



ENDEMAIN-94

ECUADOR:
ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE
SALUD MATERNA E INFANTIL

INFORME GENERAL

Naciones Unidas

CDC
Centers for Disease
Control and
Prevention



Fondo de Población

CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACION
Y PATERNIDAD RESPONSABLE

Dr. Nelson G. Oviedo V.
DIRECTOR EJECUTIVO

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION

Econ. Catón Olmedo T. Director
Sra. Inés Herrera H. Investigador
Dr. Patricio Lozada D. Investigador
Ing. Rodolfo Carrasco O. Investigador (Muestrista)
Econ. Eduardo Sotomayor Investigador
Sr. Wilson Haro I. Asistente de Investigación

CENTRO DE COMPUTO

Tecg. Alicia Ruiz C.
Sr. Fernando Carlosama I.
Sr. Eduardo Argüello P.

CREDITOS EDITORIALES PARA PUBLICACION

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD MATERNA
E INFANTIL. ENDEMAIN-94

ELABORACION DEL INFORME:

Econ. Catón Olmedo T.
Sra. Inés Herrera H.
Dr. Arturo Pozo A.
Dra. Isabel Danel

ASESORIA:

Dr. Leo Morris
Dr. Paul Stupp

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Nelson G. Oviedo V.
Dr. Arturo Pozo A.
Econ. Catón Olmedo T.
Dr. Luis Revelo M.
Lcdo. Rodrigo Torres S.

Levantamiento de texto y diagramación
Centro de Computo del CEPAR

Impresión: Gráficas Aviles
Tiraje: 1000 ejemplares
Reproducción autorizada citando la fuente

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL ENDEMAIN-94

CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACION Y PATERNIDAD RESPONSABLE

PERSONAL DIRECTIVO

María Elena Yépez León	Presidenta del Comité Ejecutivo
Nelson G. Oviedo Valdivieso	Director Ejecutivo
Catón Olmedo Toledo	Director de Investigación
Oswaldo Cabezas Paredes	Director Administrativo
Luis Revelo Morán	Jefe de Capacitación
Rodrigo Torres Sarmiento	Jefe de Información
Arturo Pozo Avalos	Asesor Médico

PERSONAL TECNICO

Inés Herrera de Rivadeneira	Investigador Principal
Patricio Lozada Dávalos	Investigador
Rodolfo Carrasco Ocaña	Investigador
Eduardo Sotomayor Jara	Investigador
Wilson Haro	Asistente de Investigación
Alicia Ruiz C.	Analista Programador
Fernando Carlosama I.	Programador
Eduardo Argüello P.	Programador
Patricio Escobar L.	Técnico en Capacitación
María Fernanda Cedeño E.	Coordinador de Información
Rommel Andrade Ch.	Técnico Operador

PERSONAL ADMINISTRATIVO-FINANCIERO

Alberto Lima C.	Contador General
Camilo Amores S	Asistente Administrativo
Dolly Díaz D.	Contador Junior
Margarita Solis C.	Secretaria Ejecutiva
Elena Aviles Ch.	Secretaria
Pedro Velasco V.	Auxiliar de Servicios
Franklin Cañar	Auxiliar de Servicios
Alfonso Barros P.	Auxiliar de Servicios

CENTRO PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES ATLANTA, GEORGIA

Leo Morris
Paul Stupp
Isabela Danel
Robert Schwartz
Mary Goodwin

NOMINA DEL PERSONAL DE LA ENDEMAIN-94

DIRECCION DE LA ENCUESTA

José Ordóñez S.
Catón Olmedo T.

DISEÑO MUESTRAL

Paul Stupp
Rodolfo Carrasco O.

CAPACITADORES

Nelson Oviedo V.
José Ordóñez S.
Catón Olmedo T.
Inés Herrera H.
Patricio Lozada D.
Alicia Ruiz C.
Eduardo Sotomayor J.
Isabel Dane
Mery Goodwin

COORDINACION GENERAL DEL OPERATIVO DE CAMPO

Rodolfo Carrasco O.
Eduardo Sotomayor J.
Wilson Haro I.

COORDINACION DEL INGRESO DE DATOS

Fernando Carlosama I.

COORDINACION DE EMISION DE REPORTES

Alicia Ruiz C.

COORDINACION DE LEVANTAMIENTO DE TEXTO

Eduardo Argüello P.

COORDINADORES DE CAMPO

Fernando Armas
Richard Gamez
Alcibiades Jiménez

Ernesto Moreira
Plutarco Sánchez

SUPERVISORAS DE CAMPO

Laura Anchaluisa
Mariana Andrade
Catalina Arias
Soraya Barreto
Patricia Bravo
Isaid Díaz

Cecibel Gordillo
Jaquelín Hurtado
Paulina Jarrín
Gloria López
Silvia Núñez
Elsa Yaulema

ENTREVISTADORAS

Esperanza Aguirre
Rita Aizaga
Narcisa Angos
María Arce
Carmen Armas
Blanca Astudillo
Zoila Avilés
Sandra Ayala
Susana Bermejo
María Bone
Tatiana Cando
Nelly Cárdenas
Bibiana Cruz
Mayi Cusme
Silvana Chiluisa
Bertha Chimbo
Yolanda Chuchuca
Ligia Dután
Marcela Franco
Susana Garcés
Rosa Gavilánez
Amparo Guerra
Juanita Herrera
Eurídice Hualca
Estrella Intriago

Soraya Jordán
Lorena Ladino
Edith Medina
Laura Mejía
Maribel Mieles
Glenda Mora
Lourdes Naranjo
Myriam Navas
Carmen Orozco
Mónica Palacios
Ximena Palacios
Laura Piedra
María Pino
Cecilia Ponce
Gloria Quintuña
Germania Revelo
Marina Rizzo
Hilda Sagñay
Adriana Sánchez
María Sánchez
Teresa Solís
Cecilia Tapia
Patricia Verduga
Elva Vidal
Mónica Zurita

CHOFERES

Edwin Acurio
Moisés Becerra
Luciano Campozano
Pablo Campozano
Francisco Escobar
Jorge López

Edwin Llerena
Pascual Mantilla
Hugo Pazmiño
Jhon Pintado
Reinaldo Simbaña
Fernando Villavicencio

CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACION
Y PATERNIDAD RESPONSABLE

Dr. Nelson G. Oviedo V.
DIRECTOR EJECUTIVO

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION

Econ. Catón Olmedo T. Director
Sra. Inés Herrera H. Investigador
Dr. Patricio Lozada D. Investigador
Ing. Rodolfo Carrasco O. Investigador (Muestrista)
Econ. Eduardo Sotomayor Investigador
Sr. Wilson Haro I. Asistente de Investigación

CENTRO DE COMPUTO

Tecg. Alicia Ruiz C.
Sr. Fernando Carlosama I.
Sr. Eduardo Argüello P.

CREDITOS EDITORIALES PARA PUBLICACION

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD MATERNA
E INFANTIL. ENDEMAIN-94

ELABORACION DEL INFORME:

Econ. Catón Olmedo T.
Sra. Inés Herrera H.
Dr. Arturo Pozo A.
Dra. Isabel Danel

ASESORIA:

Dr. Leo Morris
Dr. Paul Stupp

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Nelson G. Oviedo V.
Dr. Arturo Pozo A.
Econ. Catón Olmedo T.
Dr. Luis Revelo M.
Lcdo. Rodrigo Torres S.

Levantamiento de texto y diagramación
Centro de Computo del CEPAR

Impresión: Gráficas Aviles
Tiraje: 1000 ejemplares
Reproducción autorizada citando la fuente

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL ENDEMAIN-94

CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACION Y PATERNIDAD RESPONSABLE

PERSONAL DIRECTIVO

María Elena Yépez León	Presidenta del Comité Ejecutivo
Nelson G. Oviedo Valdivieso	Director Ejecutivo
Catón Olmedo Toledo	Director de Investigación
Oswaldo Cabezas Paredes	Director Administrativo
Luis Revelo Morán	Jefe de Capacitación
Rodrigo Torres Sarmiento	Jefe de Información
Arturo Pozo Avalos	Asesor Médico

PERSONAL TECNICO

Inés Herrera de Rivadeneira	Investigador Principal
Patricio Lozada Dávalos	Investigador
Rodolfo Carrasco Ocaña	Investigador
Eduardo Sotomayor Jara	Investigador
Wilson Haro	Asistente de Investigación
Alicia Ruiz C.	Analista Programador
Fernando Carlosama I.	Programador
Eduardo Argüello P.	Programador
Patricio Escobar L.	Técnico en Capacitación
María Fernanda Cedeño E.	Coordinador de Información
Rommel Andrade Ch.	Técnico Operador

PERSONAL ADMINISTRATIVO-FINANCIERO

Alberto Lima C.	Contador General
Camilo Amores S	Asistente Administrativo
Dolly Díaz D.	Contador Junior
Margarita Solis C.	Secretaria Ejecutiva
Elena Aviles Ch.	Secretaria
Pedro Velasco V.	Auxiliar de Servicios
Franklin Cañar	Auxiliar de Servicios
Alfonso Barros P.	Auxiliar de Servicios

CENTRO PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES ATLANTA, GEORGIA

Leo Morris
Paul Stupp
Isabela Danel
Robert Schwartz
Mary Goodwin

NOMINA DEL PERSONAL DE LA ENDEMAIN-94

DIRECCION DE LA ENCUESTA

José Ordóñez S.
Catón Olmedo T.

DISEÑO MUESTRAL

Paul Stupp
Rodolfo Carrasco O.

CAPACITADORES

Nelson Oviedo V.
José Ordóñez S.
Catón Olmedo T.
Inés Herrera H.
Patricio Lozada D.
Alicia Ruiz C.
Eduardo Sotomayor J.
Isabel Dane
Mery Goodwin

COORDINACION GENERAL DEL OPERATIVO DE CAMPO

Rodolfo Carrasco O.
Eduardo Sotomayor J.
Wilson Haro I.

COORDINACION DEL INGRESO DE DATOS

Fernando Carlosama I.

COORDINACION DE EMISION DE REPORTES

Alicia Ruiz C.

COORDINACION DE LEVANTAMIENTO DE TEXTO

Eduardo Argüello P.

COORDINADORES DE CAMPO

Fernando Armas
Richard Gamez
Alcibiades Jiménez

Ernesto Moreira
Plutarco Sánchez

SUPERVISORAS DE CAMPO

Laura Anchaluisa
Mariana Andrade
Catalina Arias
Soraya Barreto
Patricia Bravo
Isaid Díaz

Cecibel Gordillo
Jaquelín Hurtado
Paulina Jarrín
Gloria López
Silvia Núñez
Elsa Yaulema

ENTREVISTADORAS

Esperanza Aguirre
Rita Aizaga
Narcisa Angos
María Arce
Carmen Armas
Blanca Astudillo
Zoila Avilés
Sandra Ayala
Susana Bermejo
María Bone
Tatiana Cando
Nelly Cárdenas
Bibiana Cruz
Mayi Cusme
Silvana Chiluisa
Bertha Chimbo
Yolanda Chuchuca
Ligia Dután
Marcela Franco
Susana Garcés
Rosa Gavilánez
Amparo Guerra
Juanita Herrera
Eurídice Hualca
Estrella Intriago

Soraya Jordán
Lorena Ladino
Edith Medina
Laura Mejía
Maribel Mieles
Glenda Mora
Lourdes Naranjo
Myriam Navas
Carmen Orozco
Mónica Palacios
Ximena Palacios
Laura Piedra
María Pino
Cecilia Ponce
Gloria Quintuña
Germania Revelo
Marina Rizzo
Hilda Sagñay
Adriana Sánchez
María Sánchez
Teresa Solís
Cecilia Tapia
Patricia Verduga
Elva Vidal
Mónica Zurita

CHOFERES

Edwin Acurio
Moisés Becerra
Luciano Campozano
Pablo Campozano
Francisco Escobar
Jorge López

Edwin Llerena
Pascual Mantilla
Hugo Pazmiño
Jhon Pintado
Reinaldo Simbaña
Fernando Villavicencio

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.

PRESENTACION.

RESUMEN EJECUTIVO.

1.	ASPECTOS METODOLOGICOS Y ORGANIZACION DE LA ENCUESTA	1
1.1	Introducción.....	1
1.2	Objetivos y organización de la encuesta	1
1.3	Universo de estudio	2
1.4	Niveles de inferencia	2
1.5	Instrumentos utilizados	3
1.5.1	Cuestionario del hogar.....	3
1.5.2	Cuestionario individual.....	3
1.5.3	Formularios auxiliares	4
1.5.3.1	Formulario A.1.....	4
1.5.3.2	Formulario A.2.....	4
1.5.4	Manuales.....	4
1.5.4.1	Manual del actualizador cartográfico	4
1.5.4.2	Manual de la entrevistadora.....	4
1.5.4.3	Manual de la supervisora.....	5
1.6	Diseño muestral	6
1.6.1	Marco muestral	6
1.6.2	Tipo de muestreo	6
1.6.3	Tamaño de la muestra	6
1.6.4	Distribución de la muestra	6
1.6.5	Probabilidades y proceso de selección	7
1.7	Rendimiento de la muestra	8
1.8	Aspectos operativos de la encuesta	14
1.8.1	Capacitación del personal de campo	15
1.8.1.1	Capacitación de actualizadores	15
1.8.1.2	Capacitación de coordinadores, supervisoras y entrevistadoras.....	15
1.8.2	Operativo de campo.....	16
1.8.2.1	Levantamiento de la información región centro-norte	16
1.8.2.2	Levantamiento de la información región costa.....	17
1.8.2.3	Levantamiento de la información en el austro	17
1.8.3	Procesamiento de datos	17
2.	CARACTERISTICAS GENERALES DEL PAIS	19
2.1	Aspectos Geográficos	19
2.2	Dinámica poblacional.....	20
2.3	Proceso de urbanización	21
2.4	Aspectos económicos y sociales	21
2.5	Política Nacional de Población	22
2.5.1	Plan de acción en población.....	23
	DATOS BASICOS DEL ECUADOR	24

3.	CARACTERISTICAS DE: VIVIENDA, MUJERES EN EDAD FERTIL (MEF) Y NACIDOS VIVOS EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA (JUNIO 1989 A MAYO 1994)	25
3.0	Resultado de las entrevistas.....	25
3.1	Características Generales de las viviendas	26
3.1.1	Tipo	26
3.1.2	Tenencia	28
3.1.3	Infraestructura y equipamiento	28
3.1.3.1	Abastecimiento de agua	30
3.1.3.2	Servicio Sanitario	30
3.1.3.3	Combustible para cocinar	31
3.1.3.4	Disponibilidad de bienes y medios de transporte.....	31
3.1.4	Hacinamiento	33
3.2	Características de las mujeres en edad fértil	34
3.3	Características de los nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta (junio de 1989 a mayo de 1994)	40
4.	FECUNDIDAD.....	43
4.1	Fecundidad Actual	43
4.1.1	Niveles.....	43
4.1.2	Diferenciales	45
4.2	Tendencias.....	46
4.3	Fecundidad Acumulada	49
4.4	Edad de la madre al nacimiento del primer hijo	51
5.	REGULACION DE LA FECUNDIDAD	55
5.1	Conocimiento sobre planificación familiar	55
5.1.1	Conocimiento de métodos anticonceptivos	55
5.1.2	Conocimiento del período fértil	59
5.2	Uso de métodos anticonceptivos.....	59
5.2.1	Tendencia de uso	59
5.2.2	Prevalencia de uso actual.....	64
5.2.3	Diferenciales	66
5.2.4	Características al inicio del uso	68
5.2.5	Fuente de suministros.....	70
5.2.6	Tiempo para llegar a la fuente	72
5.2.7	Razones para uso actual	72
5.2.8	Esterilización femenina	74
5.3	Mujeres que no usan anticonceptivos	77
5.3.1	Razones de no uso	77
5.3.2	Discontinuación	79
5.3.3	Intenciones de uso futuro	79
5.3.4	Necesidad de servicios de planificación familiar	85
5.4	Comunicación sobre planificación familiar	85
5.5	Demanda de esterilización femenina	88
6.	NUPCIALIDAD Y EXPOSICION AL RIESGO DE EMBARAZO	91
6.1	Estado conyugal actual.....	91
6.2	Edad a la primera unión conyugal	95

6.3	6.2.1 Edad mediana a la primera unión	96
6.4	Edad a la primera relación sexual.	98
6.5	Actividad sexual reciente	100
	Infertilidad postparto	101
7.	PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS.....	105
7.1	Deseo del actual o último embarazo	105
7.2	Deseo de más hijos	107
7.3	Número ideal y actual de hijos.....	109
7.4	Planificación de la Fecundidad	111
8.	ADULTAS JOVENES (MUJERES DE 15 A 24 AÑOS).....	115
8.1	Fecundidad de adolescentes	115
8.1.1	Fecundidad de adultas jóvenes (15-24 años)	116
8.2	Preferencias reproductivas de adultas jóvenes.....	118
8.2.1	Deseo de hijos	119
8.2.2	Promedio ideal de hijos.....	119
8.3	Concepciones premaritales	120
8.4	Primera experiencia sexual y uso de anticonceptivos.....	122
8.5	Actividad sexual	126
9.	MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ	129
9.1	Niveles y tendencias	129
9.2	Diferenciales	133
10.	MORTALIDAD MATERNA.....	139
10.1	La mortalidad materna nacional	139
10.2	Lugar de la muerte materna	142
10.3	La mortalidad materna en la costa y en la sierra.....	143
11.	SALUD DE LA MADRE.....	145
11.1	Atención prenatal, asistencia del parto y control postparto.....	145
11.1.1	Atención prenatal	145
11.1.2	Vacuna antitetánica durante el embarazo	150
11.1.3	Lugar de ocurrencia del parto.....	152
11.1.4	Tipo de asistencia durante el parto	155
11.1.5	Tipo de parto	156
11.1.6	Control postparto.....	158
11.2	Morbilidad materna	160
11.2.1	Resultados de los embarazos	161
11.2.2	Resultados perinatales	163
11.2.3	Prevalencia, complicaciones y tratamiento de los abortos	165
11.2.4	Morbilidad antenatal.....	168
11.2.5	Tipo de parto y tasa de episiotomía.....	171
11.2.6	Morbilidad durante el parto	172
11.2.7	Morbilidad del postparto.....	178
11.3	Detección oportuna del cáncer cérvico-uterino	182

12.	SALUD INFANTIL Y DE LA NIÑEZ	185
12.1	Peso del niño al nacer	185
12.2	Control médico del niño	191
12.3	Prevalencia y tratamiento de la diarrea	192
12.3.1	Prevalencia de diarrea	193
12.3.2	Tratamiento de la diarrea.....	197
12.3.3	Alimentación de los niños con diarrea.....	201
12.4	Infección respiratoria aguda (I.R.A.).....	205
12.4.1	Prevalencia de infección respiratoria aguda	205
12.4.2	Tratamiento de la infección respiratoria aguda	210
12.5	Control y registro del desarrollo del niño	213
12.6	Inmunización de niños menores de cinco años	216
12.6.1	Niveles y cobertura de inmunizaciones	217
13.	LACTANCIA MATERNA	225
13.1	Inicio de la lactancia.....	225
13.2	Duración promedio de lactancia	227
13.3	Lactancia y alimentación complementaria.....	230
13.4	Promoción de la lactancia materna	232
14.	ASISTENCIA ESCOLAR DE LOS NIÑOS	235
14.1	Características generales de los niños de 6 a 14 años de edad.	236
14.2	Niveles y grado de instrucción aprobados.....	237
14.3	Asistencia escolar	239
14.4	Abandono escolar.	242
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	245
ANEXO A:	Precisión de los resultados(errores muestrales)	
ANEXO B:	Cálculo de los pesos en los estratos seleccionados	
ANEXO C:	Crítica y procesamiento de los datos	
ANEXO D:	Indice de niveles socioeconómico	
ANEXO E:	Cuestionarios (hogar e individual)	

LISTADO DE CUADROS

CAPITULO 1

Cuadro		Página
1.1	Distribución de las unidades primarias de muestreo por área, según dominios	7
1.2	Distribución porcentual de hogares y mujeres elegibles por dominios, según resultado de las entrevistas y tasa de respuesta	9
1.2	Región Sierra (continuación).....	10
1.2	Región Costa (continuación).....	11
1.2	Provincias de la Sierra (continuación).....	12
1.2	Provincias de la Sierra (continuación).....	13
1.2	Provincias de la Costa (continuación).....	14

CAPITULO 2

Datos básicos del Ecuador.....	24
--------------------------------	----

CAPITULO 3

3.1	Resultado de las visitas y entrevistas, por área y región. Distribución porcentual.....	25
3.2	Características de las viviendas, por dominios de estudio.....	27
3.3	Servicios básicos de las viviendas por provincias.....	29
3.4	Disponibilidad de bienes duraderos y de transporte, por dominios de estudio.....	32
3.5	Promedio de personas por hogar y dormitorio, según dominios.....	34
3.6	Características de las mujeres entrevistadas, según las encuestas ENDEMAIN-89 y ENDEMAIN-94	35
3.7	Características de mujeres de 15 a 49 años de edad, por dominios de estudio	37
3.8	Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años, según nivel de instrucción. Varias encuestas.....	39
3.9	Características de mujeres de 15-49 años de edad y nacidos vivos	40
3.10	Nacidos vivos, por área de residencia, según características	41

CAPITULO 4

4.1	Tasas específicas y tasas acumuladas de fecundidad para los cinco años que precedieron a la encuesta, por área de residencia. ENDEMAIN-94.....	44
4.2	Tasas específicas de fecundidad para el período 1989-1994, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	45
4.3	Evolución de las tasas específicas de fecundidad por edad (por 1000 mujeres) y tasa global de fecundidad, según varias fuentes y períodos.....	47
4.4	Tasas específicas de fecundidad por edad (por 1000 mujeres) y tasa global de fecundidad de algunos países seleccionados	48
4.5	Tasa global de fecundidad por período, según características seleccionadas, mujeres de 15 a 49 años de edad, ENDESA-87 y ENDEMAIN-94.....	49
4.6	Distribución porcentual de todas las mujeres y de mujeres unidas, por edad según número de hijos tenidos	50
4.7	Distribución porcentual de MEF por edad al primer nacimiento, según edad actual. ENDEMAIN-94	51
4.8	Distribución porcentual acumulada, de MEF por edad al primer nacimiento, según edad actual, ENDEMAIN-94	52
4.9	Edad mediana al primer nacimiento entre las mujeres de 15-49 años, por edad actual, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94.....	53

CAPITULO 5

	Cuadro	Página
5.1	Porcentaje de mujeres en unión que conocen algún método, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	56
5.2	Porcentaje de conocimientos de métodos anticonceptivos de todas las mujeres, según dominio de estudio. ENDEMAIN-94	58
5.3	Distribución porcentual de todas las mujeres y de las que han usado alguna vez abstinencia periódica, según conocimiento del período fértil. ENDEMAIN-94	59
5.4	Tendencia de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos de mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años de edad, según características seleccionadas. Porcentajes	60
5.5	Tendencia de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos de mujeres en unión de 15 a 49 años de edad, según método utilizado. Distribución porcentual	61
5.6	Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos de mujeres en unión de 15 a 49 años de edad en países seleccionados, según métodos	62
5.7	Uso actual de anticonceptivos, según método, por estado civil: mujeres de 15-49 años de edad. ENDEMAIN-94	63
5.8	Uso actual de métodos anticonceptivos, por dominios de estudio, según uso y método: mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años de edad. Distribución porcentual	65
5.9	Uso actual de métodos anticonceptivos de mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años de edad, por método, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	67
5.10	Número promedio de hijos vivos, edad promedio al primer uso y año promedio desde la primera unión hasta el primer uso de anticonceptivos, por características seleccionadas: mujeres de 15-49 años de edad que alguna vez han usado anticonceptivos.....	69
5.11	Fuente de obtención de anticonceptivos modernos, según dominios de estudio y método: mujeres que usan anticonceptivos de 15 a 49 años de edad. Distribución porcentual.....	71
5.12	Tiempo promedio (en minutos) a la fuente de anticonceptivos, por método, según dominio de estudio. Mujeres casadas/unidas de 15-49 años de edad. ENDEMAIN-94	72
5.13	Razón para usar anticonceptivos, según características seleccionadas: mujeres que usan anticonceptivos de 15 a 49 años de edad. ENDEMAIN-94.....	73
5.14	Porcentaje de mujeres casadas entre 15 a 49 años de edad que están esterilizadas, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	75
5.15	Porcentaje de mujeres casadas/unidas esterilizadas que reportan satisfacción con el método, según características seleccionadas	76
5.16	Razón para no usar anticonceptivos, por área y región: mujeres casadas/unidas que no usan anticonceptivos de 15 a 49 años de edad. Distribución porcentual. ENDEMAIN-94	78
5.17	Distribución porcentual de usuarias de métodos anticonceptivos, por razón para dejar de usar el último método utilizado, por método específico. ENDEMAIN-94.....	79
5.18	Deseo de uso actual o futuro de anticonceptivos y conocimiento del lugar de obtención, según características seleccionadas: mujeres que no usan anticonceptivos de 15 a 49 años de edad. ENDEMAIN-94	80
5.19	Método preferido para uso actual o futuro y lugar al que acudiría para obtenerlo, por área y región mujeres casadas/unidas que no usan anticonceptivos de 15 a 49 años de edad y que desean usar ahora o en el futuro. Distribución porcentual. ENDEMAIN-94	82
5.20	Población blanco no cubierta con servicios de Planificación Familiar, de acuerdo con el criterio de necesidad de servicios, por dominios de estudio, según características seleccionadas: mujeres de 15 a 49 años de edad. ENDEMAIN-94.....	83

