño tenga una atención oportuna al percatarse de su estado de salud.

En lo que a conocimiento se refiere, el 40% de madres o cuidadoras presentaron nivel bajo de conocimientos sobre reconocimiento de signos de enfermedades prevalentes de la infancia, este problema es más evidente en los casos en los cuales se eleva al 52%. La exposición a este factor de

riesgo implica una razón de disparidad de 2.12 (OR =2.12, $p<0.05$), es decir 112% más grande en el grupo de casos, lo cual justificadamente lo convierte en un real factor de riesgo para la búsqueda oportuna de atención del niño.

En este sentido, las prácticas propias de los niños deben basarse en una buena información y unos conocimientos sólidos, debe estar libre de prejuicios y percepciones culturales erróneas. Otro elemento importante de la atención de los niños es el nivel de conocimiento de la higiene y el contagio sobre las enfermedades. (UNIFEC, 1998) En forma específica, el estudio reveló que la falta de conocimiento de signos de gravedad del niño, de la neumonía y de la desnutrición no constituyen factores de riesgo para la atención oportuna de la salud del niño. Esto obedece a la poca frecuencia de madres que desconozcan cómo reconocer sus síntomas.

Por el contrario, la falta de reconocimiento de la deshidratación si constituye un factor de riesgo, la razón de disparidad revela que ésta es 95% más grande en los casos (OR =1.95, $p<0.05$). Estudios revelan que se ha avanzado significativamente en la reducción de la deshidratación por diarreas; en La Libertad, llega al 15% (DSLL, 1998), Otros estudios reflejan que el 87% de las madres con niños menores de 5 años conoce alguna forma de cómo tratar a los niños con diarrea, la mas conocida es dar mas líquido de los usual (79%) y en menor proporción el darle mas comida en esos casos (14%).

Además, constituyen factores de riesgo la falta de reconocimiento tanto de la otitis media aguda como de la faringoamigdalitis aguda purulenta, cuyas razones de disparidad resultan 109% (OR= 2.9, $p<0.05$) y 60% (OR =1.60, $p<0.05$) más grandes en las madres cuyos niños fueron llevados sin oportunidad.

En general estudios revelan que la difusión de información sencilla es clave fundamental en la salud del niño, de esta

manera las madres que incrementan el nivel de información rompen con tradiciones y prácticas erróneas adoptado actitudes y medidas preventivas frente a las diarreas. (13) Una vez identificado el estado enfermizo del niño, es importante la decisión del proceso de atención por parte de la madre o cuidadora, claro está dependiendo de los factores antes estudiados. Por lo tanto, la actitud inadecuada de la madre que espera demasiado o realiza consultas previas a personas sin la capacidad profesional para la atención del niños constituye un factor de riesgo que fue también analizado.

Al respecto, el 36.8% de las madres llevó a cabo una inadecuada secuencia de atención de los niños, la cual apenas varió entre casos y controles, determinando que la actitud inadecuada no constituyera un real factor de riesgo para la atención oportuna (OR =1.08, $p>0.05$), lo cual probablemente sea justificado por la idiosincrasia de nuestra población, así como de la enfermedad circunstancial que padecieron los niños o de otros factores aquí estudiados.

La no significancia pueda haber estado influido por el factor confusor (zona de residencia costa sierra) no previsto en el tratamiento de la variable; se estima que en la zona andina existe mayores dificultades en el acceso cultural a los servicios, sin embargo los casos por su prevalencia se concentraron mayormente a la zona costa.

Sin embargo, estudiosos como Curtin, en su modelo de análisis crítico, considera al conocimiento como un aspecto vital en el ser humano, pues le permite examinar la información base, seleccionar datos importantes y llevar a cabo la toma de decisiones de una manera informada, consciente y responsable. Las nuevas informaciones afectan el afecto cognoscitivo de las personas, lo que se traduce en cambio de actitud (Camino, 1996).

F. ANÁLISIS SIMULTANEO DE LOS FACTORES DE RIESGO

El análisis de regresión logística realizado confirmó que la falta de protección del niño contra la TBC meníngea (vacuna BCG), el bajo nivel de conocimiento sobre enfermedades prevalentes en el niño, el hecho que la madre no tenga primaria completa y que no conviva con su pareja constituyen reales factores de riesgo para que el niño no sea llevado con oportunidad a un establecimiento de salud para su atención.

Es obvio, que podrían haber otros factores que no han sido incluidos en la presente investigación. Esto se deduce del hecho que el modelo presenta un grado de acierto del 68.10%, y por lo tanto un margen de error del 31.9%.

Conclusiones y Recomendaciones

1. *El estudio reveló que el 35.2% de los casos atendidos en los servicios de salud legan sin oportunidad; de estos, los que llegan con neumonía grave mas enfermedad muy grave y aquellos que presentan algún grado de desnutrición representan un mayor proporción (19.4% y 13.5%).*
2. La presencia de menores de 1 año fue más frecuente en los casos y las niña entre los controles, sin embargo la edad y el sexo no constituyeron factores de riesgo en el análisis del OR.
3. El CRED, la vacunación oportuna no resultaros factores de riesgo. En cuanto a vacunas específicas: APO, DPT y ASA. tampoco mostraron el nivel de protección para lo cual fueron elaboradas, con OR respectivos de 1.17 ($p>0.05$), 1.53 ($p>0.05$) y 1.14 ($p>0.05$). Sólo la BCG mostró una protección significativa, con OR=2.15 ($p<0.05$).
4. El nivel de instrucción *de la madre sin haber completado primaria constituye un factor de riesgo* para la atención oportuna del niño por enfermedades prevalentes. La exposición / no-exposición a este factor es

69% mayor en el grupo de niños llevados con oportunidad. (OR=1.69, $p<0.05$)

5. El hecho de que *el padre no alcanzara a terminar la primaria constituye un factor de riesgo* para la atención oportuna de la salud del menor, proporcionando también resultados similares, siendo el 63% (OR=1.63, $p>0.05$) mayor en los niños que fueron llevados sin oportunidad al establecimiento de salud.
6. El menor cuya *familia tuviera un ingreso de hasta 350 nuevos soles, constituye un factor de riesgo* de 60% más en los casos que en aquellos que acudieron oportunamente. (OR=1.60, $p>0.05$). La familia percibe que el no tener para cubrir gastos de hospitalización, exámenes auxiliares y parte de los medicamentos constituye una limitante asociada a la oportunidad de atención en el niño.
7. Las *familias con 3 ó más hijos constituyen un real factor de riesgo* para la atención oportuna del niño, siendo el 52% más en los casos (OR=1.52, $p>0.05$). El tiempo que le demanda la atención a los otros niños, así como la responsabilidad de dejarlos cuando ella acude a los servicios de salud se constituyen en un aspecto fundamentan asociado a la oportunidad de atención.
8. En el estudio se observó que *la no convivencia con su pareja influye para la búsqueda oportuna de atención* en los niños; siendo la razón exposición / no exposición 90% (OR=1.90, $p<.005$) mayor en los niños que fueron llevados sin oportunidad, convirtiéndose en *un factor de riesgo asociado a la oportunidad de atención*.
9. *El no contar con un establecimiento de salud cercano constituye un real factor de riesgo para la oportunidad de atención del niño*. En el estudio el 41.7% de los niños estudiados tiene un establecimiento de salud cercano a su domicilio. Al realizar el análisis revela que ésta es 91% más grande en los casos en relación de aquellos que llegaron sin oportunidad (OR=1.91, $p<0.05$). Sin duda alguna, mejorar acceso geográfico se constituye en un aspecto medular para que lo niños accedan con oportunidad.
10. *Niveles bajos de conocimientos sobre reconocimiento de signos de enfermedades prevalentes de la infancia constituye un factor de riesgo* para la oportunidad de atención en el menor de 5 años La exposición a este factor de riesgo implica una razón de disparidad de 2.12 (OR=2.12, $p<0.05$), es decir 112% más grande en el grupo de casos.
11. El análisis desgudado del nivel de conocimientos por patología revela que el *escaso nivel de conocimientos para el reconocimiento tanto de la deshidratación, otitis media aguda y la faringoamigdalitis constituyen reales factores de riesgo para la atención oportuna del niño*. El escaso trabajo de IEC en la población por parte del sector salud en estos aspectos estaría explicando esto. Por otra parte el MINSA ha priorizado el IEC en el reconocimiento de signos de peligro y de neumonía, esto estaría explicando que en el estudio no constituyen factores de riesgo relacionados con la oportunidad de atención.
12. *Factores confusores* (idiosincrasia, residencia=costa, sierra, etc) habrían condicionado para que *la actitud inadecuada no constituyera un real factor de riesgo* para la atención oportuna (OR=1.08, $p>0.05$), sin embargo un 36.8% de ellos tuvieron actitud inadecuada.
13. El análisis de regresión logística realizado confirmó que la falta de protección del niño contra la TBC meníngea (*vacuna BCG*), el *bajo nivel de conocimiento* sobre enfermedades prevalentes en el niño, el hecho que *la madre no tenga primaria completa* y que *no conviva con su pareja constituyen reales factores de riesgo para que el niño no sea llevado con*