Cuadro	Página
5.21 Distribución porcentual de MEF que vieron o escucharon mensajes de Planificación Familiar (en los últimos 6 meses) según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	86
5.22 Porcentaje de mujeres que vió o escuchó mensajes de Planificación Familiar en los seis meses anteriores a la encuesta, por medios según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	87
5.23 Porcentaje de MEF casadas/unidas interesadas en hacerse esterilizar, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	89

CAPITULO 6

6.1 Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años, según estado civil o conyugal y porcentaje en unión según edad, comparación con otras encuestas	92
6.2 Distribución porcentual de mujeres por estado civil o conyugal actual, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	94
6.3 Porcentaje de mujeres unidas antes de edades exactas y mediana de la edad a la primera unión, de acuerdo a la edad actual. ENDEMAIN-94	95
6.4 Edad mediana a la primera unión, según características. ENDEMAIN-89 y 94	97
6.5 Edad mediana a la primera unión, según algunos países	97
6.6 Porcentaje de mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15, 18, 22 y 25 años y edad mediana a la primera relación, según edad actual. ENDEMAIN-94	98
6.7 Distribución porcentual de las MEF, por estado civil o conyugal, según actividad sexual reciente	100
6.8 Promedio en meses de la amenorrea, abstinencia y no susceptibilidad postparto de mujeres unidas, según características. ENDEMAIN-94	102

CAPITULO 7

7.1 Distribucion porcentual de MEF casadas o unidas, en los últimos cinco años, por deseo del último embarazo, según características seleccionadas	106
7.2 Deseo actual de hijos, según características seleccionadas: mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años de edad. Distribución porcentual.....	108
7.3 Distribución porcentual de mujeres entrevistadas por número de hijos sobrevivientes, según número y promedio ideal de hijos. ENDEMAIN-94	109
7.4 Promedio ideal de hijos, por número de hijos sobrevivientes, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	110
7.5 Tasa de fecundidad específica y global en los últimos 5 años, por fecundidad deseada, no deseada y observada, según edad.....	112
7.6 Tasas globales de fecundidad, deseada, no deseada y observada, según características	113

CAPITULO 8

8.1 Distribución porcentual de adolescentes (15-19 años), según características. ENDEMAIN-94	116
8.2 Distribución porcentual de adultas jóvenes de 15 a 24 años por número de hijos y promedio de hijos, según características.....	117
8.3 Deseo de hijos y promedio ideal de hijos de adultas jóvenes (15-24 años) según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	118
8.4 Porcentaje de hijos que fueron concebidos premaritalmente de mujeres alguna vez embarazadas de 15-24 años, según características seleccionadas	121
8.5 Porcentaje de mujeres de 15-24 años de edad por experiencia sexual declarada, según características seleccionadas	123

Cuadro	Página
8.6 Distribución porcentual de mujeres de 15-24 años que tuvieron relaciones sexuales, por edad a la primera relación, según residencia e intrucción.....	124
8.7 Porcentaje de mujeres de 15-24 años de edad, que usan métodos anticonceptivos en la primera relación, por estado civil, según edad.....	125
8.8 Porcentaje de mujeres de 15-24 años de edad, activas sexualmente, que tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior a la encuesta y usaron anticonceptivos, según estado civil.....	126
8.9 Distribución porcentual de mujeres de 15-24 años de edad, que han tenido relaciones en el último mes, por estado civil, según frecuencia de relaciones sexuales.....	127

CAPITULO 9

9.1 Tasas de mortalidad infantil y de la niñez, según varias encuestas	130
9.2 Tasas de mortalidad infantil y en la niñez, según características seleccionadas: Junio de 1989 a mayo de 1994.....	131
9.3 Tasas de mortalidad infantil y en la niñez, según región y provincias: Junio de 1984 a mayo de 1994.....	132
9.4 Tasas de mortalidad infantil y en la niñez para el período de 5 años anteriores a la encuesta, por características seleccionadas. ENDEMAIN-94	134
9.5 Mortalidad infantil neonatal (temprana y tardía) para el período de 5 años anteriores a la encuesta por características seleccionadas. ENDEMAIN-94	135

CAPITULO 10

10.1 Mortalidad materna nacional en los catorce años anteriores a la encuesta (1981-1994), estimada usando información de la supervivencia de las hermanas de las entrevistadas	140
10.2 Mortalidad materna nacional en dos períodos anteriores a la encuesta, estimada usando información de la supervivencia de las hermanas de las entrevistadas. (1981-1994).....	141
10.3 Mortalidad materna por regiones en los catorce años anteriores a la encuesta (1981-1994), estimada usando información de la supervivencia de las hermanas de las entrevistadas	144

CUADRO 11

11.1 Atención prenatal y lugar de atención según características.....	146
11.2 Atención prenatal por número de controles y trimestre del primer control, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	148
11.3 Distribución porcentual de nacimientos en los pasados cinco años, por vacuna antitetánico durante el embarazo, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	151
11.4 Lugar de atención del parto, según características. ENDEMAIN-94.....	153
11.5 Tipo de asistencia profesional del parto, según características. ENDEMAIN-94	155
11.6 Tipo de parto, según características. ENDEMAIN-94.....	157
11.7 Control postparto, por residencia y nivel de instrucción, según características ENDEMAIN-94	159
11.8 Resultado del último embarazo, por dominios de estudio: mujeres cuyo último embarazo terminó a partir de enero de 1992.....	162
11.9 Resultados perinatales, por dominios de estudio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992, fue viable.....	164

Cuadro	Página
11.10 Tipo de aborto y si recibieron atención, por dominios de estudio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992 resultó en aborto.....	166
11.11 Síntomas, complicaciones y tratamientos de los abortos, por dominios de estudio.....	167
11.12 Algunas morbilidades antenatales, por dominios de estudio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992 fue viable.....	169
11.13 Resultados perinatales, por algunas morbilidades antenatales: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992 fue viable.....	170
11.14 Tipo de parto, por dominios de estudio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992 fue viable.....	172
11.15 Algunas morbilidades durante el parto, por dominios de estudio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992 fue viable	173
11.16 Tratamiento recibido durante el parto y el puerperio, por dominios de estudio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992, fue viable	175
11.17 Tratamiento recibido durante el parto o el puerperio por morbilidades intrapartos: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992 fue viable solamente partos hospitalarios.....	176
11.18 Resultados perinatales, por algunas morbilidades durante el parto y el puerperio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992, fue viable	177
11.19 Algunas morbilidades del puerperio, por dominios de estudio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992, fue viable.....	179
11.20 Porcentaje de mujeres que recibieron tratamiento, para algunas morbilidades del puerperio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992 fue viable y reportaron una morbilidad	181
11.21 Examen de detección oportuna del cancer, por tiempo y lugar en el que realizó el control y resultados del examen, según características. ENDEMAIN-94	183

CAPITULO 12

12.1 Porcentaje que reportó peso al nacer y prevalencia de bajo peso por edad gestacional, según características del embarazo y parto	186
12.2 Control del niño sano, por residencia y nivel de instrucción, según características, distribución porcentual de hijos nacidos vivos durante el período junio 1989 a mayo de 1994	190
12.3 Porcentaje de niños menores de cinco años que presentaron diarrea en las dos semanas anteriores a la fecha de la entrevista, por tipo de diarrea y signos de deshidratación, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	194
12.4 Porcentaje de niños menores de cinco años que presentaron diarrea en las dos semanas anteriores a la entrevista, por tipo de diarrea y signos de deshidratación según características del niño	196
12.5 Porcentaje de niños menores de cinco años que tuvieron diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta por tipo de tratamiento recibido, según lugar de residencia y nivel de instrucción de la madre. ENDEMAIN-94.....	198
12.6 Porcentaje de niños menores de cinco años que presentaron diarrea, anteriores a la entrevista, por tipo de tratamiento recibido, según característica del niño	200
12.7 Alimentación con líquidos para niños con diarrea, por cambio en la cantidad de líquidos según características. ENDEMAIN-94	202
12.8 Alimentación con comida sólida para niños con diarrea, por cambio en la cantidad de líquidos, según características. ENDEMAIN-94.....	204
12.9 Porcentaje de los niños menores de 5 años, que presentaron infecciones respiratorias agudas (I.R.A.), en las dos semanas anteriores a la entrevista, por presencia y gravedad de las infecciones, según características seleccionadas	206

Cuadro	Página
12.10 Porcentaje de niños menores de 5 años que tuvieron enfermedades respiratorias, por tipo de tratamiento recibido, según características seleccionadas.....	211
12.11 Porcentaje de niños que disponían de carnet por tipo de registros, según características	214
12.12 Porcentaje de niños menores de cinco años que recibieron inmunizaciones completas por tipo de vacuna, según características.....	218
12.13 Esquema completo de inmunización para las cuatro vacunas, por edad del niño, según características de la madre. ENDEMAIN-94.....	224

CAPITULO 13

13.1 Porcentaje de niños nacidos vivos en los últimos cinco años que han recibido lactancia y distribución de últimos nacimientos, por tiempo al inicio de la lactancia según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	226
13.2 Duración promedio de lactancia materna y porcentaje de consejería, según dominios de estudio	228
13.3 Tipo de alimentación que reciben actualmente, niños sobrevivientes que nacieron en los 5 años previos a la encuesta, según edad del niño.....	230
13.4 Distribución porcentual de madres con hijos menores de cinco años, por tipo de consejería en lactancia, según características seleccionadas	233

CAPITULO 14

14.1 Distribución porcentual de las características de los niños en edad escolar (6-14 años) al inicio del año escolar 1993-1994, por área y región	236
14.2 Niños en edad escolar, por año aprobado, al finalizar el período escolar 1993-1994, según edad	238
14.3 Distribución porcentual de asistencia escolar, año 1993-1994, por tipo de asistencia, según características del niño.....	240
14.4 Porcentaje de niños en edad escolar que no asistió o atrasados 2 grados o más por nivel de instrucción de la madre, según características	242

LISTADO DE GRAFICOS

CAPITULO 3

Gráfico		Página
3.1	Tipo de tenencia de la vivienda por dominio de estudio	28
3.2	Disponibilidad de tipo de servicio higiénico, por área	30
3.3	Disponibilidad de bienes duraderos, por área.....	33
3.4	Estructura de mujeres y nacidos vivos, por nivel de instrucción.....	42

CAPITULO 4

4.1	Evolución de las tasas globales de fecundidad. 1965-1994	46
4.2	Promedio de hijos, según grupos de edad.....	51

CAPITULO 5

5.1	Porcentaje de mujeres que conocen algún método, según área.....	55
5.2	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, según varias fuentes.....	60

CAPITULO 6

6.1	Estado civil o conyugal, por edad actual	92
6.2	Edad mediana a la primera unión y relación sexual, por instrucción y región	99
6.3	Mujeres que han tenido relación sexuales antes de los 15 años, por nivel de instrucción	100
6.4	Amenorea postparto, por nivel de instrucción completa	103
6.5	No susceptibilidad de embarazo, por región, según área y seis dominios de estudio	104

CAPITULO 7

7.1	Tasas globales de fecundidad, deseada y observada	112
-----	---	-----

CAPITULO 8

8.1	Promedio ideal de hijos, por número de hijos tenidos	120
8.2	Concepciones premaritales, por nivel de instrucción y edad.....	121
8.3	Adultas jóvenes (15-24 años), por edad a la primera relación.....	124
8.4	Mujeres de 15 a 24 años de edad que usan anticonceptivos en su primera relación, por tipo de método.....	126
8.5	Distribución de adultas jóvenes (15-24 años) activas sexualmente, por frecuencia de relación sexual	127

CAPITULO 10

10.1	Lugar de las muertes maternas. Ecuador 1981-1994	142
10.2	Lugar de las muertes maternas Sierra y Costa. 1981-1994	143

CAPITULO 11

11.1	Atención prenatal, por nivel de instrucción y nivel socioeconómico de la vivienda	145
11.2	Controles prenatales, según nivel de instrucción.....	149
11.3	Trimestres en que se realizan el primer control prenatal, según nivel de instrucción	150

Gráfico		Página
11.4	Atención profesional y no profesional del parto, según lugar de residencia	152
11.5	Tipo de atención del parto, según nivel de instrucción	154
CAPITULO 12		
12.1	Niveles y cobertura de inmunizaciones.....	217
CAPITULO 13		
13.1	Porcentaje de lactancia materna, según varias encuestas.....	227
13.2	Duración promedio de lactancia exclusiva, por nivel de instrucción y región	229
13.3	Tipo de alimentación de los niños menores de 1 año, por meses de edad.....	231
CAPITULO 14		
14.1	Distribución porcentual de niños en edad escolar, por nivel de instrucción de la madre	238
14.2	Niños en edad escolar que nunca asistieron, por nivel de instrucción de la madre e índice socioeconómico	239
14.3	Porcentaje de niños en edad escolar que no asistió o atrasado dos grados, por nivel de instrucción de la madre	243

AGRADECIMIENTO

La encuesta de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN-94), fue efectuada por el Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable (CEPAR), su organización y realización estuvo a cargo del Departamento de Investigación, contando con el apoyo decidido de los directivos y demás instancias institucionales.

Su exitosa realización, no hubiera sido posible sin el aporte económico de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de Norte América (USAID). La valiosa información lograda por la investigación, tendrá una adecuada diseminación gracias al apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Es justo reconocer la importante participación técnica del Eco. José Ordóñez S, Ex-Director del Departamento de Investigación por su colaboración decidida, la que sin duda contribuyó al éxito de la investigación.

Queremos expresar nuestro agradecimiento al Dr. Leo Morris, Dr. Paul Stupp, Dra. Isabela Danel, Dra. Mary Goodwin y Robert Schwartz funcionarios de la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia, U.S.A, por su importante asesoría, también al Dr. Ken Yamashita y Lcda. Margarita Quevedo, funcionarios de USAID Ecuador, por su decisivo apoyo al desarrollo de la encuesta.

Finalmente el CEPAR, expresa su más profundo agradecimiento a las 13582 mujeres seleccionadas al azar, quienes proporcionaron los datos, a las instituciones y personas que ayudaron al desenvolvimiento de la encuesta; especialmente al personal de actualizadores, supervisores, entrevistadoras, digitadores y choferes que recorrieron las heterogéneas localidades del país, realizando sus labores con la mayor responsabilidad y mística de trabajo. A todos ellos nuestro reconocimiento sincero.

PRESENTACION

El Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable (CEPAR), pone a consideración del país y de los usuarios internacionales, los resultados de la encuesta de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN-94).

La ENDEMAIN-94, es la quinta encuesta nacional realizada en el Ecuador y la tercera que ha ejecutado el CEPAR. La presente encuesta por primera ocasión se basa en una muestra diseñada para tener representatividad en las diez provincias de la sierra y cinco de la costa, incluyendo sus áreas urbanas y rurales y las ciudades de Quito y Guayaquil.

Los principales resultados constituyen el contenido del informe, que se presenta en 14 capítulos y 4 anexos, cuya temática principal trata sobre: características generales de las mujeres encuestadas y de sus viviendas, fecundidad, planificación familiar, preferencias reproductivas, nupcialidad, mortalidad materna e infantil, salud materna e infantil y características de la población en edad escolar.

Destacamos que la investigación ha incorporado nuevos módulos de investigación, referidos a mortalidad materna y asistencia escolar de los hijos.

Con esta publicación concluye con éxito el trabajo de un equipo multidisciplinario, que ha hecho posible contar con información estadística confiable y en forma oportuna.

Dr. Nelson G. Oviedo V.
DIRECTOR EJECUTIVO DEL CEPAR

Quito, julio de 1995

REPUBLICA DEL ECUADOR

MAPA POLITICO



ARCHIPIELAGO DE COLON
ISLAS GALAPAGOS

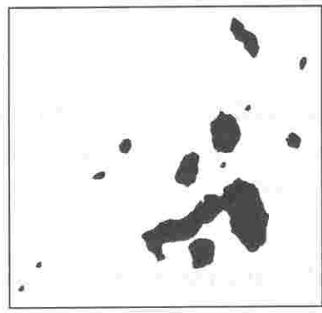


TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.

PRESENTACION.

RESUMEN EJECUTIVO.

1.	ASPECTOS METODOLOGICOS Y ORGANIZACION DE LA ENCUESTA	1
1.1	Introducción.....	1
1.2	Objetivos y organización de la encuesta	1
1.3	Universo de estudio	2
1.4	Niveles de inferencia	2
1.5	Instrumentos utilizados	3
1.5.1	Cuestionario del hogar.....	3
1.5.2	Cuestionario individual.....	3
1.5.3	Formularios auxiliares	4
1.5.3.1	Formulario A.1.....	4
1.5.3.2	Formulario A.2.....	4
1.5.4	Manuales.....	4
1.5.4.1	Manual del actualizador cartográfico	4
1.5.4.2	Manual de la entrevistadora.....	4
1.5.4.3	Manual de la supervisora.....	5
1.6	Diseño muestral	6
1.6.1	Marco muestral	6
1.6.2	Tipo de muestreo	6
1.6.3	Tamaño de la muestra	6
1.6.4	Distribución de la muestra	6
1.6.5	Probabilidades y proceso de selección	7
1.7	Rendimiento de la muestra	8
1.8	Aspectos operativos de la encuesta	14
1.8.1	Capacitación del personal de campo	15
1.8.1.1	Capacitación de actualizadores	15
1.8.1.2	Capacitación de coordinadores, supervisoras y entrevistadoras.....	15
1.8.2	Operativo de campo.....	16
1.8.2.1	Levantamiento de la información región centro-norte	16
1.8.2.2	Levantamiento de la información región costa.....	17
1.8.2.3	Levantamiento de la información en el austro	17
1.8.3	Procesamiento de datos	17
2.	CARACTERISTICAS GENERALES DEL PAIS	19
2.1	Aspectos Geográficos	19
2.2	Dinámica poblacional.....	20
2.3	Proceso de urbanización	21
2.4	Aspectos económicos y sociales	21
2.5	Política Nacional de Población	22
2.5.1	Plan de acción en población.....	23
	DATOS BASICOS DEL ECUADOR	24

3.	CARACTERISTICAS DE: VIVIENDA, MUJERES EN EDAD FERTIL (MEF) Y NACIDOS VIVOS EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA (JUNIO 1989 A MAYO 1994)	25
3.0	Resultado de las entrevistas.....	25
3.1	Características Generales de las viviendas	26
3.1.1	Tipo	26
3.1.2	Tenencia	28
3.1.3	Infraestructura y equipamiento	28
3.1.3.1	Abastecimiento de agua	30
3.1.3.2	Servicio Sanitario	30
3.1.3.3	Combustible para cocinar	31
3.1.3.4	Disponibilidad de bienes y medios de transporte.....	31
3.1.4	Hacinamiento	33
3.2	Características de las mujeres en edad fértil	34
3.3	Características de los nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta (junio de 1989 a mayo de 1994)	40
4.	FECUNDIDAD.....	43
4.1	Fecundidad Actual	43
4.1.1	Niveles.....	43
4.1.2	Diferenciales	45
4.2	Tendencias.....	46
4.3	Fecundidad Acumulada	49
4.4	Edad de la madre al nacimiento del primer hijo	51
5.	REGULACION DE LA FECUNDIDAD	55
5.1	Conocimiento sobre planificación familiar	55
5.1.1	Conocimiento de métodos anticonceptivos	55
5.1.2	Conocimiento del período fértil	59
5.2	Uso de métodos anticonceptivos.....	59
5.2.1	Tendencia de uso	59
5.2.2	Prevalencia de uso actual.....	64
5.2.3	Diferenciales	66
5.2.4	Características al inicio del uso	68
5.2.5	Fuente de suministros.....	70
5.2.6	Tiempo para llegar a la fuente	72
5.2.7	Razones para uso actual	72
5.2.8	Esterilización femenina	74
5.3	Mujeres que no usan anticonceptivos	77
5.3.1	Razones de no uso	77
5.3.2	Discontinuación	79
5.3.3	Intenciones de uso futuro	79
5.3.4	Necesidad de servicios de planificación familiar	85
5.4	Comunicación sobre planificación familiar	85
5.5	Demanda de esterilización femenina	88
6.	NUPCIALIDAD Y EXPOSICION AL RIESGO DE EMBARAZO	91
6.1	Estado conyugal actual.....	91
6.2	Edad a la primera unión conyugal	95

6.3	6.2.1 Edad mediana a la primera unión	96
6.4	Edad a la primera relación sexual.	98
6.5	Actividad sexual reciente	100
	Infertilidad postparto	101
7.	PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS.....	105
7.1	Deseo del actual o último embarazo	105
7.2	Deseo de más hijos	107
7.3	Número ideal y actual de hijos.....	109
7.4	Planificación de la Fecundidad	111
8.	ADULTAS JOVENES (MUJERES DE 15 A 24 AÑOS).....	115
8.1	Fecundidad de adolescentes	115
8.1.1	Fecundidad de adultas jóvenes (15-24 años)	116
8.2	Preferencias reproductivas de adultas jóvenes.....	118
8.2.1	Deseo de hijos	119
8.2.2	Promedio ideal de hijos.....	119
8.3	Concepciones premaritales	120
8.4	Primera experiencia sexual y uso de anticonceptivos.....	122
8.5	Actividad sexual	126
9.	MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ	129
9.1	Niveles y tendencias	129
9.2	Diferenciales	133
10.	MORTALIDAD MATERNA.....	139
10.1	La mortalidad materna nacional	139
10.2	Lugar de la muerte materna	142
10.3	La mortalidad materna en la costa y en la sierra.....	143
11.	SALUD DE LA MADRE.....	145
11.1	Atención prenatal, asistencia del parto y control postparto.....	145
11.1.1	Atención prenatal	145
11.1.2	Vacuna antitetánica durante el embarazo	150
11.1.3	Lugar de ocurrencia del parto.....	152
11.1.4	Tipo de asistencia durante el parto	155
11.1.5	Tipo de parto	156
11.1.6	Control postparto.....	158
11.2	Morbilidad materna	160
11.2.1	Resultados de los embarazos	161
11.2.2	Resultados perinatales	163
11.2.3	Prevalencia, complicaciones y tratamiento de los abortos	165
11.2.4	Morbilidad antenatal.....	168
11.2.5	Tipo de parto y tasa de episiotomía.....	171
11.2.6	Morbilidad durante el parto	172
11.2.7	Morbilidad del postparto.....	178
11.3	Detección oportuna del cáncer cérvico-uterino	182

12.	SALUD INFANTIL Y DE LA NIÑEZ	185
12.1	Peso del niño al nacer	185
12.2	Control médico del niño	191
12.3	Prevalencia y tratamiento de la diarrea	192
12.3.1	Prevalencia de diarrea	193
12.3.2	Tratamiento de la diarrea.....	197
12.3.3	Alimentación de los niños con diarrea.....	201
12.4	Infección respiratoria aguda (I.R.A.).....	205
12.4.1	Prevalencia de infección respiratoria aguda	205
12.4.2	Tratamiento de la infección respiratoria aguda	210
12.5	Control y registro del desarrollo del niño	213
12.6	Inmunización de niños menores de cinco años	216
12.6.1	Niveles y cobertura de inmunizaciones	217
13.	LACTANCIA MATERNA	225
13.1	Inicio de la lactancia.....	225
13.2	Duración promedio de lactancia	227
13.3	Lactancia y alimentación complementaria.....	230
13.4	Promoción de la lactancia materna	232
14.	ASISTENCIA ESCOLAR DE LOS NIÑOS	235
14.1	Características generales de los niños de 6 a 14 años de edad.	236
14.2	Niveles y grado de instrucción aprobados.....	237
14.3	Asistencia escolar	239
14.4	Abandono escolar.	242
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	245
ANEXO A:	Precisión de los resultados(errores muestrales)	
ANEXO B:	Cálculo de los pesos en los estratos seleccionados	
ANEXO C:	Crítica y procesamiento de los datos	
ANEXO D:	Indice de niveles socioeconómico	
ANEXO E:	Cuestionarios (hogar e individual)	

LISTADO DE CUADROS

CAPITULO 1

Cuadro		Página
1.1	Distribución de las unidades primarias de muestreo por área, según dominios	7
1.2	Distribución porcentual de hogares y mujeres elegibles por dominios, según resultado de las entrevistas y tasa de respuesta	9
1.2	Región Sierra (continuación).....	10
1.2	Región Costa (continuación).....	11
1.2	Provincias de la Sierra (continuación).....	12
1.2	Provincias de la Sierra (continuación).....	13
1.2	Provincias de la Costa (continuación).....	14

CAPITULO 2

Datos básicos del Ecuador.....	24
--------------------------------	----

CAPITULO 3

3.1	Resultado de las visitas y entrevistas, por área y región. Distribución porcentual.....	25
3.2	Características de las viviendas, por dominios de estudio.....	27
3.3	Servicios básicos de las viviendas por provincias.....	29
3.4	Disponibilidad de bienes duraderos y de transporte, por dominios de estudio.....	32
3.5	Promedio de personas por hogar y dormitorio, según dominios.....	34
3.6	Características de las mujeres entrevistadas, según las encuestas ENDEMAIN-89 y ENDEMAIN-94	35
3.7	Características de mujeres de 15 a 49 años de edad, por dominios de estudio	37
3.8	Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años, según nivel de instrucción. Varias encuestas.....	39
3.9	Características de mujeres de 15-49 años de edad y nacidos vivos	40
3.10	Nacidos vivos, por área de residencia, según características	41

CAPITULO 4

4.1	Tasas específicas y tasas acumuladas de fecundidad para los cinco años que precedieron a la encuesta, por área de residencia. ENDEMAIN-94.....	44
4.2	Tasas específicas de fecundidad para el período 1989-1994, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	45
4.3	Evolución de las tasas específicas de fecundidad por edad (por 1000 mujeres) y tasa global de fecundidad, según varias fuentes y períodos.....	47
4.4	Tasas específicas de fecundidad por edad (por 1000 mujeres) y tasa global de fecundidad de algunos países seleccionados	48
4.5	Tasa global de fecundidad por período, según características seleccionadas, mujeres de 15 a 49 años de edad, ENDESA-87 y ENDEMAIN-94.....	49
4.6	Distribución porcentual de todas las mujeres y de mujeres unidas, por edad según número de hijos tenidos	50
4.7	Distribución porcentual de MEF por edad al primer nacimiento, según edad actual. ENDEMAIN-94	51
4.8	Distribución porcentual acumulada, de MEF por edad al primer nacimiento, según edad actual, ENDEMAIN-94	52
4.9	Edad mediana al primer nacimiento entre las mujeres de 15-49 años, por edad actual, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94.....	53