oportunidad a un establecimiento de salud para su atención.

Victoria, C F..C. Barrios, J. Patricck. Epidemiología de las desigualdades OPS p 84 Bol 27. Lima Perú.

Referencias bibliográficas

Camino L. Creencias y prácticas relacionadas a la lactancia en tres sectores socioeconómicos de Lima: estudio exploratorio. En: Investigación en Salud. Concytec-OPS, 1996.

Díaz M et al. Algunos factores epidemiológicos y su influencia en al IRA en niños menores de 5 años. 1990. Trujillo, Perú.

Dirección Regional de Salud La Libertad. Reporte de Morbilidad y Mortalidad Oficina de Estadística e Informática. Trujillo, Perú.

DSLL-Dirección Regional de Salud La Libertad. encuesta CAP de satisfacción de usuario. Equipo IEC- DISA-LL, 1998. Trujillo, Perú.

INEI ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE INEI SALUD FAMILIAR 1,996. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Marin C, Segura L, Lescano A. et al. Evaluación de desarrollo psicomotor en niños de Lima metropolitana. En: Investigación en Salud. Concitec-OPS, 1996.

Ministerio de Salud. Lineamientos de política del sector salud MINSA, 1997. Lima Perú.

Polo Campos, F. Empoderamiento en familias jóvenes de Trujillo. Estudio fenomenológico, 1997 Trujillo, Perú.

Polo Campos, F. et al. evaluación de enfermedades prevalentes de la infancia dirección de salud la libertad, 1,995-1999. Dirección Regional de Salud La Libertad. Trujillo, Perú.

Soto L, B Cevallos. Automedicación en niños con IRA y su relación con factores maternos socioculturales y económicos. 1992. Trujillo, Perú.

UNICEF. Estado mundial de la Infancia 1998 p. 25-27-28-29.

ANEXOS

TABLA N° 2
CARACTERISTICAS DEL NIÑO ASOCIADAS A LA OPORTUNIDAD DE ATENCION
La Libertad 2000

FACTORES DE RIESGO	TOTAL		CONTROL		CASOS		OR	I.C. 95%
	Número	%	Número	%	Número	%		
EDAD	432		284					
< 1 año	198	45.8	121	42.6	77	52.0	1.46	(0.96-2.22)
1 a 4 años	234	54.2	163	57.4	71	48.0		
SEXO								
Femenino	219	50.7	147	51.8	72	48.6	0.88	(0.58-1.34)
Masculino	213	49.3	137	48.2	76	51.4		
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA								
No	75	17.4	46	16.2	29	19.6	1.27	(0.74-2.19)
Si	350	81.0	234	82.4	116	78.4		
No precisa	7	1.6	4	1.4	3	2.0		
CONTROL DE NIÑO SANO								
No controlado	281	65.0	179	63.0	102	68.9	1.50	(0.94-2.37)
Controlado	145	33.6	105	37.0	40	27.0		
No indicado	6	1.4	0	0.0	6	4.1		
ESTADO VACUNAL:								
No Vacunado en edad adec	269	62.3	175	61.6	94	63.5	1.10	(0.94-2.37)
Vacunado en edad adecuac	162	37.5	109	38.4	53	35.8		
No indicado	1	0.2	0	0.0	1	0.7		
BCG								
No controlado	71	16.4	36	12.7	35	23.6	2.15	(1.25-3.72)
Controlado	360	83.3	248	87.3	112	75.7		
No indicado	1	0.2	0	0.0	1	0.7		
APO								
No controlado	244	56.5	157	55.3	87	58.8	1.17	(0.77-1.79)
Controlado	187	43.3	127	44.7	60	40.5		
No indicado	1	0.2	0	0.0	1	0.7		
DPT								
No controlado	176	40.7	109	38.4	67	45.3	1.53	(0.99-2.37)
Controlado	234	54.2	167	58.8	67	45.3		
No indicado	22	5.1	8	2.8	14	9.5		
ASA								
No controlado	67	15.5	45	15.8	22	14.9	1.14	(0.59-2.18)
Controlado	163	37.7	114	40.1	49	33.1		
No indicado	202	46.8	125	44.0	77	52.0		