CAPITULO 5

	Cuadro	Página
5.1	Porcentaje de mujeres en unión que conocen algún método, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	56
5.2	Porcentaje de conocimientos de métodos anticonceptivos de todas las mujeres, según dominio de estudio. ENDEMAIN-94	58
5.3	Distribución porcentual de todas las mujeres y de las que han usado alguna vez abstinencia periódica, según conocimiento del período fértil. ENDEMAIN-94	59
5.4	Tendencia de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos de mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años de edad, según características seleccionadas. Porcentajes	60
5.5	Tendencia de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos de mujeres en unión de 15 a 49 años de edad, según método utilizado. Distribución porcentual	61
5.6	Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos de mujeres en unión de 15 a 49 años de edad en países seleccionados, según métodos	62
5.7	Uso actual de anticonceptivos, según método, por estado civil: mujeres de 15-49 años de edad. ENDEMAIN-94	63
5.8	Uso actual de métodos anticonceptivos, por dominios de estudio, según uso y método: mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años de edad. Distribución porcentual	65
5.9	Uso actual de métodos anticonceptivos de mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años de edad, por método, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	67
5.10	Número promedio de hijos vivos, edad promedio al primer uso y año promedio desde la primera unión hasta el primer uso de anticonceptivos, por características seleccionadas: mujeres de 15-49 años de edad que alguna vez han usado anticonceptivos.....	69
5.11	Fuente de obtención de anticonceptivos modernos, según dominios de estudio y método: mujeres que usan anticonceptivos de 15 a 49 años de edad. Distribución porcentual.....	71
5.12	Tiempo promedio (en minutos) a la fuente de anticonceptivos, por método, según dominio de estudio. Mujeres casadas/unidas de 15-49 años de edad. ENDEMAIN-94	72
5.13	Razón para usar anticonceptivos, según características seleccionadas: mujeres que usan anticonceptivos de 15 a 49 años de edad. ENDEMAIN-94.....	73
5.14	Porcentaje de mujeres casadas entre 15 a 49 años de edad que están esterilizadas, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	75
5.15	Porcentaje de mujeres casadas/unidas esterilizadas que reportan satisfacción con el método, según características seleccionadas	76
5.16	Razón para no usar anticonceptivos, por área y región: mujeres casadas/unidas que no usan anticonceptivos de 15 a 49 años de edad. Distribución porcentual. ENDEMAIN-94	78
5.17	Distribución porcentual de usuarias de métodos anticonceptivos, por razón para dejar de usar el último método utilizado, por método específico. ENDEMAIN-94.....	79
5.18	Deseo de uso actual o futuro de anticonceptivos y conocimiento del lugar de obtención, según características seleccionadas: mujeres que no usan anticonceptivos de 15 a 49 años de edad. ENDEMAIN-94	80
5.19	Método preferido para uso actual o futuro y lugar al que acudiría para obtenerlo, por área y región mujeres casadas/unidas que no usan anticonceptivos de 15 a 49 años de edad y que desean usar ahora o en el futuro. Distribución porcentual. ENDEMAIN-94	82
5.20	Población blanco no cubierta con servicios de Planificación Familiar, de acuerdo con el criterio de necesidad de servicios, por dominios de estudio, según características seleccionadas: mujeres de 15 a 49 años de edad. ENDEMAIN-94.....	83

Cuadro	Página
5.21 Distribución porcentual de MEF que vieron o escucharon mensajes de Planificación Familiar (en los últimos 6 meses) según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	86
5.22 Porcentaje de mujeres que vió o escuchó mensajes de Planificación Familiar en los seis meses anteriores a la encuesta, por medios según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	87
5.23 Porcentaje de MEF casadas/unidas interesadas en hacerse esterilizar, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	89

CAPITULO 6

6.1 Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años, según estado civil o conyugal y porcentaje en unión según edad, comparación con otras encuestas	92
6.2 Distribución porcentual de mujeres por estado civil o conyugal actual, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	94
6.3 Porcentaje de mujeres unidas antes de edades exactas y mediana de la edad a la primera unión, de acuerdo a la edad actual. ENDEMAIN-94	95
6.4 Edad mediana a la primera unión, según características. ENDEMAIN-89 y 94	97
6.5 Edad mediana a la primera unión, según algunos países	97
6.6 Porcentaje de mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15, 18, 22 y 25 años y edad mediana a la primera relación, según edad actual. ENDEMAIN-94	98
6.7 Distribución porcentual de las MEF, por estado civil o conyugal, según actividad sexual reciente	100
6.8 Promedio en meses de la amenorrea, abstinencia y no susceptibilidad postparto de mujeres unidas, según características. ENDEMAIN-94	102

CAPITULO 7

7.1 Distribucion porcentual de MEF casadas o unidas, en los últimos cinco años, por deseo del último embarazo, según características seleccionadas	106
7.2 Deseo actual de hijos, según características seleccionadas: mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años de edad. Distribución porcentual.....	108
7.3 Distribución porcentual de mujeres entrevistadas por número de hijos sobrevivientes, según número y promedio ideal de hijos. ENDEMAIN-94	109
7.4 Promedio ideal de hijos, por número de hijos sobrevivientes, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	110
7.5 Tasa de fecundidad específica y global en los últimos 5 años, por fecundidad deseada, no deseada y observada, según edad.....	112
7.6 Tasas globales de fecundidad, deseada, no deseada y observada, según características	113

CAPITULO 8

8.1 Distribución porcentual de adolescentes (15-19 años), según características. ENDEMAIN-94	116
8.2 Distribución porcentual de adultas jóvenes de 15 a 24 años por número de hijos y promedio de hijos, según características.....	117
8.3 Deseo de hijos y promedio ideal de hijos de adultas jóvenes (15-24 años) según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	118
8.4 Porcentaje de hijos que fueron concebidos premaritalmente de mujeres alguna vez embarazadas de 15-24 años, según características seleccionadas	121
8.5 Porcentaje de mujeres de 15-24 años de edad por experiencia sexual declarada, según características seleccionadas	123

Cuadro	Página
8.6 Distribución porcentual de mujeres de 15-24 años que tuvieron relaciones sexuales, por edad a la primera relación, según residencia e intrucción.....	124
8.7 Porcentaje de mujeres de 15-24 años de edad, que usan métodos anticonceptivos en la primera relación, por estado civil, según edad.....	125
8.8 Porcentaje de mujeres de 15-24 años de edad, activas sexualmente, que tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior a la encuesta y usaron anticonceptivos, según estado civil.....	126
8.9 Distribución porcentual de mujeres de 15-24 años de edad, que han tenido relaciones en el último mes, por estado civil, según frecuencia de relaciones sexuales.....	127

CAPITULO 9

9.1 Tasas de mortalidad infantil y de la niñez, según varias encuestas	130
9.2 Tasas de mortalidad infantil y en la niñez, según características seleccionadas: Junio de 1989 a mayo de 1994.....	131
9.3 Tasas de mortalidad infantil y en la niñez, según región y provincias: Junio de 1984 a mayo de 1994.....	132
9.4 Tasas de mortalidad infantil y en la niñez para el período de 5 años anteriores a la encuesta, por características seleccionadas. ENDEMAIN-94	134
9.5 Mortalidad infantil neonatal (temprana y tardía) para el período de 5 años anteriores a la encuesta por características seleccionadas. ENDEMAIN-94	135

CAPITULO 10

10.1 Mortalidad materna nacional en los catorce años anteriores a la encuesta (1981-1994), estimada usando información de la supervivencia de las hermanas de las entrevistadas	140
10.2 Mortalidad materna nacional en dos períodos anteriores a la encuesta, estimada usando información de la supervivencia de las hermanas de las entrevistadas. (1981-1994).....	141
10.3 Mortalidad materna por regiones en los catorce años anteriores a la encuesta (1981-1994), estimada usando información de la supervivencia de las hermanas de las entrevistadas	144

CUADRO 11

11.1 Atención prenatal y lugar de atención según características.....	146
11.2 Atención prenatal por número de controles y trimestre del primer control, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	148
11.3 Distribución porcentual de nacimientos en los pasados cinco años, por vacuna antitetánico durante el embarazo, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	151
11.4 Lugar de atención del parto, según características. ENDEMAIN-94.....	153
11.5 Tipo de asistencia profesional del parto, según características. ENDEMAIN-94	155
11.6 Tipo de parto, según características. ENDEMAIN-94.....	157
11.7 Control postparto, por residencia y nivel de instrucción, según características ENDEMAIN-94	159
11.8 Resultado del último embarazo, por dominios de estudio: mujeres cuyo último embarazo terminó a partir de enero de 1992.....	162
11.9 Resultados perinatales, por dominios de estudio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992, fue viable.....	164

Cuadro	Página
11.10 Tipo de aborto y si recibieron atención, por dominios de estudio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992 resultó en aborto.....	166
11.11 Síntomas, complicaciones y tratamientos de los abortos, por dominios de estudio.....	167
11.12 Algunas morbilidades antenatales, por dominios de estudio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992 fue viable.....	169
11.13 Resultados perinatales, por algunas morbilidades antenatales: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992 fue viable.....	170
11.14 Tipo de parto, por dominios de estudio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992 fue viable.....	172
11.15 Algunas morbilidades durante el parto, por dominios de estudio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992 fue viable	173
11.16 Tratamiento recibido durante el parto y el puerperio, por dominios de estudio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992, fue viable	175
11.17 Tratamiento recibido durante el parto o el puerperio por morbilidades intrapartos: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992 fue viable solamente partos hospitalarios.....	176
11.18 Resultados perinatales, por algunas morbilidades durante el parto y el puerperio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992, fue viable	177
11.19 Algunas morbilidades del puerperio, por dominios de estudio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992, fue viable.....	179
11.20 Porcentaje de mujeres que recibieron tratamiento, para algunas morbilidades del puerperio: mujeres cuyo último embarazo a partir de enero de 1992 fue viable y reportaron una morbilidad	181
11.21 Examen de detección oportuna del cancer, por tiempo y lugar en el que realizó el control y resultados del examen, según características. ENDEMAIN-94	183

CAPITULO 12

12.1 Porcentaje que reportó peso al nacer y prevalencia de bajo peso por edad gestacional, según características del embarazo y parto	186
12.2 Control del niño sano, por residencia y nivel de instrucción, según características, distribución porcentual de hijos nacidos vivos durante el período junio 1989 a mayo de 1994	190
12.3 Porcentaje de niños menores de cinco años que presentaron diarrea en las dos semanas anteriores a la fecha de la entrevista, por tipo de diarrea y signos de deshidratación, según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	194
12.4 Porcentaje de niños menores de cinco años que presentaron diarrea en las dos semanas anteriores a la entrevista, por tipo de diarrea y signos de deshidratación según características del niño	196
12.5 Porcentaje de niños menores de cinco años que tuvieron diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta por tipo de tratamiento recibido, según lugar de residencia y nivel de instrucción de la madre. ENDEMAIN-94.....	198
12.6 Porcentaje de niños menores de cinco años que presentaron diarrea, anteriores a la entrevista, por tipo de tratamiento recibido, según característica del niño	200
12.7 Alimentación con líquidos para niños con diarrea, por cambio en la cantidad de líquidos según características. ENDEMAIN-94	202
12.8 Alimentación con comida sólida para niños con diarrea, por cambio en la cantidad de líquidos, según características. ENDEMAIN-94.....	204
12.9 Porcentaje de los niños menores de 5 años, que presentaron infecciones respiratorias agudas (I.R.A.), en las dos semanas anteriores a la entrevista, por presencia y gravedad de las infecciones, según características seleccionadas	206

Cuadro	Página
12.10 Porcentaje de niños menores de 5 años que tuvieron enfermedades respiratorias, por tipo de tratamiento recibido, según características seleccionadas.....	211
12.11 Porcentaje de niños que disponían de carnet por tipo de registros, según características	214
12.12 Porcentaje de niños menores de cinco años que recibieron inmunizaciones completas por tipo de vacuna, según características.....	218
12.13 Esquema completo de inmunización para las cuatro vacunas, por edad del niño, según características de la madre. ENDEMAIN-94.....	224

CAPITULO 13

13.1 Porcentaje de niños nacidos vivos en los últimos cinco años que han recibido lactancia y distribución de últimos nacimientos, por tiempo al inicio de la lactancia según características seleccionadas. ENDEMAIN-94	226
13.2 Duración promedio de lactancia materna y porcentaje de consejería, según dominios de estudio	228
13.3 Tipo de alimentación que reciben actualmente, niños sobrevivientes que nacieron en los 5 años previos a la encuesta, según edad del niño.....	230
13.4 Distribución porcentual de madres con hijos menores de cinco años, por tipo de consejería en lactancia, según características seleccionadas	233

CAPITULO 14

14.1 Distribución porcentual de las características de los niños en edad escolar (6-14 años) al inicio del año escolar 1993-1994, por área y región	236
14.2 Niños en edad escolar, por año aprobado, al finalizar el período escolar 1993-1994, según edad	238
14.3 Distribución porcentual de asistencia escolar, año 1993-1994, por tipo de asistencia, según características del niño.....	240
14.4 Porcentaje de niños en edad escolar que no asistió o atrasados 2 grados o más por nivel de instrucción de la madre, según características	242

LISTADO DE GRAFICOS

CAPITULO 3

Gráfico		Página
3.1	Tipo de tenencia de la vivienda por dominio de estudio	28
3.2	Disponibilidad de tipo de servicio higiénico, por área	30
3.3	Disponibilidad de bienes duraderos, por área.....	33
3.4	Estructura de mujeres y nacidos vivos, por nivel de instrucción.....	42

CAPITULO 4

4.1	Evolución de las tasas globales de fecundidad. 1965-1994	46
4.2	Promedio de hijos, según grupos de edad.....	51

CAPITULO 5

5.1	Porcentaje de mujeres que conocen algún método, según área.....	55
5.2	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, según varias fuentes.....	60

CAPITULO 6

6.1	Estado civil o conyugal, por edad actual	92
6.2	Edad mediana a la primera unión y relación sexual, por instrucción y región	99
6.3	Mujeres que han tenido relación sexuales antes de los 15 años, por nivel de instrucción	100
6.4	Amenorea postparto, por nivel de instrucción completa	103
6.5	No susceptibilidad de embarazo, por región, según área y seis dominios de estudio	104

CAPITULO 7

7.1	Tasas globales de fecundidad, deseada y observada	112
-----	---	-----

CAPITULO 8

8.1	Promedio ideal de hijos, por número de hijos tenidos	120
8.2	Concepciones premaritales, por nivel de instrucción y edad.....	121
8.3	Adultas jóvenes (15-24 años), por edad a la primera relación.....	124
8.4	Mujeres de 15 a 24 años de edad que usan anticonceptivos en su primera relación, por tipo de método.....	126
8.5	Distribución de adultas jóvenes (15-24 años) activas sexualmente, por frecuencia de relación sexual	127

CAPITULO 10

10.1	Lugar de las muertes maternas. Ecuador 1981-1994	142
10.2	Lugar de las muertes maternas Sierra y Costa. 1981-1994	143

CAPITULO 11

11.1	Atención prenatal, por nivel de instrucción y nivel socioeconómico de la vivienda	145
11.2	Controles prenatales, según nivel de instrucción.....	149
11.3	Trimestres en que se realizan el primer control prenatal, según nivel de instrucción	150

Gráfico		Página
11.4	Atención profesional y no profesional del parto, según lugar de residencia	152
11.5	Tipo de atención del parto, según nivel de instrucción	154
CAPITULO 12		
12.1	Niveles y cobertura de inmunizaciones.....	217
CAPITULO 13		
13.1	Porcentaje de lactancia materna, según varias encuestas.....	227
13.2	Duración promedio de lactancia exclusiva, por nivel de instrucción y región	229
13.3	Tipo de alimentación de los niños menores de 1 año, por meses de edad.....	231
CAPITULO 14		
14.1	Distribución porcentual de niños en edad escolar, por nivel de instrucción de la madre	238
14.2	Niños en edad escolar que nunca asistieron, por nivel de instrucción de la madre e índice socioeconómico	239
14.3	Porcentaje de niños en edad escolar que no asistió o atrasado dos grados, por nivel de instrucción de la madre	243

AGRADECIMIENTO

La encuesta de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN-94), fue efectuada por el Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable (CEPAR), su organización y realización estuvo a cargo del Departamento de Investigación, contando con el apoyo decidido de los directivos y demás instancias institucionales.

Su exitosa realización, no hubiera sido posible sin el aporte económico de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de Norte América (USAID). La valiosa información lograda por la investigación, tendrá una adecuada diseminación gracias al apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Es justo reconocer la importante participación técnica del Eco. José Ordóñez S, Ex-Director del Departamento de Investigación por su colaboración decidida, la que sin duda contribuyó al éxito de la investigación.

Queremos expresar nuestro agradecimiento al Dr. Leo Morris, Dr. Paul Stupp, Dra. Isabela Danel, Dra. Mary Goodwin y Robert Schwartz funcionarios de la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia, U.S.A, por su importante asesoría, también al Dr. Ken Yamashita y Lcda. Margarita Quevedo, funcionarios de USAID Ecuador, por su decisivo apoyo al desarrollo de la encuesta.

Finalmente el CEPAR, expresa su más profundo agradecimiento a las 13582 mujeres seleccionadas al azar, quienes proporcionaron los datos, a las instituciones y personas que ayudaron al desenvolvimiento de la encuesta; especialmente al personal de actualizadores, supervisores, entrevistadoras, digitadores y choferes que recorrieron las heterogéneas localidades del país, realizando sus labores con la mayor responsabilidad y mística de trabajo. A todos ellos nuestro reconocimiento sincero.

PRESENTACION

El Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable (CEPAR), pone a consideración del país y de los usuarios internacionales, los resultados de la encuesta de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN-94).

La ENDEMAIN-94, es la quinta encuesta nacional realizada en el Ecuador y la tercera que ha ejecutado el CEPAR. La presente encuesta por primera ocasión se basa en una muestra diseñada para tener representatividad en las diez provincias de la sierra y cinco de la costa, incluyendo sus áreas urbanas y rurales y las ciudades de Quito y Guayaquil.

Los principales resultados constituyen el contenido del informe, que se presenta en 14 capítulos y 4 anexos, cuya temática principal trata sobre: características generales de las mujeres encuestadas y de sus viviendas, fecundidad, planificación familiar, preferencias reproductivas, nupcialidad, mortalidad materna e infantil, salud materna e infantil y características de la población en edad escolar.

Destacamos que la investigación ha incorporado nuevos módulos de investigación, referidos a mortalidad materna y asistencia escolar de los hijos.

Con esta publicación concluye con éxito el trabajo de un equipo multidisciplinario, que ha hecho posible contar con información estadística confiable y en forma oportuna.

Dr. Nelson G. Oviedo V.
DIRECTOR EJECUTIVO DEL CEPAR

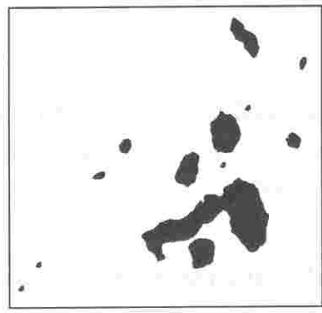
Quito, julio de 1995

REPUBLICA DEL ECUADOR

MAPA POLITICO



ARCHIPIELAGO DE COLON
ISLAS GALAPAGOS



Capítulo 1

ASPECTOS METODOLOGICOS Y ORGANIZACION DE LA ENCUESTA

R
E
S
U
M
E

E
J
E
C
U
T
I
V
O

La información obtenida por la ENDEMAIN II, tiene como objetivo primordial proporcionar, a quienes diseñan, administran y evalúan programas de salud y planificación familiar, información actualizada para el país y por primera vez para sus provincias, sobre los niveles y tendencias de la fecundidad, mortalidad infantil y materna; conocimiento y uso de planificación familiar, y los principales indicadores de salud materna e infantil.

La ENDEMAIN-94 realizó la planificación, recolección de datos, elaboración estadística y análisis entre octubre de 1993 y junio de 1995, la muestra trietápica y de conglomerados consta de 13582 mujeres y provee información nacional, de 2 regiones (costa y sierra), resto urbano de sierra y costa, áreas rurales de estas dos regiones; para las ciudades de Quito y Guayaquil y de quince provincias.

La encuesta se realizó bajo la responsabilidad del CEPAR y fue financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), contó con la asesoría y colaboración de los expertos de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia, USA.

1. ASPECTOS METODOLOGICOS Y ORGANIZACION DE LA ENCUESTA

1.1 Introducción

Los cambios acontecidos en la dinámica demográfica del Ecuador singularizan un proceso cuyas explicaciones requieren de datos actualizados, que permitan elaborar información objetiva sobre las principales causas y consecuencias de las mismas. Dentro del análisis de dos variables del cambio demográfico (fecundidad y mortalidad), las condiciones en las cuales se desenvuelve la salud materna e infantil constituyen también un aspecto de particular importancia.

El país hasta esta fecha ha realizado cuatro investigaciones nacionales sobre esta temática: la Encuesta Nacional de Fecundidad (INEC, 1979), la Encuesta de Salud y Variables Demográficas (MSP, 1982), la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (CEPAR, 1987) y la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (CEPAR, 1989).

La Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN-II), efectuada por CEPAR en 1994, no sólo constituye un nuevo esfuerzo investigativo, sino que las características de su representatividad en cada una de las quince provincias consideradas, marcan el comienzo de un hito en la investigación del país. Este nuevo aporte que realiza CEPAR a la comunidad científica nacional no hubiera sido posible sin la colaboración de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), quien financió el estudio y de la Asistencia Técnica de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC, Atlanta, USA), en algunas fases de la investigación.

El CEPAR, pone a consideración del país y de la congregación internacional, el Informe Definitivo de la Encuesta ENDEMAIN II, con el cual inicia una serie de 17 informes, uno por cada dominio de estudio investigado.

La información de carácter nacional, presenta datos estadísticos y una visión analítica general de los principales resultados obtenidos por la encuesta. El CEPAR, aspira en el futuro cercano profundizar en la problemática investigada, no obstante, los organismos y/o personas especializadas que tengan interés en ampliar el estudio de las variables investigadas, pueden solicitar al CEPAR la información adicional que requieran.

1.2 Objetivos y organización de la encuesta

El objetivo primordial de la ENDEMAIN II es proporcionar información sobre los niveles y tendencias de la fecundidad, mortalidad infantil y materna; conocimiento y uso de planificación familiar, y los principales indicadores de salud materna e infantil. La obtención de información desagregada hacia otras áreas geográficas (provincias), lograda por primera vez en el país, permitirá apreciar científicamente la heterogeneidad de la

realidad ecuatoriana. Es también objetivo difundir adecuadamente los resultados obtenidos, de forma que la realidad ecuatoriana sea conocida por amplios sectores de la sociedad. Aspiramos que la información sirva para evaluar los programas actualmente existentes sobre estas materias y a la vez se transforme en insumo para la formulación efectiva de planes de mejoramiento.

Otro de los objetivos se relaciona a la factibilidad de comparación existente con otras encuestas nacionales e internacionales, en los tópicos demográficos y de salud, lo cual proporciona a los organismos y público interesado un amplio marco de análisis.

Comenzando desde los procesos de planificación, hasta la elaboración del informe final, la ejecución de la encuesta estuvo bajo la responsabilidad del CEPAR. La institución contó en diferentes partes de la investigación con la asesoría y colaboración de los expertos de los Centros para el Control de Enfermedades de Atlanta, Georgia, USA.

1.3 Universo de estudio

Para propósito de esta investigación, el universo para ser muestreado estuvo constituido por todas las mujeres de edades comprendidas entre 15 y 49 años, es decir, mujeres en edad fértil (MEF), que se encontraban residiendo en hogares particulares localizados en las regiones Sierra o Costa del territorio ecuatoriano.

No se incluyeron las regiones Amazónica e Insular por el elevado costo que demandaría realizar un operativo de campo en estos lugares.

1.4 Niveles de inferencia

En base al dimensionamiento y distribución muestral, los resultados son representativos para los siguientes dominios:

1. Nacional
2. Región Sierra
3. Región Costa
4. Quito
5. Resto Urbano Sierra
6. Sierra Rural
7. Guayaquil
8. Resto Urbano Costa
9. Costa Rural
10. Provincial (15 provincias)

1.5 Instrumentos utilizados

1.5.1 Cuestionario del hogar

Este cuestionario fue aplicado para receptar información general del hogar, a la vez que permite elegir a la mujer que contestará el cuestionario individual. Contiene información referente a identificación geográfica (región, provincia, cantón, ciudad o parroquia y área urbana-rural), identificación muestral (zona, sector, segmento, número de vivienda y del cuestionario), dirección de la vivienda seleccionada, nombre del jefe del hogar, resultado de las visitas y de la entrevista, observaciones y datos de procesamiento. En el anverso se registra información sobre el total de residentes habituales, nombres de todas las mujeres en edad fértil y un Cuadro que permite seleccionar a la MEF para entrevistar.

1.5.2 Cuestionario individual

Este cuestionario es aplicado a la mujer seleccionada, en cada una de las viviendas, entre cuyos residentes se encontraba por lo menos una mujer en edad fértil, de acuerdo al listado del formulario del hogar y al Cuadro de selección adjunto. En cada una de estas viviendas fue aplicado un cuestionario individual.

Consta de los siguientes capítulos:

- I. Identificación (Geográfica y Muestral)
- II. Características generales de la entrevistada
- III. Historia de nacimientos
- IV. Salud en la niñez
- V. Planificación familiar
- VI. Preferencias reproductivas
- VII. Mortalidad materna
- VIII. Morbilidad materna
- IX. Adultas jóvenes
- X. Actividad sexual y nupcialidad
- XI. Asistencia escolar de los niños de 6 a 14 años de edad
- XII. Comunicación sobre planificación familiar
- XIII. Vivienda

* En el anexo E constan los cuestionarios utilizados en la investigación.

1.5.3 Formularios auxiliares

1.5.3.1 Formulario A.1

Es una hoja de control para cada segmento trabajado, en la cual constan datos como: número de segmento, fechas de visita, nombre y código de la supervisora, número de la vivienda en la muestra, dirección, código de la entrevistadora y resultado de la entrevista.

1.5.3.2 Formulario A.2

Es un formulario que sirve para llevar un control de entrega-recepción de todos los cuestionarios utilizados.

1.5.4 Manuales

1.5.4.1 Manual del actualizador cartográfico

Contiene información respecto a normas para la elaboración de listados de viviendas y sus correspondientes croquis, fase previa a la selección de viviendas a investigarse. Incluye los siguientes temas:

- I. Breve información sobre la investigación
- II. En qué consiste la actualización
- III. Tareas de la actualización e instrumentos básicos
- IV. Cómo realizar la actualización
- VI. Localización de la vivienda y del hogar censal

1.5.4.2 Manual de la entrevistadora

Este instrumento contiene toda la conceptualización de la investigación, es una guía y constituye una fuente permanente de consulta de la entrevistadora, especialmente durante el desarrollo del operativo de campo. El manual explicita los siguientes aspectos:

- I. Introducción
- II. Objetivos generales
- III. La muestra

-
- IV. Organización de la encuesta
 - V. Papel (rol) de la entrevistadora
 - VI. Conducción de la entrevista
 - Técnicas de entrevista
 - a. Generales
 - b. Específicas
 - VII. Forma de llenado de los cuestionarios.

Para todas las preguntas se da una explicación de la forma correcta de llenar el cuestionario. Para aquellas que presentan alguna dificultad se describen ejemplos con la finalidad de ofrecer una mejor comprensión de las mismas. Se pone especial énfasis en los respectivos "pases" e indagaciones que se requieren para determinadas preguntas.

1.5.4.3 Manual de la supervisora

Las supervisoras a más de conocer al detalle el manual de la entrevistadora, necesitan conocer este manual, que contiene instrucciones específicas e inherentes a sus funciones, a través de: instrucciones generales y tareas que deben cumplir durante el trabajo de campo.

- I. Instrucciones generales
 - A. Objetivos de la encuesta
 - B. Entrenamiento
 - C. Rol de la supervisora
- II. El trabajo de campo
 - A. Recopilación de materiales para el trabajo de campo
 - B. Utilización de mapas para la localización de segmentos
 - C. Ubicación de viviendas seleccionadas
 - D. Asignación de trabajo a entrevistadoras
 - E. Falta de respuesta
 - F. Manejo de entrevistas pendientes
 - G. Mantenimiento de la motivación y la moral
 - H. Revisión de cuestionarios

1.6 Diseño muestral

1.6.1 Marco muestral

El marco general de muestra constituyen las provincias de la sierra y de la costa ecuatoriana y está conformado por el agregado de viviendas particulares a nivel de sectores censales, basado en el "conteo" efectuado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC para el V Censo de Población y IV de Vivienda, realizado en 1990. Una vez seleccionado el número de sectores requerido se procedió a efectuar la fase de actualización cartográfica.

1.6.2 Tipo de muestreo

El esquema de muestreo estadístico utilizado consiste en un diseño probabilístico en tres etapas y de conglomerados.

Probabilístico porque todas las mujeres que conforman el universo tienen una probabilidad conocida diferente de cero de ser seleccionadas. La unidad primaria de muestreo (UPM) es el sector censal, la unidad secundaria (USM) es la vivienda y la unidad de muestreo de la tercera etapa es la MEF.

1.6.3 Tamaño de la muestra

Considerando que se requieren estimaciones confiables de los principales indicadores demográficos a nivel nacional, como también a nivel provincial, se determinó que con un número de 500 sectores censales, dentro de cada uno de los cuales se previó visitar 40 viviendas, lo que resulta en un total de 20.000 hogares y un número esperado de MEF de alrededor de 14.000, se podía cumplir satisfactoriamente con este objetivo.

El tamaño de la muestra fue determinado en parte por el criterio de tener un mínimo de 1000 viviendas en cada una de las provincias de las dos regiones y 2.000 viviendas en las ciudades principales como son Quito y Guayaquil, este número garantiza una alta confiabilidad.

1.6.4 Distribución de la muestra

acuerdo al Cuadro 1.1.

El número de sectores censales o unidades primarias de muestreo (UPM), en los diferentes dominios se distribuyeron de

CUADRO 1.1

DISTRIBUCION DE LAS UNIDADES PRIMARIAS DE MUESTREO POR AREA, SEGUN DOMINIOS

PROVINCIA	VIVIENDAS	# SECTORES	URBANO	RURAL	INTERVALO DE SELECCION	PUNTO DE PARTIDA
TOTAL PAIS	2227011	500	257	243		
SIERRA	1159266	310	136	174		
Azuay	148546	30	10	20	4952	2079
Bolívar	42574	25	5	20	1703	1027
Cañar	53358	25	7	18	2134	820
Carchi	33174	25	12	13	1327	912
Cotopaxi	76620	25	7	18	3065	2433
Chimborazo	99990	25	7	18	4017	1224
Imbabura	65883	25	12	13	2635	156
Loja	99772	25	9	16	3991	791
Pichincha (Resto)	158572	30	7	23	5286	4481
Quito	283426	50	50		5669	3359
Tungurahua	97351	25	10	15	3894	2408
<hr/>						
COSTA	1067745	190	121	69		
El Oro	96749	25	18	7	3870	2943
Esmeraldas	69504	25	13	12	2780	759
Guayas(Resto)	226310	30	15	15	7544	1357
Guayaquil	343084	50	50		6862	5770
Los Ríos	115302	30	12	18	3843	517
Manabí	216796	30	13	17	7227	4593

FUENTE: ENDEMAIN-94

1.6.5 Probabilidades y proceso de selección

La selección de sectores censales (UPM) se realizó en forma sistemática, con arranque aleatorio, en base a probabilidades proporcionales a su tamaño (PPT), medidas por el número de viviendas particulares existentes de acuerdo con la información del Censo de Población y Vivienda de 1990. La selección fue independiente para cada provincia; de esta manera, la probabilidad de selección de las UPM es diferente para cada dominio de la muestra. Por tanto, se aplica un factor de ponderación para cada dominio, el factor es proporcional al inverso de la probabilidad de selección de una vivienda en el dominio.

Estos pesos han sido normalizados de tal forma que el total de los mismos para todas las viviendas es igual al número de viviendas.

La segunda etapa de selección consistió en escoger 40 viviendas dentro de cada sector de la muestra, esto se lo hizo en forma aleatoria con el fin de asegurar que todas las viviendas por sector tuvieran igual probabilidad de ser seleccionadas. Para esta etapa se utilizaron los listados de viviendas producto de la actualización cartográfica, se procedió a seleccionar aleatoriamente una vivienda de partida entre la número 1 y la n; siendo n el número total de viviendas del sector, las viviendas incluidas en la muestra son la de inicio y las 39 consecutivas.

Para la tercera etapa de selección, se incluyó en un listado a todas las mujeres en edad fértil (MEF) de 15 a 49 años de edad, iniciando con la de mayor edad y prosiguiendo en forma descendente. Luego se seleccionó en forma aleatoria solamente una (MEF) por vivienda utilizando en el cuestionario del hogar un Cuadro que permite tal selección de acuerdo al último dígito del cuestionario y al número de MEF en la vivienda. La probabilidad de selección de cada entrevistada era inversamente proporcional al número de mujeres de 15 a 49 años en la vivienda. Por tanto se aplica como factor de ponderación el número de MEF en la vivienda para compensar esta desigual probabilidad de selección.

Para mujeres con hijos nacidos vivos que los tuvieron a partir de enero de 1989, se seleccionó aleatoriamente un hijo, para aplicar preguntas sobre los temas: control posparto, prevalencia y tratamiento de diarrea, infecciones respiratorias y niveles de inmunización.

Para el análisis de estos temas, se aplican factores de ponderación, con la misma metodología de compensar la probabilidad desigual de selección de los niños.

1.7 Rendimiento de la muestra

Los resultados de la cobertura de la muestra a nivel total, regional y provincial se presentan en el Cuadro 1.2; según el cual, la tasa total de respuesta para el país asciende a 91.6 por ciento, ligeramente superior para el área rural (92.2%) y muy similar con la correspondiente al área urbana (91.1%). La diferencia entre las dos áreas obedece fundamentalmente a que la tasa de mujeres entrevistadas residentes en áreas rurales (97.7%) fue un poco más alta que para mujeres del área urbana (95.4%).

En lo referente a la tasa de respuesta de hogares, ésta se sitúa en alrededor del 95 por ciento tanto a nivel nacional como para cada área.

La razón principal para la falta de respuesta de hogares en el área urbana fue la ausencia de moradores y el rechazo de viviendas; en el área rural el mayor inconveniente se originó por la falta de colaboración de ciertas comunidades indígenas, exclusivamente localizadas en la región sierra. En el caso de mujeres, su ausencia resultó ser la principal causa.

Al comparar los resultados por regiones, se establece un mejor rendimiento a nivel total y de hogares en la región costa, 94.1 y 97.6 por ciento respectivamente frente a 90.0 y 93.3

por ciento en la región sierra; en lo concerniente a mujeres, la tasa de respuesta es de alrededor del 96 por ciento en las dos regiones.

Las tasas totales registradas para las ciudades de Quito (84.2%) y Guayaquil (87.3%), evidencian las dificultades presentadas para recolectar información, principalmente en barrios residenciales, tal situación repercute al agregar las cifras a nivel de Pichincha (88.6%) y Guayas (91.2%).

La negativa de algunas comunidades rurales a proporcionar información, determinó que las provincias a las cuales pertenecen se vean afectadas en términos de su cobertura, a tal punto de ubicarse entre las de menores tasas de respuesta total, así lo demuestran las cifras correspondientes a Cotopaxi (84.3%), Bolívar (88.0%) y Chimborazo (80.2%); provincias en las cuales los porcentajes de rechazo de la comunidad con respecto al total de viviendas seleccionadas son: 10.8, 10.3 y 14.2 por ciento, respectivamente. En la provincia de Tungurahua también se presentó este problema pero en solamente el 3.4 por ciento del total de viviendas seleccionadas, razón por la cual la tasa total se mantiene en 91 por ciento. En las restantes provincias este indicador oscila entre 93 y 99 por ciento.

CUADRO 1.2

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE HOGARES Y MUJERES ELEGIBLES POR DOMINIOS,
SEGUN RESULTADO DE LAS ENTREVISTAS Y TASAS DE RESPUESTA**

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA	PAÍS					
	TOTAL		URBANA		RURAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
VIVIENDAS SELECCIONADAS						
- Elegibles identificadas(*)	14084	70.4	7573	73.7	6511	67.0
- No hay elegibles	4180	20.9	1914	18.6	2266	23.3
- Viviendas desocupadas	458	2.3	251	2.4	207	2.1
- Rechazo de viviendas	266	1.3	224	2.2	42	0.4
- Rechazo de la comunidad	387	1.9	-	-	387	4.0
- Moradores ausentes	312	1.6	220	2.1	92	0.9
- Otro	313	1.6	98	1.0	215	2.3
TOTAL	20000	100.0	10280	100.0	9720	100.0
MUJERES ELEGIBLES						
- Entrevista completa	13582	96.4	7223	95.4	6359	97.7
- MEF ausentes	318	2.3	208	2.7	110	1.7
- Rechazo de MEF	184	1.3	142	1.9	42	0.6
TOTAL ELEGIBLES	14084	100.0	7573	100.0	6511	100.0
TASAS DE RESPUESTA						
- Hogares	-	95.0	-	95.5	-	94.4
- Mujeres	-	96.4	-	95.4	-	97.7
- TOTAL	-	91.6	-	91.1	-	92.2
MEF por hogar (**)		1.09		1.16		1.03

(*) Incluye mujeres en edad fértil de 15 a 49 años (MEF) con entrevista completas, elegible ausente y rechazo de MEF

(**) Incluye todas las MEF de 15 a 49 años hayan sido o no seleccionadas

FUENTE: ENDEMANIN-94

CUADRO 1.2(cont.)

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA	REGION SIERRA							
	TOTAL		QUITO		URBANA		RURAL	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
VIVIENDAS SELECCIONADAS								
- Elegibles identificadas(*)	8188	66.0	1376	68.8	2395	69.6	4417	63.5
- No hay elegibles	2769	22.3	360	18.0	718	20.9	1691	24.3
- Viviendas desocupadas	418	3.4	91	4.6	135	3.9	192	2.8
- Rechazo de viviendas	168	1.4	75	3.7	57	1.7	36	0.5
- Rechazo de la comunidad	387	3.1	-	-	-	-	387	5.6
- Moradores ausentes	229	1.8	77	3.8	71	2.1	81	1.2
- Otro	241	2.0	21	1.1	64	1.8	156	2.1
TOTAL	12400	100.0	2000	100.0	3440	100.0	6960	100.0
MUJERES ELEGIBLES								
- Entrevista completa	7898	96.5	1261	91.6	2332	97.4	4305	97.5
- MEF ausentes	206	2.5	80	5.8	45	1.9	81	1.8
- Rechazo de MEF	84	1.0	35	2.5	18	0.8	31	0.7
TOTAL ELEGIBLES	8188	100	1376	100	2395	100	4417	100
TASAS DE RESPUESTA								
- Hogares	-	93.3	-	91.9	-	96.1	-	92.4
- Mujeres	-	96.5	-	91.6	-	97.4	-	97.5
- TOTAL	-	90.0	-	84.2	-	93.6	-	90.1
MEF por hogar (**)		1.04		1.08		1.10		1.01

(*) Incluye mujeres en edad fértil de 15 a 49 años (MEF) con entrevista completas, elegible ausente y rechazo de MEF

(**) Incluye todas las MEF de 15 a 49 años hayan sido o no seleccionadas

FUENTE: ENDEMAIN-94

CUADRO 1.2(cont.)

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA	REGION COSTA							
	TOTAL		GUAYAQUIL		URBANA		RURAL	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
VIVIENDAS SELECCIONADAS								
- Elegibles identificadas(*)	5896	77.6	1505	75.3	2297	80.9	2094	75.8
- No hay elegibles	1411	18.6	346	17.3	490	17.3	575	20.8
- Viviendas desocupadas	40	0.5	12	0.6	13	0.4	15	0.5
- Rechazo de viviendas	98	1.3	77	3.9	15	0.5	6	0.2
- Rechazo de la comunidad	-	-	-	-	-	-	-	-
- Moradores ausentes	83	1.1	50	2.5	22	0.8	11	0.4
- Otro	72	0.9	10	0.4	3	0.1	59	2.3
TOTAL	7600	100.0	2000	100.0	2840	100.0	2760	100.0
MUJERES ELEGIBLES								
- Entrevista completa	5684	96.4	1404	93.3	2226	96.9	2054	98.1
- MEF ausentes	112	1.9	49	3.3	34	1.5	29	1.4
- Rechazo de MEF	100	1.7	52	3.4	37	1.6	11	0.5
TOTAL ELEGIBLES	5896	100.0	1505	100.0	2297	100.0	2094	100.0
TASAS DE RESPUESTA								
- Hogares	-	97.6	-	93.6	-	98.7	-	99.4
- Mujeres	-	96.4	-	93.3	-	96.9	-	98.1
- TOTAL	-	94.1	-	87.3	-	95.6	-	97.5
MEF por hogar (**)		1.18		1.23		1.23		1.10

(*) Incluye mujeres en edad fértil de 15 a 49 años (MEF) con entrevista completas, elegible ausente y rechazo de MEF

(**) Incluye todas las MEF de 15 a 49 años hayan sido o no seleccionadas

FUENTE: ENDEMAIN-94

CUADRO 1.2(cont.)

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA	PROVINCIAS DE LA SIERRA									
	CARCHI		IMBABURA		PICHINCHA		COTOPAXI		TUNGURAHUA	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
VIVIENDAS SELECCIONADAS										
- Elegibles identificadas(*)	681	68.1	701	70.1	2217	69.3	559	55.9	646	64.6
- No hay elegibles	261	26.1	250	25.0	589	18.4	221	22.1	212	21.2
- Viviendas desocupadas	18	1.8	16	1.6	159	5.0	71	7.1	36	3.6
- Rechazo de viviendas	12	1.2	13	1.3	85	2.6	4	0.4	18	1.8
- Rechazo de la comunidad	-	-	-	-	-	-	108	10.8	34	3.4
- Moradores ausentes	14	1.4	10	1.0	86	2.7	9	0.9	16	1.6
- Otro	14	1.4	10	1.0	64	2.0	28	2.8	38	3.8
TOTAL	1000	100.0	1000	100.0	3200	100.0	1000	100.0	1000	100.0
MUJERES ELEGIBLES										
- Entrevista completa	661	97.1	688	98.1	2083	94.0	544	97.3	632	97.8
- MEF ausentes	14	2.1	10	1.4	95	4.3	9	1.6	10	1.5
- Rechazo de MEF	6	0.8	3	0.5	39	1.7	6	1.1	4	0.7
TOTAL ELEGIBLES	681	100.0	701	100.0	2217	100.0	559	100.0	646	100.0
TASAS DE RESPUESTA										
- Hogares	-	97.3	-	97.6	-	94.3	-	86.6	-	92.7
- Mujeres	-	97.1	-	98.1	-	94.0	-	97.3	-	97.8
- TOTAL	-	94.5	-	95.7	-	88.6	-	84.3	-	90.7
MEF por hogar (**)		0.99		1.05		1.09		1.01		1.00

(*) Incluye mujeres en edad fértil de 15 a 49 años (MEF) con entrevista completas, elegible ausente y rechazo de MEF

(**) Incluye todas las MEF de 15 a 49 años hayan sido o no seleccionadas

FUENTE: ENDEMAIN-94

CUADRO 1.2(cont.)

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA	PROVINCIAS DE LA SIERRA									
	BOLIVAR		CHIMBORAZO		CAÑAR		AZUAY		LOJA	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
VIVIENDAS SELECCIONADAS										
- Elegibles identificadas(*)	608	60.8	570	57.0	703	70.3	821	68.4	681	68.1
- No hay elegibles	258	25.8	205	20.5	237	23.7	286	23.8	250	25.0
- Viviendas desocupadas	9	0.9	11	1.1	29	2.9	42	3.5	27	2.7
- Rechazo de viviendas	3	0.3	9	0.9	6	0.6	18	1.5	-	-
- Rechazo de la comunidad	103	10.3	142	14.2	-	-	-	-	-	-
- Moradores ausentes	9	0.9	20	2.0	14	1.4	21	1.8	30	3.0
- Otro	10	1.0	43	4.3	11	1.1	12	1.0	12	1.2
TOTAL	1000	100.0	1000	100.0	1000	100.0	1200	100.0	1000	100.0
MUJERES ELEGIBLES										
- Entrevista completa	606	99.7	558	97.9	676	96.2	787	95.9	662	97.2
- MEF ausentes	1	0.2	5	0.9	24	3.4	20	2.4	18	2.6
- Rechazo de MEF	1	0.2	7	1.2	3	0.4	14	1.7	1	0.1
TOTAL ELEGIBLES	608	100.0	570	100.0	703	100.0	821	100.0	681	100.0
TASAS DE RESPUESTA										
- Hogares	-	88.3	-	81.9	-	97.9	-	96.6	-	96.9
- Mujeres	-	99.7	-	97.9	-	96.2	-	95.9	-	97.2
- TOTAL	-	88.0	-	80.2	-	94.2	-	92.6	-	94.2
MEF por hogar (**)		0.98		1.01		1.07		1.07		1.05

(*) Incluye mujeres en edad fértil de 15 a 49 años (MEF) con entrevista completas, elegible ausente y rechazo de MEF

(**) Incluye todas las MEF de 15 a 49 años hayan sido o no seleccionadas
FUENTE: ENDEMAIN-94

CUADRO 1.2(cont.)

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA	PROVINCIAS DE LA COSTA									
	ESMERALDAS		MANABI		LOS RIOS		GUAYAS		EL ORO	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
VIVIENDAS SELECCIONADAS										
- Elegibles identificadas(*)	752	75.2	924	77.0	984	82.0	2475	77.3	762	76.2
- No hay elegibles	190	19.0	253	21.1	211	17.6	545	17.0	212	21.2
- Viviendas desocupadas	23	2.3	4	0.3	0	0.0	12	0.4	1	0.1
- Rechazo de viviendas	4	0.4	6	0.5	5	0.4	78	2.4	5	0.5
- Rechazo de la comunidad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Moradores ausentes	11	1.1	8	0.7	-	0.0	56	1.8	8	0.8
- Otro	20	2.0	5	0.4	-	0.0	34	1.1	12	1.2
TOTAL	1000	100.0	1200	100.0	1200	100.0	3200	100.0	1000	100.0
MUJERES ELEGIBLES										
- Entrevista completa	727	96.7	903	97.7	979	99.5	2357	95.2	719	94.4
- MEF ausentes	20	2.7	6	0.6	-	0.0	60	2.4	26	3.4
- Rechazo de MEF	5	0.6	15	1.6	5	0.5	58	2.4	17	2.2
TOTAL ELEGIBLES	752	100.0	924	100.0	984	100.0	2475	100.0	762	100.0
TASAS DE RESPUESTA										
- Hogares	-	98.4	-	98.8	-	99.6	-	95.8	-	98.7
- Mujeres	-	96.7	-	97.7	-	99.5	-	95.2	-	94.4
- TOTAL	-	95.2	-	96.5	-	99.1	-	91.2	-	93.2
MEF por hogar (**)		1.18		1.11		1.18		1.24		1.09

(*) Incluye mujeres en edad fértil de 15 a 49 años (MEF) con entrevista completas, elegible ausente y rechazo de MEF

(**) Incluye todas las MEF de 15 a 49 años hayan sido o no seleccionadas

FUENTE: ENDEMAIN-94

1.8 Aspectos operativos de la encuesta

cuestionarios preliminares en base a los recomendados por el CDC.

El cuestionario definitivo se fijó luego de efectuado un seminario taller con la participación de los investigadores del CEPAR y asesores del CDC, el cual tuvo duración de una semana.

Cada una de las preguntas del cuestionario fueron analizadas minuciosamente, posteriormente el instrumento resultante fue sometido a una prueba tanto en áreas urbanas como en rurales, para lo cual se contó con la colaboración de cuatro encuestadoras con experiencia en este tipo de encuestas.

La planificación de la encuesta se inició en el mes de octubre de 1993; en diciembre del mismo año se estableció el diseño muestral y se elaboraron los utilizados en ENDEMAIN 1989 y los

1.8.1 Capacitación del personal de campo

1.8.1.1 Capacitación de actualizadores

El perfil de éstos requería que tengan experiencia en actualización cartográfica, manejo de escalas y elaboración de croquis y mapas. La capacitación se realizó en tres ciudades: Quito, Guayaquil y Cuenca; los contenidos estaban relacionados fundamentalmente con manejo de cartografía y técnicas de levantamiento cartográfico. En la ciudad de Quito se contó con 12 participantes, en Guayaquil 11 y en la ciudad de Cuenca 5 participantes; el tiempo de capacitación fue de dos días en cada sede.

1.8.1.2 Capacitación de coordinadores, supervisoras y entrevistadoras.

El curso de capacitación para el personal que participaría en la recolección de datos en ENDEMAIN-94, al igual que en la fase de actualización cartográfica, se lo llevó a efecto en las tres principales ciudades del país. Los encargados de la instrucción fueron investigadores del CEPAR y asesores del CDC.

Capacitación en la ciudad de Quito. Se realizó en el aula de capacitación del CEPAR entre el 9 y el 20 de mayo, contando con la asistencia de 35 aspirantes incluyendo aquellas personas que habían participado en la prueba piloto. Se seleccionaron 23 entrevistadoras, 5 supervisoras y 2 coordinadores.

Capacitación en la ciudad de Guayaquil. Tuvo lugar en el salón de actos de la Casa de la Cultura del 23 de mayo al 3 de junio, con la asistencia de 30 participantes, de entre los cuales se seleccionaron 17 encuestadoras, 4 supervisoras y 2 coordinadores

Capacitación en la ciudad de Cuenca. Se efectuó en el aula de capacitación del Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional (SECAP), del 6 al 16 de junio con la asistencia de 17 personas, 16 fueron seleccionadas: 12 entrevistadoras, 3 supervisoras y un coordinador.

La capacitación fue teórico-práctica, tuvo una duración de diez días en cada sede, con jornada matutina y vespertina. Entre los temas tratados durante el curso sobresalen los siguientes: objetivos de la investigación, técnicas de entrevista, manejo de cartografía, situación de salud de los niños menores de 5 años y de las madres y características de los métodos de planificación familiar.

Luego de las conferencias sobre estos temas, se procedió a analizar detenidamente cada una de las preguntas de los diversos capítulos de los cuestionarios de hogar e individual.

La evaluación del grado de captación de los diversos temas impartidos se realizó mediante pruebas escritas, en número de cuatro con una calificación sobre diez puntos; otro indicador tomado en cuenta fue el desenvolvimiento durante las prácticas.