Fuente: Encuesta FAOAEPI/DIRES-La Libertad/Proy Vigía

TABLA N° 3
CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA ASOCIADAS A LA OPORTUNIDAD DE ATENCION
La Libertad 2000

FACTORES DE RIESGO	TOTAL		CONTROL		CASOS		OR	I.C. 95%
	Número	%	Número	%	Número	%		
LLEVO AL NIÑO								
Cuidadora/Otra Madre	23	5.3	16	5.6	7	4.7	0.83	(0.30-2.21)
Madre	409	94.7	268	94.4	141	95.3		
EDAD DE LA MADRE								
Menos de 20 años	39	9.0	20	7.0	19	12.8	1.95	(0.95-3.96)
Más de 20 años	384	88.9	258	90.8	126	85.1		
No precisa	9	2.1	6	2.1	3	2.0		
G. INSTRUCCIÓN								
Analf/Prim Incomp	147	34.0	85	29.9	62	41.9	1.69	(1.09-2.61)
Prim Comp/Sec/Sup	282	65.3	197	69.4	85	57.4		
No contesta	3	0.7	2	0.7	1	0.7		
OCUPACION								
Trabaja fuera casa	60	13.9	39	13.7	21	14.2	1.04	(0.56-1.91)
Trabaja en casa	372	86.1	245	86.3	127	85.8		
PERTENECE A ORGANIZACIÓN								
No	263	60.9	181	63.7	82	55.4	0.71	(0.46-1.08)
Si	169	39.1	103	36.3	66	44.6		
G. INSTRUCCIÓN DEL PADRE								
Analf/Prim Incomp	103	23.8	59	20.8	44	29.7	1.63	(1.00-2.64)
Prim Comp/Sec/Sup	312	72.2	214	75.4	98	66.2		
No precisa	17	3.9	11	3.9	6	4.1		
INGRESO MENSUAL								
Hasta 350 soles	287	66.4	181	63.7	106	71.6	1.60	(1.00-2.56)
Más de 350 soles	138	31.9	101	35.6	37	25.0		
No precisa	7	1.6	2	0.7	5	3.4		
PADRES VIVEN JUNTOS								
No	64	14.8	34	12.0	30	20.3	1.90	(1.07-3.37)
Si	366	84.7	250	88.0	116	78.4		
No precisa	2	0.5	0	0.0	2	1.4		
NUMERO DE HIJOS								
3 o más hijos	155	35.9	92	32.4	63	42.6	1.52	(0.99-2.35)
1 o 2 hijos	271	62.7	187	65.8	84	56.8		
No precisa	6	1.4	5	1.8	1	0.7		
CUENTA CON CUIDADORA								
Si	69	16.0	48	16.9	21	14.2	0.81	(0.45-1.46)
No	357	82.6	232	81.7	125	84.5		
No precisa	6	1.4	4	1.4	2	1.4		
G. INSTRUCCIÓN DE CUIDADORA								
Analf/Prim Incomp	19	27.5	11	22.9	8	38.1	3.64	(0.27-15.65)
Prim Comp/Sec/Sup	36	52.2	30	62.5	6	28.6		
No contesta	14	20.3	7	14.6	7	33.3		