Las prácticas en el aula de capacitación se realizaron mediante encuestas simuladas entre las asistentes al curso por medio de encuestas tipo, realizadas por los instructores y la colaboración de mujeres que acuden a APROFE a las cuales se aplicó los cuestionarios de hogar e individual. Las prácticas de campo se realizaron durante dos días, uno en el área urbana y el otro en el área rural.

Luego de las prácticas, se procedió a efectuar un reentrenamiento para rectificar los errores cometidos y finalmente, se seleccionó al personal definitivo.

La metodología aplicada fue la misma en las tres sedes.

1.8.2 Operativo de campo

El operativo de campo fue centralizado en tres sedes localizadas en las ciudades de Quito,

Guayaquil y Cuenca. Las sedes tenían la distribución de provincias de acuerdo a la localización geográfica, así la región sierra centro y norte tuvo como sede a Quito, esta demarcación geográfica incluye las siguientes provincias: Carchi, Imbabura, Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Bolívar y Esmeraldas; la región costa con sede en Guayaquil, incluyó las provincias de: Manabí, Los Ríos, Guayas y El Oro. La región austral (sierra sur) con sede en Cuenca, comprendió las provincias de Cañar, Azuay y Loja.

1.8.2.1 Levantamiento de la información región centro-norte

El operativo de campo de la encuesta dió inicio en la ciudad de Quito el 23 de mayo de 1994, contando con 2 coordinadores, 5 supervisoras y 23 encuestadoras; posteriormente, dos equipos se desplazaron a cubrir las provincias de Carchi e Imbabura y tres a las provincias centrales de Cotopaxi, Tungurahua, Bolívar y Chimborazo.

El levantamiento de la información en la provincia de Esmeraldas estuvo a cargo de los dos equipos, los mismos que cubrieron las provincias del norte, posteriormente se desplazaron a las provincias del centro del país y conjuntamente con los otros tres equipos finalizaron el operativo el 15 de agosto de 1994.

1.8.2.2 Levantamiento de la información región costa

ciudad de Guayaquil el 16 de junio, con la participación de 2 coordinadores, 4 supervisoras y 17 encuestadoras. Las provincias de Manabí y Los Ríos fueron cubiertas por dos equipos, El Oro y el resto de la provincia del Guayas por los restantes dos equipos.

1.8.2.3 Levantamiento de la información en el austro

campo estuvo conformado por un coordinador, 3 supervisoras y 12 entrevistadoras; el operativo comenzó en la ciudad de Cuenca el 27 de junio, continuaron con la provincia de Cañar, resto del Azuay y finalizaron con la provincia de Loja el 19 de agosto de 1994.

1.8.3 Procesamiento de datos

El programa de ingreso de datos fue elaborado en el programa SURVEY (CDC-ATLANTA), el cual está diseñado específicamente para el levantamiento de encuestas, este programa fue desarrollado con asesoría del personal técnico de CDC-Atlanta.

Durante los meses de Junio, Julio y Agosto de 1994 se realizó la digitación de la encuesta, para el efecto se integraron 2 equipos de trabajo de cuatro digitadores cada uno, laborando en dos turnos de 6 horas. Además se designó un coordinador, el cual se encargó de organizar el material recibido y distribuirlo en forma permanente a los digitadores. El proceso de carácter interactivo y dinámico implicó también sucesivas revisiones de todo el material. La información fue validada mediante un programa de inconsistencias, en el que conjuntamente con los digitadores y el coordinador realizaban los ajustes pertinentes, o de ser el caso se devolvía el material al campo para su corrección en el terreno.

El procesamiento estadístico de la información recolectada se realizó a través del Statistical Analysis System (SAS), un software desarrollado para efectuar análisis estadístico, con altos márgenes de confiabilidad.

El operativo de la región costa se inició en la

El personal participante en el operativo de

Capítulo 2

CARACTERISTICAS GENERALES DEL PAIS

R E S U M E E J E C U T I V O

El territorio ecuatoriano actualmente ocupa una superficie de 272.045 Km², tiene en 1995 una población estimada de 11'500.000 habitantes, que crece a un ritmo del 2 por ciento promedio anual. El país está conformado por cuatro regiones naturales claramente diferenciadas: Costa, Sierra, Amazónica e Insular; administrativamente se divide en 21 provincias, 196 cantones y 700 parroquias.

La población residente en áreas rurales progresivamente ha ido perdiendo importancia en favor de un proceso de urbanización, de tal manera que para 1990, más de la mitad de la población estaba radicada en las ciudades (55,4 %), influencia decisiva tiene la concentración en las dos ciudades más pobladas del país: Guayaquil y Quito, que en conjunto albergan cerca de la mitad del total de la población urbana del país (49%).

La economía ha dependido en el devenir histórico, de sucesivas exportaciones de productos tradicionales, en orden cronológico de su importancia: cacao, café, banano, petróleo, camarón y flores naturales; de éstas el petróleo constituye el principal soporte de la economía. En el aporte al PIB, el 50 por ciento proviene del sector servicios, 33 por ciento de las industrias y apenas el 17 por ciento de la agricultura, a pesar de calificarse como un país eminentemente agrícola. El ingreso per cápita anual es de \$ 1324 dólares (USA), la población económicamente activa es de 51 por ciento, un tercio de la cual labora en el sector primario de la economía.

La información proporcionada por la ENDEMAIN -94 se refiere a mujeres en edad fértil MEF; el 58 por ciento son menores de 30 años de edad, el mismo porcentaje declara encontrarse en unión legal o consensual. En relación al nivel de educación, el 5 por ciento no tienen ningún nivel de instrucción aprobado y en el otro extremo, cerca del 12 por ciento aprobó algún año de instrucción superior.

2. CARACTERISTICAS GENERALES DEL PAIS

2.1 Aspectos Geográficos

El territorio Ecuatoriano actualmente ocupa una superficie de 272.045 Km², se ubica hacia el noroeste de América del Sur, en la línea ecuatorial, a la cual debe su nombre. Limita al norte con Colombia, al este y sur con Perú y al oeste con el Océano Pacífico.

El país está conformado por cuatro regiones naturales claramente diferenciadas: costa, sierra, amazonía e insular situada en el Océano Pacífico, aproximadamente a 1.100 kilómetros de la costa. Administrativamente se divide en 21 provincias: 10 en la sierra, 5 en la región costa y 5 en la amazónica y 1 en la insular.

La cordillera de los Andes atraviesa el país de norte a sur, definiendo las tres regiones continentales. La costa o litoral se extiende desde el Océano Pacífico hasta las estribaciones occidentales de esta cordillera y comprende alrededor de la cuarta parte del territorio nacional, es una planicie baja que por su importante sistema fluvial, la fertilidad de su suelo es exuberante. La región sierra o interandina comprende la zona montañosa central, con valles situados entre 2600 y 3200 metros de altitud media, su superficie representa menos de la cuarta parte y la conforman desde tierras subtropicales hasta zonas glaciales, cubiertas de nieves perpetuas, en estas zonas se encuentran cumbres de hasta más de 6 mil metros de altitud.

La región amazónica es la más extensa del país, ocupa más de la mitad del territorio nacional, comienza en las estribaciones orientales de los Andes, a una altura de 1500 metros, formada básicamente por zonas selváticas con una altura promedio de 300 metros sobre el nivel del mar, con un sistema fluvial navegable; en esta región se hallan los yacimientos petrolíferos, principal sostén económico del país.

La región insular, por su parte, tiene alrededor de 8 mil kilómetros cuadrados de superficie, la conforman 13 islas principales, 17 islotes y 47 rocas. Las Islas Galápagos fueron declaradas por la UNESCO como Patrimonio de la Humanidad por sus características especiales de fauna, flora y geología excepcionales, lo que constituye un gran potencial turístico.

El Ecuador goza de una gama de climas. La costa es típicamente tropical, por la influencia de la corriente de Humboldt, es seca hacia el sur y húmeda hacia el norte; la sierra tiene una variedad de pisos climáticos, es templada en los valles altiplánicos, fría en las alturas y húmeda en los declives externos. En la región amazónica sobre todo en zonas cercanas a las montañas el clima es templado y sumamente húmedo.

2.2 Dinámica poblacional

La población del Ecuador a mediados del siglo XIX, se estimaba en alrededor de 650.000 habitantes, un siglo más tarde (1950 fecha del primer censo nacional), la población se quintuplica (3'2 millones de habitantes). En el transcurso de los últimos cuarenta años el volumen demográfico del país se incrementó en más de tres veces alcanzando para 1990 (fecha del último censo) 9'648.189. En las últimas cuatro décadas, el ritmo de crecimiento fue acelerado, alcanza su máximo valor en el primer quinquenio de la década de los setenta (3.1%), a partir de esta fecha inicia un sostenido descenso, hasta alcanzar en el último período intercensal una tasa de crecimiento de 2.1 por ciento anual (1982-1990). El comportamiento demográfico ecuatoriano es explicable por el menor crecimiento vegetativo, fundamentado por la persistente baja de la fecundidad, acaecida en las dos últimas décadas, ésta es diferencial por áreas, siendo más acentuada en áreas urbanas.

La densidad poblacional es de 42 habitantes por Km², es heterogénea al interior del país, con valores que fluctúan entre un mínimo de 12 a 136 en diferentes provincias. El poblamiento del país es heterogéneo, con una concentración de la población en los dos polos de desarrollo: Quito, capital de la República y Guayaquil el puerto principal; la distribución a nivel de provincias ha sufrido cambios importantes en el tiempo, permitiendo redistribuciones importantes como efecto de los sucesivos procesos migratorios y de los diferentes niveles de desarrollo alcanzados.

Según las últimas estimaciones y proyecciones, la población del país será para el año 2.000 de 12.6 millones, con un tasa de crecimiento de alrededor del 1.8 % anual, este indicador está determinado principalmente por los incrementos poblacionales de las ciudades.

El crecimiento demográfico del Ecuador se debe fundamentalmente a las diferencias entre nacimientos y defunciones, el aporte del saldo migratorio externo no ha sido muy significativo.

La mortalidad inició su descenso hacia fines del siglo pasado, gracias a mejoras en salud, principalmente logradas por el control de epidemias (inmunizaciones masivas, antibióticos) y aumento en servicios de saneamiento ambiental (suministro de agua y sistema de eliminación de aguas servidas). La tasa bruta de mortalidad ha caído de 30 por mil en 1920 a 6 en la actualidad (1995). Se estima que la esperanza de vida de los ecuatorianos es del orden de los 69 años.

Los niveles de la Tasa Bruta de Natalidad, se mantuvieron altos y constantes hasta inicios de la década del 70, con una tasa de 46 por mil habitantes en esta época se inicia un descenso sostenido de la natalidad y consecuentemente del crecimiento poblacional; para el período 1990-1995 la tasa declina a un nivel de 28 por mil.

La Tasa Global de Fecundidad (número promedio de hijos vivos por mujer durante su período reproductivo), se mantuvo alta en alrededor de 7 hijos hasta finales del 70, iniciándose una disminución que se evidencia más en los últimos quince años, cuando este indicador alcanza 3.6 hijos en promedio en 1994.

2.3 Proceso de urbanización

El proceso de redistribución de la población en el ámbito geográfico del país ha estado influenciado por persistentes movimientos iniciados con fuerza a partir de los años 70 como consecuencia de la masiva migración campo-ciudad, proceso simultáneo con el crecimiento económico a raíz del "boom petrolero".

La población residente en áreas rurales hacia 1950, era cerca de las tres cuartas partes del total. Progresivamente ha ido perdiendo importancia, de tal manera que para 1990, más de la mitad de la población estaba radicada en las ciudades (55,4 %). Decisiva influencia tiene la concentración poblacional de las dos principales ciudades más pobladas del país: Guayaquil y Quito, que en conjunto albergan cerca de la mitad del total de la población urbana del país (49%). Esta tendencia se acentuará, según las estimaciones y proyecciones para el año 2000, año en que el país contará con un 63 por ciento de población urbana. El creciente volumen de población urbana requerirá de incrementos de la cobertura y calidad de la infraestructura básica, educación, salud, seguridad, vivienda, empleo, etc.

2.4 Aspectos económicos y sociales

Tradicionalmente el comercio exterior y la economía del país ha sido determinada por la exportación monoproduciva, aunque cambiante en el tiempo, primero fue el cacao, luego el café, a continuación el banano y a partir de 1972 la exportación del petróleo, que a la presente fecha es eje fundamental de la economía del país. A mediados de la década de los 80 toma importancia la introducción en el comercio exterior de productos del mar, principalmente de camarón y en el último quinquenio toma auge la exportación de flores naturales, en especial al mercado norteamericano.

En Ecuador el sector agrícola persiste en su predominio; en el labora un tercio de la población económicamente activa, aunque en la última década ha cedido importancia relativa en beneficio del sector terciario de la economía (sector que tiene primacía en las ciudades). La estructura del PIB, está constituida por el aporte del 50 por ciento del sector servicios, 33 por ciento de las industrias y apenas el 17 por ciento generado por la agricultura. El ingreso per cápita anual es de U.S. \$ 1.324, el PIB U.S. \$14.540 millones, en una población económicamente activa del 51 por ciento.

El Ecuador, al igual que la mayoría de los países en vías de desarrollo, atraviesa momentos críticos en su economía, agudizados en la presente década debido a su

estructura dependiente, es básicamente exportador de materias primas, sujetas a bajos volúmenes y niveles de precios, a lo cual se suman importantes importaciones de productos manufacturados que deterioran los términos económicos de intercambio del país lo que produce una balanza comercial negativa. El crecimiento económico del país resulta insuficiente para resolver los prioritarios y graves problemas de índole económica y social.

Los altos intereses de la deuda externa y la satisfacción de la demanda de una población cuyo ritmo de crecimiento ha determinado una progresiva población dependiente, agudizan los graves problemas de desocupación, subempleo, alimentación, salud, educación, empleo, etc., que no permite equilibrar el desarrollo del país.

El proceso inflacionario en el país en los últimos años se ha incrementado en forma galopante, con el consiguiente deterioro de la capacidad adquisitiva. De un índice de 484,7 en 1986 a 10.993,5 en 1994, lo que ha engrosado la proporción de la población afectada por la crisis económica. Factor que también ha deteriorado los presupuestos públicos asignados al sector social.

Entre los aspectos sociales que merecen destacarse se encuentran la disminución importante de los niveles de analfabetismo, en los últimos 20 años cayeron a la mitad, ubicándose para el año 1990 en el 10 por ciento, sin embargo, el indicador es diferencial por áreas geográficas, en las ciudades prácticamente se ha erradicado, mientras en áreas rurales el indicador es alto.

Entre los aspectos de salud, para 1994 el 63,5 por ciento de los nacimientos fueron atendidos por profesionales según la estadística vital. Existen 12 médicos por cada 10.000 habitantes (1 médico para 833 personas), entre las principales causas de muerte se mantienen las infecciosas, parasitarias y respiratorias.

La atención primaria de la salud (APS) en el país se fundamenta en dos pilares fundamentales que incluye la atención de la salud genésica y los servicios de planificación de la familia, la oferta de servicios de salud está a cargo de organismos públicos y privados, que en forma coordinada, han contribuido al mejoramiento de las condiciones de salud de la madre y el niño ecuatoriano.

2.5. Política Nacional de Población

El Ecuador cuenta con una Política de Población, desde el 26 de octubre de 1987, su objetivo es planificar y ejecutar acciones para fomentar una relación coherente y adecuada entre el crecimiento, tamaño, estructura y distribución territorial de la población y el proceso de desarrollo socio-económico del país, propendiendo el mejoramiento de las condiciones de vida de sus habitantes, respetando y haciendo respetar los derechos y deberes establecidos en la Constitución Política.

La Política de Población garantiza los derechos de las personas, propugna la paternidad responsable y la educación apropiada para la promoción de la familia, y garantiza el derecho de los padres a tener el número de hijos que puedan mantener y educar.

2.5.1. Plan de acción en población

En 1994 el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE), expidió el "Plan de Acción en Población" cuyos lineamientos estratégicos y líneas básicas de acción se especifican en 5 programas:

- Incorporación de las variables demográficas a la planificación del desarrollo
- Salud Materno-infantil y planificación familiar
- Educación, Información y Comunicación en Población
- Migración y Distribución espacial
- Población y medio ambiente.

DATOS BASICOS DEL ECUADOR

Indicadores Demográficos, 1995 (proyecciones oficiales)

Población total (millones)	11.4
% de población urbana	60.6
Tasa de crecimiento (1990-1995)	2.2
Tiempo de duplicación de la población	33.3
Tasa bruta de natalidad (por mil) 1990-1995	28.2
Tasa bruta de mortalidad (por mil) 1990-1995	6.2
Esperanza de vida al nacer 1990-1995	68.8
Tasa Global de Fecundidad (1990-1995)	3.5
Tasa bruta de reproducción	1.7

Estadísticas Vitales (1993)

Establecimientos de Salud	3.312
Camas hospitalarias	17.345
% de ocupación de camas	56.0
Nacidos vivos	314.522
Defunciones totales	52.453
Defunciones fetales	3.532
Tasa bruta de natalidad (por mil)	18.2
Tasa bruta de mortalidad (por mil)	4.8
Tasa de Médicos (por 10.000 habitantes)	12
Tasa de Odontólogos (por 10.000 habitantes)	1.7
Tasa de Enfermeras (por 10.000 habitantes)	3.9
Tasa de Obstetras (por 10.000 habitantes)	0.6
Tasa de Auxiliares (por 10.000 habitantes)	12.3

Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN-94)

Población investigada	
Mujeres de 15-49 años	13.582
Niños nacidos en los últimos 5 años	8.938
Nacidos vivos menores de 5 años	8.887
Niños en edad escolar	10.966
% de población urbana	59.1
% con instrucción secundaria o más	52.7
% de mujeres unidas	58.6
Edad mediana a la primera unión	20.7
Edad mediana a la primera relación sexual	19.8
Duración media en meses de:	
Amenorrea posparto	7.5
Abstinencia posparto	2.7

Adolescentes (15-19 años)

% adolescentes que son madres	13.3
% adolescentes que están embarazadas por primera vez	4.2

Adultas Jóvenes (15-24 años)

% de madres que desean hijos	74.4
Promedio ideal de hijos	2.2
Concepciones premaritales	27.1

Fecundidad (15-49 años)

Tasa global de fecundidad	3.6
% de deseo de más hijos	38.2
Promedio ideal de hijos	2.7

Conocimiento y uso de anticonceptivos

% de conocimiento de métodos	92.6
de planificación familiar	91.8
% de conocimiento de métodos modernos	56.8
Prevalencia anticonceptiva	45.5
Prevalencia de métodos modernos	10.2
Prevalencia de uso:	
Píldora	19.8
Esterilización femenina	11.8
DIU	2.6
Condón	7.4
Abstinencia periódica (ritmo)	3.5
Otros métodos tradicionales	1.5
Edad promedio al primer uso	24.2

Mortalidad y Salud Materno-infantil

Tasa de mortalidad infantil (por mil n.v.)	40
Tasa de mortalidad de menores de 5 años	51

Atención Materna

% de madres con asistencia profesional en el parto	74.7
% de partos por cesárea	17.1
% de madres con control posparto	33.3

Vacunación

% de niños menores de 5 años con carnet de salud infantil	50.6
% de niños que han tenido vacunación completa	78.3
BCG	95.8
DPT (tres dosis)*	84.8
Polio (tres dosis)*	83.5
Antisarampionosa**	84.7
Todas las vacunas**	78.3

Prevalencia de enfermedades en menores de 5 años

(en las dos semanas anteriores a la investigación)	
% de niños con diarrea	19.2
% de niños con I.R.A.	59.4

Lactancia

Duración media de la lactancia exclusivamente (meses)	2.0
% de niños de 0 a 2 meses que están amamantando exclusivamente	39.0
% de niños menores de 6 meses que están amamantando exclusivamente	18.6

* Excluye menores de 6 meses de edad

** Excluye menores de 9 meses de edad

Capítulo 3

**CARACTERISTICAS DE: VIVIENDAS, MEF, Y
NACIDOS VIVOS EN LOS CINCO AÑOS
ANTERIORES A LA ENCUESTA (JULIO DE 1989 A
MAYO DE 1994)**

R E S U M E E J E C U T I V O

La ENDEMAIN-94, por primera vez en el país, tiene representatividad a nivel de las 10 provincias de la sierra y 5 de la costa.

Del total de MEFs identificadas (equivalente a 14.084 viviendas), se realizaron 13.582 entrevistas completas, lo que representa el 96.4 por ciento de cobertura, algo superior a la obtenida con la ENDEMAIN de 1989, que fue del 94.7 por ciento.

La información sobre la disponibilidad de los servicios básicos e infraestructura de las viviendas donde viven las mujeres investigadas en edad fértil, permite visualizar los marcados diferenciales de cobertura de servicios, que no guardan relación con los ritmos de crecimiento de la población y el grado de desarrollo alcanzado por cada área, región o provincia.

La jerarquía porcentual de las viviendas de acuerdo al tipo, tiene un comportamiento similar en todos los dominios de estudio, predominio de casas independientes, seguidos en importancia relativa por los departamentos. Sin embargo, los pesos relativos difieren significativamente de acuerdo a la región, área y ciudad. Los resultados de la investigación, confirma la estructura porcentual del tipo de tenencia de la vivienda (propia, arrendada, gratuita o por servicios), jerárquicamente ordenada de esta forma y que se observa desde 1982.

El acceso al líquido vital, presenta una heterogénea cobertura en el país. La disponibilidad de agua al interior de la vivienda, no alcanza ni a la mitad de las viviendas investigadas (46.5%). El 72 por ciento de las viviendas tienen agua por red pública (dentro y fuera de la vivienda), proporción que desciende del 85.9 por ciento en el área urbana al 52.8 por ciento en la rural.

A nivel provincial y tomando los extremos, sobresalen por su alta y baja cobertura de este importante servicio las provincias del Carchi y Los Ríos con el 92.3 y 43.8 por ciento, respectivamente. A nivel global menos de la mitad de las viviendas (45.8%) disponen de servicio higiénico de uso exclusivo.

La disponibilidad también es heterogénea a nivel provincial, Pichincha (65.4%), Carchi (59.0%) y Guayas (51.0%) son las provincias con mayor cobertura de este servicio, en el otro extremo están Los Ríos (27.%) y Cotopaxi ((29.1%). El 35.2 y 41.2 por ciento de las mujeres de las provincias de Cañar y Loja,

RESUMEN EJECUTIVO

respectivamente, reportaron no tener ningún tipo de servicio sanitario en sus viviendas.

En 8 de cada diez viviendas del país se utiliza gas para cocinar. Esta proporción asciende en las ciudades de Quito (98.3%) y Guayaquil (97.5%). La tercera parte de las mujeres rurales declararon que en sus viviendas aún se cocina con leña.

De acuerdo a los resultados de la presente encuesta, se puede afirmar que en el Ecuador, 9 de cada 10 viviendas cuentan con servicio de energía eléctrica.

En el país, alrededor del 18 por ciento reportaron disponer en sus viviendas de servicio telefónico.

A nivel general, el 87.4 por ciento y el más de las tres cuartas partes de las viviendas (77.7%) cuentan con radio y televisor, medios de comunicación que permiten un mayor contacto y conocimiento de la realidad nacional; 80.4 y 70.4 por ciento de plancha y licuadora, respectivamente; cerca de la mitad (45.7%) con refrigerador, porcentajes que no son muy diferentes entre regiones, pero sí entre áreas y provincias.

A nivel nacional, alrededor del 58 por ciento son mujeres menores de 30 años de edad, con relación a residencia urbana y rural, no existen mayores diferencias en el porcentaje de mujeres menores de 30 años de edad.

El 5 por ciento de las MEFs no tienen ningún nivel de instrucción aprobado y en el otro extremo, cerca del 12 por ciento ha aprobado algún año de instrucción superior.

El nivel de instrucción es uno de los factores que mejor define las diferencias socio-demográficas. La información permite ratificar la tendencia ascendente del nivel educativo, mayor porcentaje de mujeres que han concluido la instrucción primaria y algún año de instrucción secundaria, en todos los grupos de edad.

La información revela que alrededor del 41 por ciento de las mujeres son rurales, pero aportan con cerca de la mitad de los nacidos vivos (48,9%).

RESUMEN EJECUTIVO

Al clasificar según las condiciones de infraestructura y disponibilidad de electrodomésticos de las viviendas donde viven las mujeres, aquellas que pertenecen al nivel alto (42 %) de las mujeres que disfrutan de mejor confort y condiciones de higiene y salud, apenas aportan con el 28 por ciento de los nacimientos registrados por la encuesta.

Los nacidos vivos de acuerdo a la edad de la madre al momento del nacimiento, revela que el 18.2 por ciento son de madres menores de 20 años, en el área rural el cinco por ciento de los nacimientos corresponden a madres entre 40 a 49 años. Los nacimientos de acuerdo al sexo en el área rural por cada 100 niñas nacieron 109 varones, índice que es más bajo en el área urbana.

3. CARACTERISTICAS DE: VIVIENDA, MUJERES EN EDAD FERTIL (MEF) Y NACIDOS VIVOS EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA (JUNIO 1989 A MAYO 1994).

3.0 Resultado de las entrevistas

Guayaquil, resto urbano costa, y rural costa. Además, por primera vez en el país la ENDEMAIN-94, tiene representatividad a nivel de las 10 provincias de la sierra y 5 de la costa.

**CUADRO 3.1
RESULTADO DE LAS VISITAS Y ENTREVISTAS, POR AREA Y REGION. DISTRIBUCION PORCENTUAL**

RESULTADO DE LAS ENTREVISTAS	PAÍS			REGION SIERRA				REGION COSTA		
	Total ^{1/}	Urbana	Rural	Total	Quito	Resto Urbano	Rural	Total	Guayaquil	Resto Urbano
VIVIENDAS:										
- Elegible identificada(*)	71.8	73.7	69.8	68.2	68.8	69.6	67.2	77.6	75.2	80.9
- No hay elegibles	21.3	18.6	24.3	23.0	18.0	20.9	25.7	18.4	17.3	17.3
- Viviendas desocupadas	2.3	2.4	2.2	3.5	4.6	3.9	2.9	0.4	0.6	0.4
- Rechazo de viviendas	1.4	2.2	0.4	1.4	3.8	1.7	0.6	1.5	3.9	0.5
- Moradores ausentes	1.6	2.1	1.0	1.9	3.9	2.1	1.2	1.2	2.5	0.8
- Otro	1.6	1.0	2.3	2.0	1.0	1.9	2.4	0.9	0.5	0.1
TOTAL Nº de viviendas	100.0 19613	100.0 10280	100.0 9333	100.0 12013	100.0 2000	100.0 3440	100.0 6573	100.0 7600	100.0 2000	100.0 2840
MUJERES ELEGIBLES:										
- Entrevistas completas	96.4	95.4	97.7	96.5	91.6	97.4	97.5	96.4	93.3	96.9
- MEF ausentes	2.3	2.8	1.7	2.5	5.8	1.9	1.8	1.9	3.3	1.5
- Rechazo de MEF	1.3	1.9	0.6	1.0	2.6	0.7	0.7	1.7	3.5	1.6
TOTAL Nº de elegibles	100.0 14084	100.0 7573	100.0 6511	100.0 8188	100.0 1376	100.0 2395	100.0 4417	100.0 5896	100.0 1505	100.0 2297

(*) Incluye mujeres en edad fértil de 15 a 49 años (MEF) con entrevistas completas, elegible ausente y rechazo de la MEF.

^{1/} No incluyen 387 viviendas de sectores en donde no se pudo acceder por motivos de seguridad.

FUENTE: ENDEMAIN-94

Por oposición manifiesta de autoridades de las comunidades rurales campesinas de las provincias centrales del país (Chimborazo, Bolívar, Cotopaxi y Tungurahua) no se pudo efectuar la encuesta en 387 viviendas. A nivel del país en 6.9 por ciento de las viviendas seleccionadas no se realizó la entrevista por diferentes motivos (viviendas desocupadas, rechazo, moradores ausentes y otro). En la quinta parte de las viviendas no se encontró mujeres en edad fértil; y, el 71.8 por ciento de las viviendas tenían al menos una mujer en edad fértil (MEF) de 15 a 49 años, identificada para la entrevista.

Del total de MEFs identificadas (equivalente a 14.084 viviendas), se realizaron 13.582 entrevistas completas, lo que representa el 96.4 por ciento de cobertura, algo superior a la obtenida con la ENDEMAIN de 1989, que fue del 94.7 por ciento. A nivel de dominios de estudio que aparecen en el Cuadro 3.1, la cobertura fluctúa entre el 91.6 por ciento en Quito a 98.1 por ciento en el área rural de la costa.

En el resto de cuadros, los porcentajes corresponden a cifras ponderadas, también contienen los números de casos no ponderados que permiten garantizar la consistencia en los resultados. Ello obedece a que se utilizaron factores de ponderación para compensar la probabilidad de selección que tuvieron las MEFs, la misma que fue inversamente proporcional al número de MEFs que había en la vivienda.

3.1 Características Generales de las viviendas

El acceso a una vivienda adecuada, es una necesidad y un derecho de la familia que debe asegurar un estándar mínimo de habitabilidad, vinculada al cumplimiento de ciertas necesidades biológicas y sociales básicas, en cuanto a condiciones de privacidad y de confort mínimo, que están relacionadas con las condiciones de higiene y salud, aspectos que afectan a la calidad de vida de la población.

Conocer el estado de las viviendas y los diferentes niveles de satisfacción de las necesidades básicas, representan variados niveles de bienestar económico y social en una población. La disponibilidad y acceso a servicios básicos adecuados, tales como agua, servicio eléctrico, sanitario y de higiene, se encuentran asociados con mejores condiciones de salud, en particular de los niños.

La información sobre disponibilidad de los servicios básicos e infraestructura de las viviendas, donde viven las mujeres en edad fértil investigadas, clasificada de acuerdo a desagregaciones político-administrativas o dominios de estudio, permite visualizar los marcados diferenciales de cobertura de servicios que no guarda relación con los ritmos de crecimiento de la población y el grado de desarrollo alcanzado por cada área, región o provincia, que en parte se relaciona con los niveles de fecundidad y de mortalidad especialmente de la niñez.

3.1.1 Tipo.

Uno de los aspectos sobre calidad de la vivienda, es la clasificación sobre el tipo de vivienda (casa independiente, departamento, cuarto en casa de inquilinato, mediaguas, covachas y otros), que cada sociedad ha diseñado de acuerdo a sus necesidades, recursos disponibles, medio ambiente natural y social.

CUADRO 3.2
CARACTERISTICAS DE LAS VIVIENDAS*, POR DOMINIOS DE ESTUDIO

CARACTERISTICAS	PAIS			REGION SIERRA				REGION COSTA			
	Total	Urbana	Rural	Total	Quito	Resto Urbano	Rural	Total	Guayaquil	Resto Urbano	Rural
TIPO DE VIVIENDA											
Casa independiente	69.0	62.1	78.4	64.6	38.4	56.7	80.6	73.1	75.9	68.9	75.2
Departamento	11.4	17.8	2.7	16.1	38.0	22.3	3.0	6.9	8.7	9.8	2.3
Cuarto en casa de inquilinato	7.7	11.5	2.5	10.0	18.6	15.3	3.5	5.5	7.9	7.6	1.2
Mediaguas	7.4	5.8	9.6	7.1	4.0	4.3	9.8	7.8	4.2	9.3	9.3
Covacha/otras	4.5	2.8	6.8	2.2	1.0	1.4	3.1	6.7	3.3	4.4	12.0
TIPO DE TENENCIA											
Propia	69.1	60.6	80.6	64.5	42.5	53.7	79.9	73.5	70.0	68.9	81.5
Arrendada	19.5	28.4	7.5	23.8	45.4	35.5	8.2	15.4	21.0	19.2	6.5
Gratuita o por servicio	10.5	10.1	11.2	10.3	10.2	9.4	10.7	10.8	8.7	11.5	11.9
Otra	0.8	0.9	0.7	1.4	1.9	1.4	1.2	0.3	0.3	0.4	0.1
FUENTE DE ABASTECIMIENTO DE AGUA:											
Red pública dentro de la vivienda											
Red pública fuera de la vivienda	46.5	62.6	24.9	55.0	80.4	76.3	32.8	38.6	50.8	52.1	13.4
Agua de pozo	25.2	23.2	27.9	25.9	13.5	18.4	35.3	24.5	26.9	29.3	17.5
Río/vertiente/acequia/canal	12.8	3.4	25.4	5.2	1.3	3.5	7.9	19.9	0.1	7.3	50.4
Camión tanquero	6.8	0.3	15.5	10.5	1.0	0.3	19.8	3.2	-	0.2	9.2
Otro	6.2	9.1	2.3	0.9	3.3	0.1	0.3	11.2	21.4	8.4	5.3
2.5	1.4	4.0	2.5	0.5	1.4	3.9	2.6	0.8	2.5	4.2	
SERVICIO SANITARIO											
Excusado uso exclusivo	45.8	63.6	22.0	49.4	72.7	72.8	27.1	42.6	62.4	52.5	14.6
Excusado uso común	9.6	12.8	5.2	13.8	21.3	20.7	7.0	5.6	6.1	8.0	2.6
Letrina	21.9	13.4	33.3	16.5	2.9	2.6	29.6	27.0	18.8	22.8	38.7
No tiene	15.4	4.1	30.6	19.0	2.2	3.1	34.6	11.8	4.4	5.6	24.9
Otro	7.3	6.1	8.9	1.3	0.9	0.8	1.7	13.0	8.3	11.1	19.2
COMBUSTIBLE PARA COCINAR											
Gas	84.0	97.3	66.1	81.1	98.4	97.2	65.1	86.9	97.5	96.5	67.5
Leña/carbón	15.4	1.9	33.5	18.5	1.3	2.3	34.4	12.4	0.4	3.3	32.3
Otro (electricidad,etc.)	0.6	0.8	0.4	0.4	0.3	0.5	0.5	0.7	2.1	0.2	0.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº de casos	13582	7223	6359	7898	1261	2332	4305	5684	1404	2226	2054

*Viviendas donde residen MEF

FUENTE: ENDEMAIN-94

El 69 por ciento de las viviendas investigadas fueron catalogadas como casa independiente (sin hacer diferenciación sobre la gran heterogeneidad en los materiales de construcción, área, número de cuartos, etc.), un 11.4 por ciento como departamentos (identificados por ser independientes y disponer los servicios básicos al interior de la vivienda); las categorías de: cuartos en casa de inquilinato, mediaguas, covachas u otros tipos en conjunto representan casi un quinto de las viviendas investigadas.

La jerarquía porcentual de las viviendas de acuerdo al tipo, tiene un comportamiento similar en todos los dominios de estudio, predominio de casas independientes, seguidos en importancia relativa por los departamentos. Sin embargo, los pesos relativos difieren significativamente de acuerdo a la región, área y ciudad: mayor concentración de casas independientes en la región costa, resto urbano y en el puerto principal; mientras en la sierra, sólo el área rural concentra a 8 de cada diez viviendas catalogadas como casas (Cuadro 3.2).

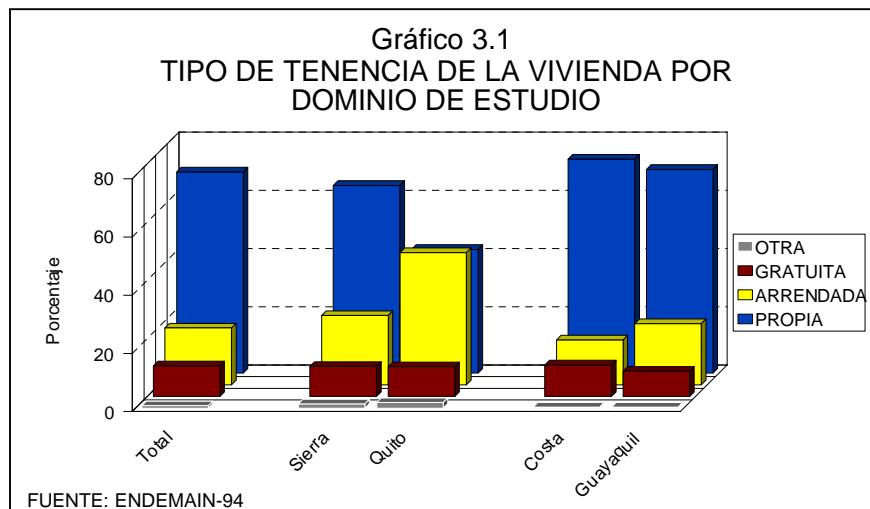
A nivel de las dos ciudades más pobladas del país, el comportamiento es diferente: en Quito los departamentos y casas comparten iguales porcentajes (38 %), en cambio

Guayaquil más de las tres cuartas partes de las viviendas fueron catalogadas como casas. La categoría cuartos en casa de inquilinato tiene cierta importancia únicamente en la las ciudades de la sierra.

3.1.2 Tenencia

Los resultados de la investigación confirman la estructura porcentual del tipo de tenencia de la vivienda (propia, arrendada, gratuita o por servicios), observada en la información censal (1982 y 1990).

El acceso a vivienda propia es más alta en las áreas rurales de las dos regiones del país (gráfico 3.1), donde alrededor del 80 por ciento habita en viviendas propias. En las áreas urbanas mayor porcentaje de propiedad se da en la costa (debido posiblemente a la influencia de las invasiones y al menor costo de construcción que se requiere por la influencia del tipo de material utilizado en esta región). El tipo de tenencia "arrendada" cobra mayor importancia en las ciudades de la sierra, principalmente en la Capital de la República, en la cual ocupa el primer lugar (45.4%).



3.1.3 Infraestructura y equipamiento

principales necesidades de la colectividad, presentan diferentes niveles de cobertura dependiendo de las desagregaciones geográficas del país, principalmente referente a provincias históricamente deficitarias, con mayor incidencia en áreas rurales.

Los servicios básicos e infraestructura sanitaria de la vivienda destinada a satisfacer efectivamente las

CUADRO 3.3
SERVICIOS BASICOS DE LAS VIVIENDAS POR PROVINCIAS.

CARACTERISTICAS	PROVINCIAS DE LA SIERRA										PROVINCIAS DE LA COSTA				
	Carchi	Imbabura	Pichincha	Cotopaxi	Tungurahua	Bolívar	Chimborazo	Cañar	Azuay	Loja	Esmeraldas	Manabí	Los Ríos	Guayas	El Oro
AREA:															
- Urbana	49.2	48.4	71.3	21.8	37.0	18.4	32.1	27.7	36.1	40.8	54.9	45.4	40.9	79.2	73.4
- Rural	50.8	51.6	28.7	78.2	63.0	81.6	67.9	72.3	63.9	59.2	45.1	54.6	59.1	20.8	26.6
FUENTE DE ABASTECIMIENTO DE AGUA:															
- Red públ. dentro de la vivienda.	56.7	47.7	69.0	28.3	45.6	37.4	51.1	41.6	55.6	44.1	34.0	37.2	25.3	42.5	39.2
- Red públ. fuera de la vivienda.	35.6	42.8	17.1	45.0	43.7	24.3	18.2	25.2	22.7	32.2	25.2	16.1	18.5	27.0	37.3
- Aqua de pozo	0.8	1.9	6.1	4.8	0.8	9.6	2.1	15.5	7.5	2.1	15.4	34.9	47.6	11.2	3.2
- Río/verliente/acequia/canal	6.2	6.2	4.2	11.3	6.2	24.3	23.6	16.1	13.1	19.9	17.6	4.2	7.6	0.1	3.2
- Camión tanquero	0.0	0.2	2.1	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	6.5	4.6	0.1	16.6	13.1
- Otro	0.8	1.2	1.5	10.7	3.2	4.4	5.0	1.6	1.0	0.8	1.4	3.0	0.9	2.7	4.0
SERVICIO SANITARIO:															
- Escusado uso exclusivo	59.0	47.7	65.4	29.1	41.3	40.0	38.9	35.2	43.7	29.8	42.2	32.4	27.1	51.0	36.7
- Escusado uso común	16.3	11.6	20.8	9.7	18.6	4.7	6.3	3.6	5.8	11.0	11.4	3.4	3.9	5.8	6.8
- Letrina	13.0	11.3	7.6	35.5	27.4	28.5	25.1	22.0	19.2	15.9	18.2	29.6	29.6	26.1	29.4
- No tiene	10.4	27.3	5.2	25.1	11.5	26.2	28.8	35.2	30.2	41.2	23.5	12.1	16.6	9.0	13.5
- Otro	1.2	2.0	1.0	0.6	1.3	0.7	0.9	4.0	1.0	2.1	4.7	22.5	22.9	8.0	13.6
COMBUSTIBLE PARA COCINAR:															
- Gas	79.4	75.9	94.6	56.3	76.7	58.2	65.7	85.2	84.5	65.7	89.0	65.7	83.6	94.2	95.0
- Leña/Carbón	20.4	24.1	4.9	43.6	23.0	41.6	33.4	14.8	15.1	33.8	11.0	34.0	16.3	4.5	4.9
- Otro (electricidad, etc.)	0.2	0.0	0.6	0.1	0.3	0.2	0.9	0.0	0.4	0.5	0.0	0.3	0.1	1.3	0.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº de casos	661	688	2084	544	632	606	558	676	787	662	727	903	979	2356	719

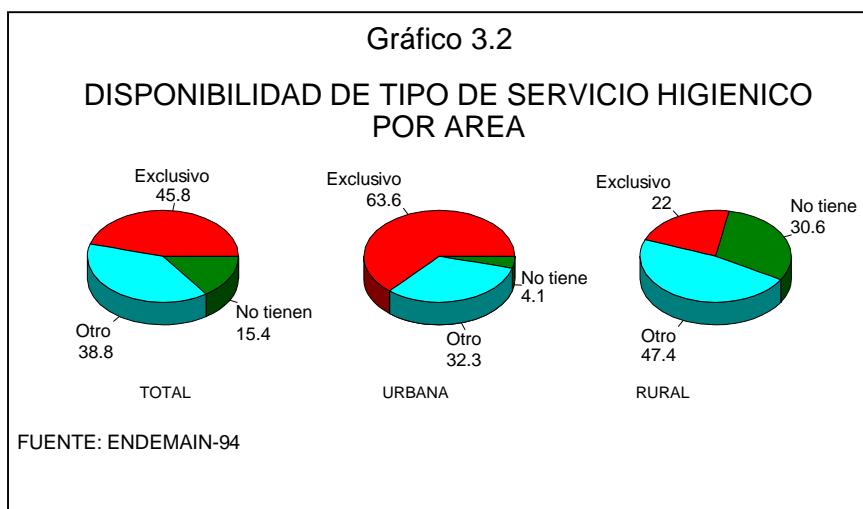
FUENTE: ENDEMAIN-94

3.1.3.1 Abastecimiento de agua.

La disponibilidad permanente de agua en cantidad y calidad adecuada para beber, cocinar y atender las necesidades de higiene personal en cada vivienda, es un requisito indispensable que tiene relación directa con las condiciones de vida, salud e índices de mortalidad infantil, cualquiera sea su localización geográfica.

El acceso al líquido vital, presenta una cobertura heterogénea en el país. La disponibilidad de agua al interior de la vivienda, no alcanza ni a la mitad de las viviendas investigadas (46.5%) y alrededor del 72 por ciento de las viviendas tienen agua por red pública (dentro y fuera de la vivienda), proporción que desciende del 85.8 por ciento en el área urbana, al 52.8 por ciento en la rural y del 94.7 por ciento en el resto urbano de la sierra a apenas cerca de un tercio (30.9%) en el área rural de la costa. Ni Quito ni Guayaquil superan la relativa alta cobertura que tienen otras ciudades de las dos regiones, hecho que seguramente tiene que ver con el tamaño poblacional y ritmo de crecimiento de las dos ciudades, su desordenado crecimiento, la ausencia de planificación urbana y la proliferación de asentamientos humanos en condiciones socioeconómicas deficientes.

A nivel provincial y tomando los extremos, el abastecimiento de agua (dentro y fuera de la vivienda) sobresalen por su alta y baja cobertura de este importante servicio las provincias del Carchi y Los Ríos con el 92.3 y 43.8 por ciento, respectivamente. En general, las provincias de la sierra, con el 80.9 por ciento de cobertura, superan a las de la costa en la provisión de este servicio, las cuales tienen en conjunto una cobertura del 63 por ciento (Cuadro 3.3).



3.1.3.2 Servicio Sanitario.

Entre la infraestructura sanitaria de la vivienda está la disponibilidad de servicio higiénico destinado a la higiene personal y eliminación de excretas en condiciones aceptables de salubridad y privacidad, factor que contribuye a mejorar los niveles de vida y de confort.

A nivel global, menos de la mitad de las viviendas (45.8%) disponen de servicio higiénico de uso exclusivo, disponibilidad que es diferencial principalmente entre áreas urbanas y rurales y regiones, mayor cobertura en las ciudades y entre ellas sobresalen las de la sierra. La proporción desciende de alrededor del 73 por ciento en ciudades de la sierra a sólo un 14.7 por ciento en áreas rurales de la costa. Es importante señalar que, más de la tercera parte de viviendas del área rural de la sierra (34.6%) y en la cuarta parte de los sectores rurales de la costa (24.9%) no tienen ningún sistema de servicio higiénico. La disponibilidad también es heterogénea a nivel provincial, Pichincha (65.4%), Carchi (59.0%) y Guayas (51.0%) son las provincias con mayor cobertura de este servicio, en el otro extremo están Los Ríos (27.0%) y Cotopaxi (29.1%). El 35.2 y 41.2 por ciento de las mujeres de las provincias de Cañar y Loja, respectivamente, reportaron no tener ningún tipo de servicio sanitario en sus viviendas (Cuadro 3.3).

3.1.3.3 Combustible para cocinar

La utilización del tipo de combustible para cocinar es un indicador del nivel de comodidad de la población. En 8 de cada diez viviendas del país se utiliza gas. Esta proporción asciende en las ciudades de Quito (98.4%) y Guayaquil (97.5%), y desciende al 66.1 por ciento en áreas rurales sin mayores diferencias entre sierra y costa. La tercera parte de las mujeres rurales declararon que en sus viviendas aún se cocina con leña, combustible de mayor uso en la sierra, principalmente en las provincias centrales (Cotopaxi y Bolívar) y en Manabí en la costa. En las provincias de El Oro, Pichincha y Guayas, el uso del gas como combustible para cocinar supera el 94 por ciento (Cuadro 3.3).

3.1.3.4 Disponibilidad de bienes y medios de transporte.

Energía eléctrica

De acuerdo a los resultados de la presente encuesta (Cuadro 3.4), se puede afirmar que en el Ecuador, 9 de cada 10 viviendas cuentan con servicio de energía eléctrica, en el área urbana casi la totalidad de las viviendas (99%) y en la rural el 78 por ciento. Un poco mayor es la disponibilidad del servicio en la sierra (92.6%) que en la costa (88%), diferencia que se presenta fundamentalmente en los sectores rurales (86% sierra y 67.2% costa), pues en las ciudades de las dos regiones la cobertura del servicio es casi completa. Más del 95 por ciento de cobertura de energía eléctrica tienen las provincias de Pichincha (99.4%), Guayas y Tungurahua (96.1%), Azuay (95.7%), Carchi (95.6%) y El Oro (95.1%); menor la tiene Manabí con alrededor del 70 por ciento.

CUADRO 3.4

DISPONIBILIDAD DE BIENES DURADEROS Y DE TRANSPORTE,
POR DOMINIOS DE ESTUDIO

BIENES Y MEDIOS DE TRANSPORTE	PAÍS			REGION SIERRA				REGION COSTA			
	Total	Urbana	Rural	Total	Quito	Resto Urbano	Rural	Total	Guayaquil	Resto Urbano	Rural
Energía eléctrica	90.2	99.1	78.2	92.6	98.8	99.2	86.0	88.0	99.2	98.5	67.2
Teléfono	17.5	28.7	3.3	19.8	36.9	35.4	4.3	15.4	26.2	19.3	1.7
Radio	87.4	91.4	81.9	90.5	96.4	94.2	86.0	84.4	91.5	86.4	75.7
Ventilador	29.7	42.5	12.4	3.0	2.9	6.0	1.6	55.1	78.9	61.2	27.7
Plancha eléctrica	80.1	94.8	60.4	79.8	96.2	95.7	64.5	80.5	97.2	91.3	54.6
Licuadora	70.4	85.2	50.4	74.0	93.2	89.5	57.6	67.0	85.6	76.9	40.3
Equipo de música	46.9	61.1	27.8	51.4	78.0	65.4	32.3	42.6	60.8	47.7	21.4
Aire acondicionado	4.0	5.7	1.7	1.7	2.5	2.0	1.2	6.2	11.7	5.2	2.4
Televisor	77.7	92.5	57.9	77.0	96.4	92.8	60.3	78.5	94.3	88.2	54.4
Refrigeradora	45.7	62.4	23.0	41.8	68.4	57.9	21.6	49.3	70.0	55.2	25.0
Lavadora de ropa	5.3	8.3	1.3	6.0	13.6	7.2	1.8	4.7	11.5	3.0	0.6
Calentador de agua, ducha	10.9	16.1	3.9	18.9	41.2	23.6	6.3	3.4	6.8	3.3	0.5
Bombas de agua	9.1	14.1	2.3	4.8	9.1	5.1	2.6	13.2	30.8	9.2	1.9
MEDIOS DE TRANSPORTE											
Carro particular	18.0	24.1	9.7	20.3	32.0	28.4	10.8	15.8	23.6	16.6	8.1
Motocicleta	4.6	5.3	3.7	3.7	3.5	5.5	2.9	5.4	6.4	5.3	4.7
Bicicleta	39.7	48.2	28.4	36.3	48.5	49.1	24.4	43.0	43.2	51.5	34.1
Tractor	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.7	0.4	0.4	0.4	0.2	0.4
Nº de casos	13582	7223	6359	7898	1261	2332	4305	5684	1404	2226	2054

FUENTE: ENDEMAIN-94

Teléfono

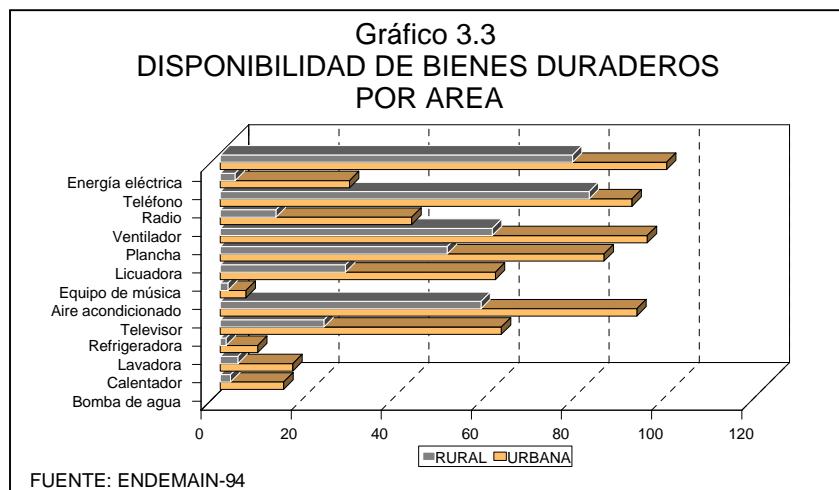
En el país, alrededor del 18 por ciento reportó disponer en sus viviendas servicio telefónico; las áreas urbanas con mayor disponibilidad (28.7 %), desciende en el área rural a sólo el 3.3 por ciento. Las provincias relativamente mejor servidas con servicio telefónico son: Pichincha (28.5%), Azuay (25.4%) y Guayas (21.8%); las que tienen la más baja cobertura son Cañar (6.2%) y Los Ríos (6.5%).