Fuente: Encuesta FAOAEPI/DIRES-La Libertad/Proy Vigia

TABLA N° 4
FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD ASOCIADAS A LA
OPORTUNIDAD DE ATENCION
La Libertad 2000

FACTORES DE RIESGO	TOTAL		CONTROL		CASOS		OR	I.C. 95%
	Número	%	Número	%	Número	%		
CERCANIA A ESTABLECIMIENTO:								
TIEMPO DE TRASLADO								
Mas de 1 hora	98	22.7	55	19.4	43	29.1	1.78	(1.09-2.91)
Hasta 1 hora	325	75.2	226	79.6	99	66.9		
No precisa	9	2.1	3	1.1	6	4.1		
ESTABLECIMIENTO								
SOLUCIONA PROBLEMAS								
No	23	5.3	12	4.2	11	7.4	1.82	(0.73-4.55)
Si	409	94.7	272	95.8	137	92.6		
ESTABLECIMIENTO								
CERCANO								
Si	180	41.7	103	36.3	77	52.0	1.91	(1.25-2.92)
No	249	57.6	179	63.0	70	47.3		
No precisa	3	0.7	2	0.7	1	0.7		
CALIDAD DE	180		103		77			
SERVICIO								
Malo	67	37.2	38	36.9	29	37.7	1.03	(0.54-1.99)
Regular/bueno	113	62.8	65	63.1	48	62.3		

Fuente: Encuesta FAOAEPI/DIRES-La Libertad/Proy Vigia

TABLA N° 5
FACTORES RELACIONADOS CON EL CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA MADRE /
CUIDADORA ASOCIADOS A LA OPORTUNIDAD DE ATENCION
La Libertad 2000

FACTORES DE RIESGO	TOTAL		CONTROL		CASOS		OR	I.C. 95%
	Número	%	Número	%	Número	%		
CONOCIMIENTO								
DE ENFERMEDADES								
Bajo (0-6)	173	40.0	96	33.8	77	52.0		
Medio (7-13)	246	56.9	180	63.4	66	44.6	2.12	(1.39-3.25)
Alto (14-20)	13	3.0	8	2.8	5	3.4		
REC.NIÑO GRAVE								
Nulo (0)	46	10.6	32	11.3	14	9.5		
Medio (1-2)	363	84.0	235	82.7	128	86.5	0.82	(0.40-1.66)
Alto (3-4)	23	5.3	17	6.0	6	4.1		
REC. NEUMONIA								
Nulo (0)	50	11.6	30	10.6	20	13.5		
Medio (1)	243	56.3	159	56.0	84	56.8	1.32	(0.69-2.52)
Alto (2)	139	32.2	95	33.5	44	29.7		
REC.OTITIS AGUDA MEDIA								
Nulo (0)	220	50.9	127	44.7	93	62.8		
Medio (1)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2.09	(1.36-3.24)
Alto (2)	212	49.1	157	55.3	55	37.2		
Rec. faringoamigdalitis aguda purulenta								
Nulo (0)	175	40.5	104	36.6	71	48.0		
Medio (1)	245	56.7	172	60.6	73	49.3	1.60	(1.61-2.47)
Alto (2)	12	2.8	8	2.8	4	2.7		
REC. DESHIDRATACION								
Nulo (0)	65	15.0	34	12.0	31	20.9		
Medio (1-3)	316	73.1	218	76.8	98	66.2	1.95	(1.10-3.44)
Alto (4-6)	51	11.8	32	11.3	19	12.8		
REC. DESNUTRICION								
Nulo (0)	44	10.2	25	8.8	19	12.8		
Medio (1-2)	357	82.6	240	84.5	117	79.1	1.53	(0.77-3.00)
Alto (3-4)	31	7.2	19	6.7	12	8.1		
SECUENCIA DE ATENCION								
DEL NIÑO								
Inadecuada	159	48.4	103	53.9	56	37.8		
Adecuada	272	63.0	181	63.7	91	61.5	1.08	(0.70-1.67)
No informa	1	0.2	0	0.0	1	0.7		

Fuente: Encuesta FAOAEPI/DIRES-La Libertad/Proy Vigia