Disponibilidad de Bienes

Los niveles de bienestar en la población también pueden ser medidos según la disponibilidad de radio, equipo de música, televisión y de electrodomésticos como: ventilador, plancha, licuadora, aire acondicionado, refrigerador, lavadora de ropa, ducha o calentador de agua y bomba de agua están íntimamente relacionados con la disponibilidad y cobertura de energía eléctrica en la vivienda, lo que permite un mayor confort de los hogares.

Las proporciones de disponibilidad de los diferentes bienes (Cuadro 3.4 y gráfico 3.3) son más altos en las áreas urbanas que en las áreas rurales, que en algunos casos triplican y duplican los valores porcentuales de disponibilidad, especialmente en bienes catalogados para el área rural como suntuarios (lavadora, refrigerador, bombas de agua).

A nivel general, el 87.4 por ciento y más de las tres cuartas partes de las viviendas (77.7%) cuentan con radio y televisor, que permiten recibir información sobre la realidad nacional; 80.1 y 70.4 por ciento disponen de plancha y licuadora, respectivamente; cerca de la mitad (45.7%) con refrigerador, porcentajes que no son muy diferentes entre regiones, pero sí entre áreas y provincias.



Entre los medios de transporte, la bicicleta es el de mayor disponibilidad (39.7%) y 18 por ciento cuenta con vehículo propio. Porcentajes que son más altos principalmente en Quito y Guayaquil.

3.1.4 Hacinamiento

La necesidad de acceso a una vivienda adecuada se refiere a la existencia o no de hacinamiento, esto es a la densidad de ocupación de los espacios de la vivienda, que depende del número de personas y el número de cuartos o dormitorios que se disponen. Una alta densidad a más de incomodidad entraña perjuicios de salud, que incide en el normal desenvolvimiento de los individuos.

El promedio de personas por hogar (como sinónimo de vivienda) se encuentra en 5.3 (Cuadro 3.5), el promedio es más alto en las áreas rurales (5.6). A nivel de regiones es inferior en la sierra, principalmente la capital de la República que presenta el promedio más bajo (4.4) y el resto urbano, 4.7.

CUADRO 3.5
PROMEDIO DE PERSONAS POR HOGAR Y DORMITORIO, SEGUN DOMINIOS

DOMINIOS DE ESTUDIO	Promedio de personas por hogar	Promedio de personas por dormitorio
TOTAL	5.3	3.4
Urbana	5.0	2.8
Rural	5.6	3.5
SIERRA	5.0	2.9
Quito	4.6	2.4
Resto Urbano	4.7	2.4
Rural	5.5	3.4
COSTA	5.4	3.2
Guayaquil	5.2	3.0
Resto Urbano	5.4	3.0
Rural	5.7	3.6

FUENTE: ENDEMAIN-94

Las diferencias observadas en los promedios por hogar son similares al comportamiento observado en el promedio por dormitorio. A nivel nacional, el promedio de personas por dormitorio es de 3, que según las recomendaciones internacionales se encuentra dentro del límite inferior de hacinamiento, situación en la que se encontraría según la información la totalidad de la región costa y el área rural de la sierra.

3.2 Características de las mujeres en edad fértil

A fin de obtener una visión global de las principales características de las mujeres en edad fértil (15-49 años de edad) objeto del presente estudio, a continuación se describen las variables más importantes que están determinando los diferenciales socio-demográficos de la investigación.

La distribución a nivel espacial es similar a lo observado en ENDEMAIN-89, con pequeñas modificaciones por región, perdiendo levemente peso la sierra en beneficio de la costa, situación que se viene observando décadas atrás.

A nivel nacional, alrededor del 58 por ciento son mujeres menores de 30 años de edad; leve incremento se observa en mujeres jóvenes de 15 a 19 años de edad en relación a 1989 (Cuadro 3.6); el 41.4 por ciento se identifican dentro de la población económicamente activa (PEA), porcentaje que se ha incrementado en alrededor de 4 puntos porcentuales; el 58.6 por ciento están en unión (legal o consensual), porcentaje que es menor en 2 puntos en relación a la encuesta de 1989, en beneficio de las solteras (34.3%); el 42.5 por ciento tiene entre 1 y 3 hijos actualmente vivos, apreciándose un menor porcentaje de mujeres con 6 y más hijos en comparación a la investigación de hace media década; y, en relación a la condición de migración, la región sierra presenta un mayor porcentaje de mujeres no nativas (11.2 %).

CUADRO 3.6
CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, SEGUN LAS ENCUESTAS
ENDEMAIN-89 Y ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS	ENDEMAIN-89	ENDEMAIN-94
DOMINIOS DE ESTUDIO PAIS		
Urbana	60.1	59.1
Rural	39.8	40.9
REGION SIERRA		
Total	48.2	47.3
Quito	13.7	11.3
Resto urbano	11.8	12.1
Rural	22.7	23.9
REGION COSTA		
Total	51.8	52.7
Guayaquil	17.1	16.7
Resto urbano	17.5	19.0
Rural	17.1	17.0
EDAD		
15-19	21.9	24.4
20-24	19.0	18.6
25-29	17.0	15.2
30-34	14.0	13.7
35-39	12.3	11.3
40-44	9.2	9.6
45-49	6.6	7.2
INSTRUCCION		
Ninguna	5.1	5.0
Primaria incompleta	18.2	12.7
Primaria completa	25.7	30.2
Secundaria incompleta	27.4	25.8
Secundaria completa	12.5	14.7
Superior	11.1	11.6
ACTIVIDAD ECONOMICA:		
No trabaja	62.9	58.6
Trabaja fuera del hogar	21.3	24.8
Trabaja dentro del hogar	15.8	16.6
INDICE SOCIOECONOMICO DE LA VIVIENDA:		
Bajo	19.3	17.2
Medio	25.0	40.9
Alto	55.3	41.9
ESTADO CIVIL O CONYUGAL:		
Unida	15.9	18.0
Casada	44.1	40.6
Viuda	1.4	1.2
Divorciada/Separada	5.8	5.9
Soltera	32.8	34.3
NUMERO DE HIJOS VIVOS:		
0	34.6	36.1
1	13.9	15.3
2	13.2	14.9
3	11.4	12.3
4	8.1	8.3
5	5.5	4.7
6 y +	13.2	8.3
TOTAL	100.0	100.0
Nº de casos	7961	13582

FUENTE: ENDEMAIN-94

Con relación a residencia urbana y rural, no existen mayores diferencias en el porcentaje de mujeres menores de 30 años de edad, pero sí con respecto a las otras variables o características. Como era de esperarse, más mujeres del área rural son parte de la PEA (42.5%) y están en unión (60.7%) y menos mujeres tienen entre 1 y 3 hijos sobrevivientes (38.3%); estos porcentajes en el área urbana son en ese orden: 40.7, 57.1 y 45.4 por ciento.

Entre regiones sierra y costa, las de la segunda son más jóvenes, más alto porcentaje en unión, especialmente en unión consensual (29.4% costa y 5.2% sierra), declararon menor participación dentro de la PEA (29.9% costa y 54.3% sierra) y menor número de hijos sobrevivientes (entre 1 y 3 hijos).

A nivel del país, el 5 por ciento de las MEFs no tienen ningún nivel de instrucción aprobado y en el otro extremo, cerca del 12 por ciento ha aprobado algún año de instrucción superior, porcentajes que son casi iguales a los encontrados hace 5 años (ENDEMAIN-89), ocurriendo lo mismo en los niveles primario y secundario. Este hecho que presenta la encuesta, demuestra que a nivel nacional, en los últimos 5 años, no ha habido una mejora sustancial en la instrucción de esta población, reflejo de la crisis socioeconómica que viene soportando el país.

Entre mujeres de la sierra y de la costa, si bien similar porcentaje existe en el nivel superior, más alto porcentaje de mujeres analfabetas y más bajo con instrucción media hay en la sierra, por influencia principalmente de lo que acontece en el área rural de las provincias centrales (Chimborazo, Cotopaxi, Bolívar).

La información del Cuadro 3.7 sobre "índice socio económico de la vivienda", para efectos de comparabilidad con la encuesta de 1989, considera simplemente la suma de varios ítems de servicios y artefactos que tenían los hogares de las mujeres entrevistadas, y por lo tanto, de ninguna manera refleja la verdadera situación socioeconómica de las personas. Por lo demás, estos indicadores sirven para demostrar que los "mapas de pobreza" no deben elaborarse metodológicamente sobre una base de datos de servicios de las viviendas (agua, servicio eléctrico, servicio telefónico, número de cuartos, etc.), sino mediante una estratificación que considere además variables demográficas, sociales y económicas, especialmente las que tienen que ver con educación, empleo, ingresos y gastos.

En relación al número de hijos, los pesos relativos de las mujeres que tienen 6 o más hijos que superan el 13 por ciento, están en: Bolívar, Imbabura, Chimborazo, Cotopaxi en la sierra y Esmeraldas en la costa, coincidente también con mayor analfabetismo en las provincias de la sierra. En el otro extremo se encuentran las provincias de Pichincha y Guayas con alrededor del 6 por ciento.

CUADRO 3.7
CARACTERISTICAS DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, POR DOMINIOS DE ESTUDIO

CARACTERISTICAS	PAÍS			REGION SIERRA				REGION COSTA			
	Total	Urbana	Rural	Total	Quito	Resto Urbano	Rural	Total	Guayaquil	Resto Urbano	Rural
EDAD:											
15-19	24.4	23.3	25.9	22.7	20.4	22.4	24.0	25.9	24.3	24.8	28.7
20-24	18.6	18.7	18.4	18.7	17.7	21.5	17.8	18.5	16.4	19.5	19.3
25-29	15.2	16.1	13.9	15.7	18.9	15.4	14.3	14.8	15.4	15.4	13.5
30-34	13.7	14.4	12.6	13.3	13.3	13.6	13.1	14.1	16.7	13.6	12.0
35-39	11.3	11.4	11.2	11.7	12.7	11.0	11.6	10.9	12.2	10.2	10.6
40-44	9.6	9.3	10.0	9.8	8.6	9.0	10.9	9.4	10.0	9.4	8.9
45-49	7.2	6.7	7.8	8.0	8.4	7.0	8.4	6.4	5.0	7.1	7.0
INSTRUCCION:											
- Ninguna	5.0	1.8	9.6	6.7	2.7	2.0	11.0	3.4	0.6	2.1	7.7
- Primaria incompleta	12.7	7.0	20.9	14.5	5.5	6.9	22.6	11.1	6.1	8.9	18.6
- Primaria completa	30.2	23.0	40.7	30.0	19.1	23.1	38.7	30.4	21.6	26.4	43.6
- Secundaria incompleta	25.8	31.0	18.2	23.3	31.2	27.5	17.4	28.0	35.7	29.0	19.3
- Secundaria completa	14.7	19.8	7.3	13.8	21.5	20.8	6.5	15.5	18.7	19.1	8.4
- Superior	11.6	17.4	3.3	11.8	20.1	19.7	3.8	11.5	17.3	14.5	2.5
ACTIVIDAD ECONOMICA:											
- No trabaja	58.6	59.3	57.4	45.7	51.4	49.8	41.0	70.1	60.0	69.5	80.7
- Trabaja fuera del hogar	24.8	26.8	21.9	31.7	33.9	32.6	30.2	18.6	27.4	18.3	10.2
- Trabaja dentro del hogar	16.6	13.9	20.6	22.6	14.6	17.7	28.8	11.3	12.5	12.2	9.1
INDICE SOCIOECONOMICO DE LA VIVIENDA:											
- Bajo	17.2	3.2	37.6	16.8	1.3	1.2	31.9	17.7	3.0	5.7	45.5
- Medio	40.9	37.4	45.9	38.3	25.1	31.7	47.9	43.2	40.4	45.8	43.1
- Alto	41.9	59.4	16.5	44.9	73.6	67.0	20.2	39.1	56.6	48.5	11.3
CLASIFICACION MIGRATORIA:											
- Nativa	91.0	90.5	91.7	88.8	88.0	86.1	90.5	93.0	92.0	93.5	93.4
- Migrante	9.0	9.5	8.3	11.2	12.0	13.9	9.5	7.0	8.0	6.5	6.6
ESTADO CIVIL O CONYUGAL:											
- Unida	18.0	17.6	18.6	5.2	5.3	5.1	5.3	29.4	25.2	26.0	37.4
- Casada	40.6	39.5	42.1	52.2	53.4	49.0	53.2	30.1	32.3	31.5	26.6
- Viuda	1.2	1.2	1.3	1.3	1.2	0.9	1.5	1.2	0.8	1.7	1.0
- Divorciada/separada	5.9	6.9	4.6	4.8	5.5	4.7	4.5	7.0	8.6	7.5	4.7
- Soltera	34.3	34.9	33.4	36.5	34.6	40.2	35.5	32.3	33.1	33.3	30.3
NUMERO DE HIJOS VIVOS:											
0	36.1	37.6	34.0	34.9	35.1	40.4	32.0	37.2	37.4	37.3	36.8
1	15.3	16.5	13.7	16.2	18.4	16.3	15.0	14.6	17.0	15.1	11.8
2	14.9	16.0	13.2	14.9	18.7	15.0	13.1	14.8	16.2	14.9	13.4
3	12.3	12.9	11.4	12.5	14.1	12.2	12.0	12.0	13.2	12.4	10.5
4	8.4	8.0	8.9	8.1	7.3	7.5	8.8	8.6	8.7	8.0	9.0
5	4.7	3.8	6.0	4.6	3.0	3.5	5.9	4.8	3.6	4.7	6.0
6 y +	8.4	5.2	12.9	8.8	3.3	5.1	13.2	8.0	3.9	7.5	12.5
TOTAL Nº de casos	100.0 13582	100.0 7223	100.0 6359	100.0 7898	100.0 1261	100.0 2332	100.0 4305	100.0 5684	100.0 1404	100.0 2226	100.0 2054

FUENTE: ENDEMAIN-94

CUADRO 3.7(cont.)

CARACTERISTICAS DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, POR DOMINIOS DE ESTUDIO

CARACTERISTICAS	PROVINCIAS DE LA SIERRA										PROVINCIAS DE LA COSTA				
	Carchi	Imbabura	Pichincha	Cotopaxi	Tungurahua	Bolívar	Chimborazo	Cañar	Azuay	Loja	Esmeraldas	Manabí	Los Ríos	Guayas	El Oro
AREA:															
- Urbana	48.6	49.8	71.4	22.5	37.0	19.7	35.0	26.0	36.8	43.5	57.2	52.4	42.3	81.0	77.6
- Rural	51.4	50.2	28.6	77.5	63.0	80.3	65.0	74.0	63.2	56.5	42.8	47.6	57.7	19.0	22.4
EDAD:															
15-19	25.5	25.4	19.9	24.2	23.1	25.1	19.2	26.4	25.0	27.6	28.0	24.7	27.4	26.0	23.7
20-24	17.8	16.4	18.1	19.8	19.0	14.6	20.9	20.2	19.5	20.0	20.2	21.5	20.7	16.6	19.5
25-29	15.7	11.1	18.4	13.6	16.5	14.9	15.2	14.4	13.0	13.3	15.0	13.4	13.7	15.4	15.2
30-34	14.1	14.2	13.8	11.4	12.7	13.0	12.3	10.9	14.9	12.0	11.0	12.3	12.8	15.4	13.7
35-39	11.3	11.2	12.0	11.4	10.9	11.8	11.4	11.6	12.5	11.0	9.2	11.6	10.0	11.4	9.3
40-44	8.0	12.8	9.9	12.0	10.0	11.8	10.0	8.9	6.8	10.8	8.7	9.6	8.5	9.5	10.4
45-49	7.6	8.9	7.9	7.6	7.8	8.9	10.9	7.7	8.3	5.4	7.9	7.0	6.9	5.7	8.1
INSTRUCCION:															
- Ninguna	4.5	11.8	4.5	17.1	9.6	12.7	11.4	6.7	3.4	1.8	4.0	6.4	4.5	2.3	1.9
- Primaria incompleta	17.0	18.2	8.6	17.9	16.6	18.0	16.1	21.1	22.0	14.2	14.2	17.4	13.1	8.3	9.8
- Primaria completa	35.2	23.1	23.1	35.9	35.0	32.5	29.4	39.1	39.2	35.0	26.5	35.2	35.6	27.9	31.5
- Secundaria incompleta	23.6	25.0	29.0	17.0	22.0	20.9	18.3	18.9	16.2	21.6	32.0	19.8	24.7	31.3	27.5
- Secundaria completa	12.3	12.5	18.9	7.3	9.0	11.1	11.6	10.4	9.2	13.7	14.6	12.7	13.8	16.6	18.1
- Superior	7.4	9.4	15.9	4.8	7.8	4.9	13.2	3.8	10.1	13.7	8.7	8.6	8.3	13.6	11.2
ACTIVIDAD ECONOMICA:															
- No trabaja	60.0	58.8	51.0	37.4	31.6	38.9	31.8	47.6	41.9	48.7	70.8	73.6	78.3	67.4	68.0
- Trabaja fuera del hogar	20.7	27.1	31.2	39.5	44.7	30.8	29.0	27.3	32.1	28.5	18.2	14.0	13.4	21.3	19.0
- Trabaja dentro del hogar	19.2	14.0	17.9	23.1	23.6	30.3	39.3	25.2	26.0	22.8	11.0	12.4	8.3	11.3	13.0
INDICE SOCIOECONOMICO DE LA VIVIENDA:															
- Bajo	8.8	17.0	4.2	36.0	13.1	36.8	32.1	23.6	17.7	35.0	22.2	35.8	30.6	9.0	10.4
- Medio	52.9	40.9	33.0	39.1	54.0	39.7	33.6	48.4	42.1	32.4	45.8	32.7	49.6	44.1	51.5
- Alto	38.4	42.1	62.8	24.9	32.8	23.4	34.3	28.0	40.2	32.6	32.0	31.4	19.7	46.8	38.2
CLASIFICACION MIGRATORIA:															
- Nativa	90.0	90.9	86.2	89.6	87.1	88.5	87.8	91.6	93.4	91.5	87.6	95.3	93.7	92.7	92.7
- Migrante	10.0	9.1	13.8	10.4	12.9	11.5	12.2	8.4	6.6	8.5	12.4	4.7	6.3	7.3	7.3
ESTADO CIVIL O CONYUGAL:															
- Unida	2.3	2.5	7.6	6.2	3.1	8.0	5.0	4.5	3.0	1.8	39.7	27.3	44.0	26.6	25.3
- Casada	52.0	55.2	53.0	50.0	58.4	48.0	56.4	50.8	49.3	45.5	19.8	32.3	16.1	32.5	36.7
- Viuda	1.5	0.8	1.2	1.5	1.5	2.8	1.4	0.8	1.1	1.3	0.6	1.2	1.2	1.1	2.0
- Divorciada/Separada	4.3	4.4	6.0	4.7	4.5	5.2	4.0	4.3	3.7	2.8	7.0	4.8	8.3	7.5	6.6
- Soltera	39.9	37.0	32.2	37.5	32.5	36.0	33.1	39.6	42.9	48.6	33.0	34.4	30.4	32.2	29.3
NUMERO DE HIJOS VIVOS:															
0	33.6	35.1	32.8	31.8	33.3	31.8	32.0	38.4	39.3	43.4	32.7	40.0	36.2	37.2	35.6
1	17.2	13.0	18.0	18.4	17.0	16.4	16.7	11.5	14.5	12.2	15.3	12.0	13.0	15.8	14.4
2	14.1	11.4	17.9	12.0	17.7	12.1	13.0	14.0	12.7	11.1	13.6	14.0	16.4	15.5	11.5
3	14.3	12.5	14.3	11.0	10.2	11.5	11.5	10.5	11.7	11.3	11.5	11.0	11.4	12.2	15.1
4	7.8	9.6	8.0	7.1	9.7	6.9	8.2	7.4	7.9	8.0	8.5	8.0	8.7	8.9	7.5
5	5.0	3.8	3.6	6.9	5.0	6.3	4.2	5.0	5.2	5.6	4.8	5.3	4.0	4.5	6.5
6 y +	7.9	14.5	5.4	12.7	7.1	15.0	14.0	13.2	8.6	8.5	13.6	10.0	10.3	6.0	9.2
TOTAL Nº de casos	100.0 661	100.0 688	100.0 2084	100.0 544	100.0 632	100.0 606	100.0 558	100.0 676	100.0 787	100.0 662	100.0 727	100.0 903	100.0 979	100.0 2356	100.0 719

Por provincias, si bien no existen mayores diferencias en la estructura de edad, si existen en otras variables, especialmente en la instrucción, en la participación económica y en el estado conyugal. Las mujeres de las provincias de la sierra: Cotopaxi, Bolívar, Imbabura y Chimborazo, tienen los más altos porcentajes de población sin ningún nivel de instrucción, sobresaliendo el caso de Cotopaxi con 17.1 por ciento de mujeres en esta situación. Por el contrario, según la encuesta, en todas las provincias de la costa la participación de las mujeres en la PEA es significativamente menor que en la sierra, con una diferencia casi de dos a uno. Entre los casos extremos se destaca la PEA femenina de Tungurahua y Chimborazo (68%) en comparación con el 22 y 26 por ciento de Los Ríos y Manabí, respectivamente. En cuanto al estado civil o conyugal, si bien la diferencia no es significativa, sí lo es cuando se separa en casadas legalmente y unidas consensualmente. En las provincias de la costa, especialmente en Los Ríos y Esmeraldas, el porcentaje de mujeres que viven en unión libre es más alto que el de casadas legalmente. En términos generales y regionales se puede decir que por cada mujer de la sierra que vive en unión consensual existen casi seis en la costa.

CUADRO 3.8

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15-49 AÑOS, SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION.
VARIAS ENCUESTAS**

NIVEL DE INSTRUCCION	ESMIVD-82	ENDESA-87	ENDEMAIN-89	ENDEMAIN-94
Ninguna	12.8	7.8	5.1	5.0
Primario 1-3	13.6	14.8	11.1	7.5
Primario 4-6	37.5	32.7	32.8	35.4
Secundario y más	36.1	44.7	51.0	52.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº de casos	4318	4713	7961	13583

FUENTE: ENDEMAIN-94

Un hecho bastante conocido y aceptado es que el nivel de educación de las mujeres está asociado de manera estrecha con sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus preferencias hacia el tamaño ideal de familia y la práctica de la planificación familiar. Por otro lado, el nivel de instrucción también se asocia positivamente con la situación socioeconómica. Esta, a su vez determina la demanda de servicios de salud y planificación familiar.

El nivel de instrucción es uno de los factores que mejor define las diferencias socio-demográficas. La información del Cuadro 3.7 y 3.8 permite ratificar la tendencia ascendente del nivel educativo, mayor porcentaje de mujeres que han concluido la instrucción primaria y algún año de instrucción secundaria, en todos los grupos de edad, por áreas con mayor fuerza en la rural y por regiones se destaca preferentemente la sierra, por provincias, persisten las marcadas diferencias entre las provincias centrales del país que históricamente han presentado menores niveles de instrucción.

3.3 Características de los nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta (junio de 1989 a mayo de 1994)

**CUADRO 3.9
CARACTERISTICAS DE MUJERES DE 15-49 AÑOS DE EDAD Y
NACIDOS VIVOS***

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS	TOTAL	
	Mujeres	Nacimientos
PAIS		
-Urbana	59.1	51.1
-Rural	40.9	48.9
REGION SIERRA		
-Total	47.3	50.0
-Quito	11.3	10.1
-Resto urbano	12.1	10.2
-Rural	23.9	29.7
REGION COSTA		
-Total	57.2	50.0
-Guayaquil	16.7	13.5
-Resto urbano	19.0	17.3
-Rural	17.0	19.2
PROVINCIAS:		
Carchi	1.3	1.4
Imbabura	2.8	3.2
Pichincha	18.0	17.3
Cotopaxi	2.9	3.6
Tungurahua	3.8	3.9
Bolívar	1.8	2.2
Chimborazo	3.8	5.0
Cañar	2.3	2.6
Azuay	6.3	6.5
Loja	4.2	4.3
Esmeraldas	3.3	4.1
Manabí	10.3	9.7
Los Ríos	6.0	6.2
Guayas	28.8	25.7
El Oro	4.4	4.3
INSTRUCCION:		
-Ninguna	5.0	7.4
-Primaria incompleta	12.7	17.4
-Primaria completa	30.2	33.5
-Secundaria incompleta	25.8	19.9
-Secundaria completa	14.7	12.8
-Superior	11.6	9.0
INDICE SOCIOECONOMICO:		
-Bajo	17.2	25.9
-Medio	40.9	46.0
-Alto	41.9	28.1
TOTAL	100.0	100.0
Nº DE CASOS	13582	8837

* Nacidos durante el período junio 89 a mayo 1994

FUENTE: ENDEMAIN-94

Al comparar la distribución de las mujeres de 15 a 49 años de edad con la distribución de los hijos nacidos vivos en el período de junio de 1989 a mayo de 1994, según algunas características seleccionadas, se observa las discrepancias entre las dos distribuciones, lo cual obedece a los diferenciales de fecundidad entre los diferentes grupos de mujeres.

El Cuadro 3.9 revela que alrededor del 41 por ciento de las mujeres son rurales, pero aportan con cerca de la mitad de los nacidos vivos (48,9%); las mujeres analfabetas conjuntamente con las que tienen primaria incompleta representan el 17.7 por ciento del total de las mujeres y aportan con un cuarto de los nacimientos; caso contrario sucede en el extremo opuesto, entre mujeres que han finalizado la instrucción secundaria o algún año de instrucción superior, el relativo de hijos es menor.

Al clasificar según las condiciones de infraestructura y disponibilidad de electrodomésticos de las viviendas donde viven las mujeres, aquellas que pertenecen al nivel alto (42 %) de las mujeres que disfrutan de mejor confort y condiciones de higiene y salud, aportan con el 28 por ciento de los nacimientos.

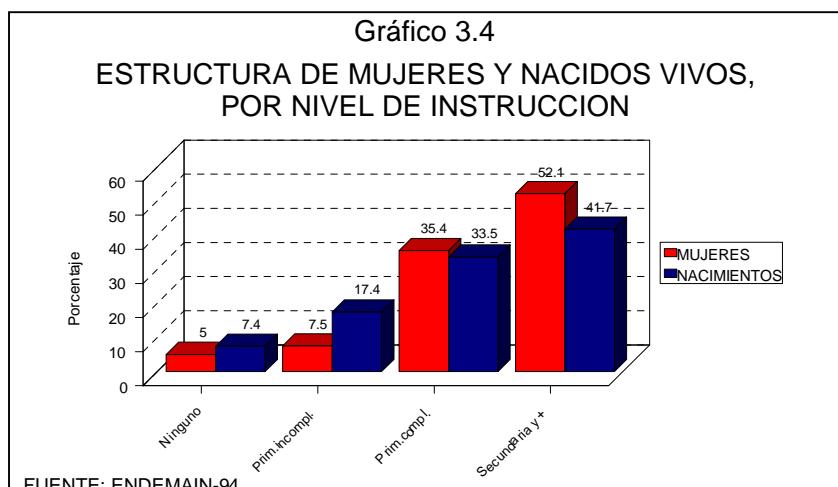
**CUADRO 3.10
NACIDOS VIVOS*, POR AREA DE RESIDENCIA, SEGUN CARACTERISTICAS**

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS	AREA DE RESIDENCIA		
	Total	Urbano	Rural
EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO (AÑOS)			
< 20	18.2	17.0	19.3
20-29	53.5	57.9	49.0
30-39	24.1	22.3	26.0
40-49	3.6	2.2	5.1
No declarado	0.6	0.6	0.6
ORDEN DEL NACIMIENTO			
1 ^o	31.1	36.0	25.9
2 ^o - 4 ^o	47.7	51.4	43.9
5 ^o - 7 ^o	14.2	9.8	18.8
8 ^o y +	7.0	2.8	11.4
ESTADO CIVIL DE LA MADRE			
Casada/Unida	88.5	89.1	88.7
Soltera/Viuda/Divorciada	11.5	10.9	11.3
SOBREVIVENCIA			
Vivo	95.8	96.9	94.6
Muerto	4.2	3.1	5.4
SEXO DEL NIÑO			
Hombre	51.8	51.4	52.3
Mujer	48.2	48.6	47.7
TOTAL Nº de casos	100.0 8837	100.0 4010	100.0 4827

* Nacidos durante el período junio 89 a mayo 1994

FUENTE: ENDEMAIN-94

Por provincias, las diferencias dependen del nivel de fecundidad, si el nivel es menor, la estructura porcentual de los nacimientos es menor al peso relativo de las mujeres; lo inverso sucede con las provincias de fecundidad alta, los porcentaje de los hijos son más elevadas que la estructura porcentual de las mujeres. Los diferenciales de fecundidad según las diferentes características serán abordados en detalle en el capítulo IV.



Los nacidos vivos de acuerdo a la edad de la madre al momento del nacimiento, revela que el 18.2 por ciento son de madres menores de 20 años, en el área rural el cinco por ciento de los nacimientos corresponden a madres entre 40 a 49 años; la quinta parte de los nacimientos son de orden quinto o más, entre los cuales el 7 por ciento es de orden octavo o más. Uno de cada 10 nacimientos es de madres solteras o desunidas (viuda, divorciadas). Los nacimientos de acuerdo al sexo en el área rural por cada 100 niñas nacieron 109 varones, índice que es más bajo en el área urbana. (Cuadro 3.10).

Capítulo 4

FECUNDIDAD

R E S U M E N E J E C U T I V O

La tasa global de fecundidad (TGF), se encuentra en descenso y registra para el período 1989-1994 un promedio de 3.6 hijos por mujer. Las tasas específicas han seguido una tendencia descendente y consistente en las edades intermedias. La mayoría de las mujeres más fecundas son las que tienen de 20-24 años de edad; aproximadamente dos tercios de la TGF ocurre antes de los 30 años de edad. En la última década la fecundidad disminuye de manera preponderante, la curva según edad de la mujer se modifica hacia un nivel más bajo y concentrado en las primeras edades.

A pesar de la disminución observada en los últimos años, la fecundidad se mantiene alta en el área rural (4.6), con un diferencial de 1.6 hijos por mujer respecto del área urbana; la costa (3.3), tiene una fecundidad más baja que la sierra (3.9). Las principales ciudades (Quito y Guayaquil), presentan los niveles más bajos del país, 3.0 hijos para Quito, la capital y 2.6 hijos para Guayaquil el principal puerto del Ecuador; niveles de fecundidad mayores tienen las mujeres rurales de la sierra (alto porcentaje de población indígena) con 4.8 hijos.

La proporción de mujeres que nunca tuvieron un nacido vivo se reduce rápidamente con la edad; en edades mayores a los 44 años, sólo el 4 por ciento permanece nulípara, valor que se puede considerar como el nivel de infertilidad primaria.

Es importante destacar que los promedios de hijos por mujer, de quienes tenían 35 años o más, exceden en todos los casos a la TGF de 3.6 hijos estimada para el período 1989-1994.

Las mujeres ecuatorianas comienzan a tener hijos a edades tempranas. Antes de los veinte años, ya un 31 por ciento ha tenido un hijo; la edad mediana al nacimiento del primer hijo es de alrededor de 21 años.

4. FECUNDIDAD

Uno de los objetivos de la ENDEMAIN-94 fue conocer los niveles y tendencias de la fecundidad en el Ecuador; para el cabal cumplimiento de este objetivo, se utilizó un conjunto de preguntas diseñadas especialmente para minimizar las omisiones y conseguir información exacta y confiable.

Los datos básicos, obtenidos a través de entrevistas individuales a las mujeres de 15 a 49 años de edad, provienen de la historia de nacimientos: el número de hijos nacidos vivos, la fecha y el sexo de nacimiento de cada uno de los hijos, la condición de su sobrevivencia al momento de la entrevista y la edad al morir de los fallecidos. Con esta información se calcularon las tasas específicas de fecundidad por edad durante el decenio previo a la encuesta y para períodos sucesivos de 5 años. Es conveniente utilizar estos períodos de referencia porque se atenúan las variaciones aleatorias que afectan a los valores anuales, al ampliar el número de casos se reducen los errores muestrales; los valores así calculados permiten también realizar comparaciones con otras encuestas nacionales e internacionales.

Los resultados que se presentan se refieren a una información de tipo transversal: tasas específicas y globales de fecundidad, promedio de hijos sobrevivientes para diferentes períodos y algunos aspectos relacionados con la edad al tener el primer hijo.

4.1 Fecundidad Actual

4.1.1 Niveles

El Cuadro 4.1 muestra las tasas específicas, acumuladas y generales de fecundidad del Ecuador, para los cinco años que precedieron a la encuesta.

Durante este período, las tasas específicas presentan el número anual de nacimientos por 1.000 mujeres en edad fértil de cada grupo de edad. Las tasas indican un comportamiento usual entre mujeres jóvenes, aumentan hasta alcanzar los máximos valores en el grupo de 20-24 años y van disminuyendo conforme decurre la edad de las mujeres.

Las diferentes contribuciones a la fecundidad denotan diferencias por área geográfica; en zonas urbanas, los grupos prevalentes se sitúan entre los 20 y 34 años de edad, mientras en las rurales los aportes significativos se amplían a los grupos de 15- 19 y de 35 a 39 años. Es interesante destacar que la tasa específica de mujeres, con edades de 15 a 19 años que residen en las ciudades es de 76 por mil, bastante menor a la de mujeres rurales de la misma edad que es de 112.

Los conglomerados de mujeres de 20 a 29 años concentran el mayor número anual de nacimientos; se pueden apreciar diferencias considerables entre área urbana y rural. En general los datos muestran variaciones en el número de hijos por mujer, según sea su lugar de residencia.

CUADRO 4.1

TASAS ESPECÍFICAS Y TASAS ACUMULADAS DE FECUNDIDAD PARA LOS CINCO AÑOS QUE PRECEDIERON A LA ENCUESTA, POR ÁREA DE RESIDENCIA. ENDEMAIN-94.

GRUPOS DE EDAD E INDICADOR	ÁREA DE RESIDENCIA		
	Urbana	Rural	Total
EDAD			
15-19	76	112	91
20-24	163	218	184
25-29	158	200	174
30-34	107	172	132
35-39	62	126	89
40-44	24	75	46
45-49	1	14	7
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF)^{1/}	2.95	4.59	3.61
TASA DE FECUNDIDAD GENERAL(TFG)^{2/}	103	148	121

^{1/} T.G.F. expresado en número promedio de hijos por mujer.

^{2/} T.F.G. número de hijos dividido para el número de mujeres de 15 a 49 años, expresado en nacimientos por mil mujeres.

FUENTE: ENDEMAIN-94

Una medida resumen del nivel de fecundidad es la Tasa Global de fecundidad (TGF), que se interpreta como el número de hijos que en promedio tendrían en toda su vida reproductiva las mujeres de una cohorte (grupo de edad) que experimenten las tasas específicas de fecundidad ocurridas en un período de 5 años.

La tasa global para el período 1989-1994, fue de 3.6 hijos por mujer, nivel que se encuentra en descenso pero que continúa más alto que el promedio de América Latina (3.2 hijos por mujer).

Los datos obtenidos refuerzan la tesis de que el lugar de residencia es un factor importante que influye en la variación de la fecundidad; mayor tasa global de fecundidad (TGF) tienen las mujeres de las áreas rurales (4.6 hijos por mujer), comparadas con las que residen en zonas urbanas que alcanzan un promedio de 3.0 hijos por mujer.

Otra medida utilizada en el cuadro 4.1 es la tasa general de fecundidad (TFG), que representa el *número promedio de nacimientos anuales por cada mil mujeres entre los 15 y 49 años de edad*; para el período 1989-1994 el indicador se situó en 121 nacimientos, solo un seis por ciento menor al encontrado en 1984-1989 que fue de 129, esto indica que se ha operado una disminución de ocho nacimientos por cada mil mujeres consideradas en el último quinquenio.

4.1.2 Diferenciales

CUADRO 4.2

TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD PARA EL PERIODO 1989-1994*,
SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS	GRUPOS DE EDAD							TASAS DE FECUNDIDAD	
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Global	General
TOTAL	91	184	174	132	89	46	7	3.61	121
Urbana	76	163	158	107	62	24	1	2.95	103
Rural	112	218	200	172	126	75	14	4.59	148
SIERRA	87	186	184	144	114	54	12	3.91	128
Quito	77	151	156	111	79	28	0	3.01	104
Resto Urbano	58	150	163	116	79	19	5	2.95	100
Rural	105	227	212	175	145	81	21	4.83	153
COSTA	95	182	165	121	65	37	1	3.33	115
Guayaquil	81	159	149	99	34	12	0	2.67	97
Resto Urbano	81	182	166	109	65	33	1	3.19	113
Rural	122	206	183	167	95	66	2	4.20	139
PROVINCIAS:									
Carchi	114	217	198	119	58	32	18	3.78	132
Imbabura	76	173	213	165	158	59	45	4.44	132
Pichincha	82	173	164	114	89	37	0	3.29	113
Cotopaxi	107	244	188	226	132	87	8	4.95	156
Tungurahua	103	180	164	140	85	38	26	3.68	122
Bolívar	109	254	211	179	153	92	26	5.12	159
Chimborazo	105	211	212	160	184	101	21	4.97	156
Cañar	94	223	189	154	106	60	0	4.12	140
Azuay	75	173	199	156	115	56	15	3.95	129
Loja	65	162	226	177	133	47	20	4.15	129
Esmeraldas	120	214	208	189	134	63	5	4.66	151
Manabí	93	180	152	140	64	56	0	3.43	115
Los Ríos	114	224	149	132	81	32	5	3.68	130
Guayas	91	169	165	106	54	28	0	3.06	108
El Oro	78	188	180	132	75	38	0	3.46	116
NIVEL DE INSTRUCCION									
Ninguna	199	297	264	220	176	78	10	6.24	167
Primaria incompleta	203	260	231	186	121	69	11	5.42	160
Primaria completa	118	225	187	127	83	44	5	3.96	134
Secundaria incompleta	73	203	164	96	54	20	0	3.06	111
Secundaria completa	52	142	149	115	50	5	5	2.60	96
Superior	18	96	130	108	47	25	0	2.13	82

* Junio de 1989 a mayo 1994

1/ T.G.F. expresado en número promedio de hijos por mujer.

2/ T.F.G. número de hijos dividido para el número de mujeres de 15 a 49 años, expresado en nacimientos por mil mujeres.

FUENTE: ENDEMAIN-94

El Cuadro 4.2 presenta las diferencias en las tasas específicas de fecundidad por edad y las tasas global (TGF) y general de fecundidad (TFG), según área de residencia, seis dominios agregados de estudio (Quito, resto urbano de la sierra, rural sierra, Guayaquil, resto urbano de la costa y rural de la costa), quince provincias investigadas y niveles de instrucción.

Las diferencias en la TGF son: para las áreas rural respecto de las urbano (1.6 hijos por mujer), en los niveles de educación (4 hijos entre el nivel más bajo y el más alto de educación), entre el área rural de la región sierra y la ciudad de Quito (1.8 hijos por mujer) y entre las provincias de Bolívar y Guayas (2.1 hijos por mujer). Las tasas más altas corresponden a las mujeres que no reportan educación formal (6.2), las que viven en las áreas rurales (4.6), y a las residentes en la provincia de Bolívar (5.1).

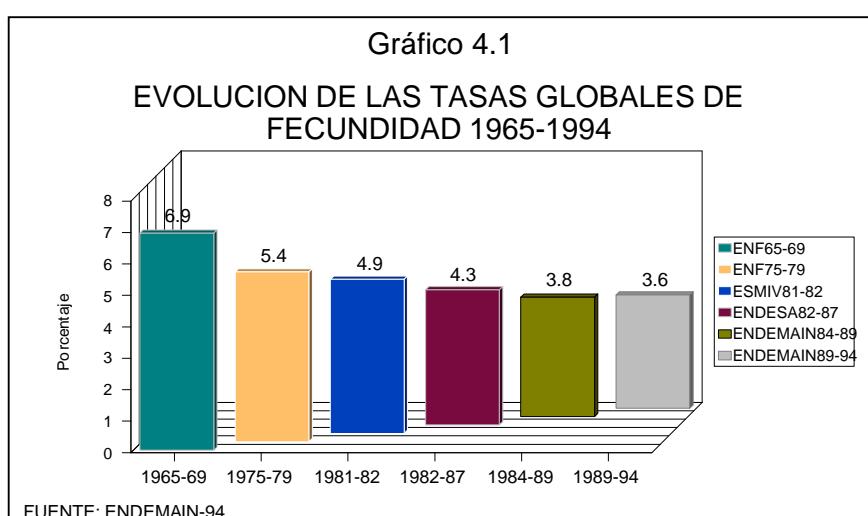
Las tasas generales (TFG), más bajas corresponden a las mujeres urbanas (103), residentes en la ciudad de Guayaquil (97) y en la provincia de Guayas (108), y entre aquellas que han completado o se encuentran cursando el nivel de instrucción superior (82).

La mayoría de las mujeres más fecundas son las que tienen de 20-24 años de edad. Esto se mantiene para veinte y cuatro de las treinta y dos categorías en análisis, se exceptúan en la región Sierra, Quito y el resto urbano, este último influenciado por lo que acontece en las provincias de Imbabura, Chimborazo, Azuay y Loja, en las cuales las mujeres indígenas trasladan la mayor fecundidad al grupo de 25-29 años.

Para todos los subgrupos de mujeres, la fecundidad se concentra en edades tempranas, aproximadamente dos tercios de la TGF ocurre antes de los 30 años de edad.

4.2 Tendencias

En el Cuadro 4.3 y gráfico 4.1 se presentan los cambios en la TGF ocurridos en el Ecuador, mediante la comparación de las encuestas de fecundidad realizadas en el país: la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENF) efectuada en 1979, dentro del programa de Encuestas Mundiales de



Fecundidad, la realizada por el Ministerio de Salud Pública en 1982 denominada Encuesta

de Salud Materno Infantil y de Variables Demográficas (ESMIVD-82), y las que el CEPAR ha llevado a cabo: la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDESA-87) y las Encuestas Demográficas y de Salud Materna e Infantil 1989 y 1994.

La evolución de las tasas de fecundidad por edades ha seguido una tendencia sostenida en el tiempo. Las tasas de fecundidad observadas en las distintas encuestas muestran una la tendencia descendente y consistente para las edades intermedias. En las edades extremas, aunque los niveles registrados por las encuestas 82- 87 y 89 se presenten diferentes, para los períodos iniciales y finales en análisis (65-69 y 89-94) se observan también la misma tendencia.

CUADRO 4.3

**EVOLUCION DE LAS TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD POR EDAD (POR 1000 MUJERES)
Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, SEGUN VARIAS FUENTES Y PERIODOS**

EDAD	E N F		ESMIVD 1981-82	ENDESA 1982-87 a)	ENDEMAIN I 1984-89 b)	ENDEMAIN II 1989-94 c)
	1965-69	1975-79				
15-19	138	103	88	91	84	91
20-24	305	240	222	216	197	184
25-29	309	261	254	213	183	174
30-34	283	203	203	153	142	132
35-39	217	163	140	109	100	89
40-44	93	81	75	62	48	46
45-49	28	17	14	23	13	7
TGF	6.9	5.4	4.9	4.3	3.8	3.6

a) De febrero 1982 a febrero 1987

b) De agosto 1984 a julio 1989

c) De junio 1989 a mayo 1994

FUENTES:

INEC, ENF 1979.

ININMS, ESMIVD 1982.

CEPAR, ENDEMAIN 1989.

CEPAR, ENDEMAIN 1994.

En los quinquenios considerados antes de 1975 el descenso ocurrió en mayor medida entre las mujeres jóvenes (menores a 35 años); en los últimos quince años las mujeres en las edades extremas del período fértil fueron las que en mayor medida redujeron su fecundidad. Este hecho tiene dos connotaciones: desde el punto de vista de salud, resulta positivo que este grupo de mujeres con riesgos mayores en sus embarazos, limite su fecundidad; sin embargo, por ser grupos con niveles menores de fecundidad, las disminuciones tienen un impacto menor en la tasa global del país.

Cabe destacar que en la última década la fecundidad disminuye de manera preponderante; la curva de fecundidad según edad de la mujer se modifica hacia un nivel más bajo y concentrado en las primeras edades. Este hecho determina que las mujeres ecuatorianas actuales tengan menos hijos en todas las edades y alcancen más pronto su ideal reproductivo que las cohortes de mujeres de las mismas edades de hace veinte años.

En el cuadro 4.4 se comparan las tasas específicas de fecundidad y la TGF estimada con la ENDEMAIN-94 para el Ecuador, con las respectivas tasas de fecundidad disponibles para países con estadísticas recientes de centro y sur América durante los últimos diez años. La TGF del Ecuador estimada de 3.6 hijos por mujer, se ubica conjuntamente con Perú (3.5), en una posición intermedia entre estos países, siendo más altas las de Honduras, Bolivia y El Salvador (5.2, 4.9 y 3.8) y más bajas las de Colombia y Costa Rica.

CUADRO 4.4
TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR EDAD (POR 1000 MUJERES) Y TASA
GLOBAL DE FECUNDIDAD DE ALGUNOS PAÍSES SELECCIONADOS

EDAD	PAÍS Y PERÍODO				
	Bolivia 1) 1989-94	Colombia 2) 1988-90	Perú 3) 1991-92	Costa Rica 4) 1988-93	Ecuador 5) 1989-94
15-19	94	70	61	87	91
20-24	229	166	174	179	184
25-29	227	148	177	158	174
30-34	185	99	144	105	132
35-39	138	63	99	71	89
40-44	64	22	42	30	46
45-49	16	3	11	3	7
TGF	4.8	2.9	3.5	3.2	3.6

- 1) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1989. Bolivia
 2) Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud, 1990. Colombia
 3) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991/1992. Perú
 4) Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 1993. Costa Rica

FUENTE: ENDEMAIN-94

Aunque con niveles de partida e intensidad diferente, la reducción de la fecundidad es un rasgo común en los países considerados. Las tasas más bajas de Colombia y Costa Rica se explican por categorizarlos como países precursores en la región, al parecer iniciaron el descenso en el quinquenio 1960-1965. El Ecuador, pese ha haberlo iniciado tardíamente (1975-1979), ha alcanzado un ritmo bastante similar al de países de baja fecundidad.

El Cuadro 4.5, presenta las diferencias en las tasas específicas de la fecundidad, según área urbana y rural, región costa y sierra (grandes ciudades, resto urbano y rural).

La información proviene de la encuestas ENDESA-87 y ENDEMAIN-94, para los períodos 84-89 y 89-94. Los datos del cuadro revelan que el área y el lugar de residencia son factores influyentes en la caracterización de la fecundidad ecuatoriana, puesto que las oportunidades y las motivaciones para tener hijos, varían considerablemente de unos entornos geográficos a otros.

Se observa claramente que a pesar de la disminución observada en los últimos años, la fecundidad se mantiene alta en el área rural, con un diferencial de 1.6 hijos por mujer respecto del área urbana. La costa presenta una fecundidad más baja que la sierra, en los seis estratos considerados.

Las principales ciudades del país (Quito y Guayaquil), presentan niveles de fecundidad mas bajos del país, 3.0 hijos para Quito, la capital y 2.6 hijos para Guayaquil el principal puerto del Ecuador. Nivel de fecundidad mayores tienen las mujeres rurales de la sierra (alto porcentaje de población indígena) con 4.8 hijos, en comparación con las rurales de la costa que tienen 4.2 hijos.

El análisis de tendencia histórica devela que la fecundidad está en descenso, con diferente intensidad según el lugar estipulado, sin embargo algunos niveles presentan cierta estabilidad en el tiempo, como el caso de la ciudad de Quito, cuya tasa de fecundidad ha permanecido constante en la última década. Este fenómeno que podría deberse al efecto migratorio, será analizado a profundidad en el informe correspondiente a esta ciudad.

Los mayores descensos en el tiempo, se han operado en las zonas rurales, especialmente en la de la costa con una disminución de un hijo en el último quinquenio.

**CUADRO 4.5
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR PERÍODO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS,
MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD. ENDESA-87 Y ENDEMAIN-94**

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS	ENDESA 1982-1987	ENDEMAIN 1994	
		1984-1989	1989-1994
TOTAL	4.3	4.1	3.6
Urbana	3.5	3.3	3.0
Rural	5.4	5.4	4.6
SIERRA			
Quito	3.4	3.0	3.0
Resto Urbano	3.3	3.5	2.9
Rural	5.5	5.6	4.8
COSTA			
Guayaquil	3.2	2.9	2.6
Resto Urbano	4.1	3.6	3.2
Rural	5.5	5.2	4.2

FUENTE: ENDEMAIN-94

4.3 Fecundidad Acumulada

habitualmente usado para establecer el comportamiento reproductivo de la población.

La fecundidad acumulada es analizada por el número promedio de hijos tenidos por mujer, dato que constituye el indicador

En las mujeres de mayor edad, los promedios indican la fecundidad acumulada en los últimos 20 o 25 años, así como también la descendencia completa promedio. Este indicador que refleja el resultado de la fecundidad acumulada en el transcurso de los años, es limitado en poblaciones cuyos niveles de fecundidad han cambiado en los años que anteceden a la encuesta.

El Cuadro 4.6 proporciona una visión pormenorizada de la fecundidad retrospectiva de las mujeres entrevistadas en la encuesta de 1994, la parte superior del cuadro presenta datos para todas las mujeres, mientras en la inferior los datos solo comprenden a las que están casadas/unidas.

Puede apreciarse que la proporción de mujeres que nunca tuvieron un nacido vivo se reduce rápidamente con la edad. Entre las mujeres de 25-29 años, solamente un quinto aún no ha tenido hijos. Del total de las mujeres que se aproximan al final de su vida reproductiva (en edades mayores a los 44 años) sólo el 4 por ciento permanece nulíparas, valor que se puede considerar como el nivel de infertilidad primaria. En el Ecuador podría evaluarse este indicador como normal, debido a que diversos estudios, estiman que el porcentaje de mujeres o parejas naturalmente infértilles oscila entre el dos y el cuatro por ciento.

CUADRO 4.6
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE TODAS LAS MUJERES Y DE MUJERES UNIDAS, POR EDAD,
SEGUN NUMERO DE HIJOS TENIDOS

NUMERO DE HIJOS	EDAD ACTUAL							TOTAL
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
TODAS LAS MUJERES								
0	86.7	45.0	20.6	10.2	9.0	5.3	3.9	35.8
1	10.5	28.1	21.7	12.7	8.3	6.0	4.0	14.6
2	2.6	17.7	26.4	21.3	12.0	12.0	8.9	14.1
3	0.2	6.6	16.3	22.1	17.9	17.9	13.8	11.7
4	--	2.3	8.8	13.6	14.1	14.1	15.0	8.1
5	--	0.3	3.6	8.7	11.8	11.8	10.2	4.9
6	--	--	1.9	5.7	9.1	9.1	11.3	3.9
7	--	--	0.5	3.3	6.6	6.6	8.7	2.3
8	--	--	0.1	1.4	6.3	6.3	4.9	1.6
9	--	--	--	0.6	3.4	3.4	8.1	1.3
10 y +	--	--	--	0.4	7.7	7.7	11.2	1.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
MUJERES UNIDAS								
0	41.7	12.6	5.6	2.3	2.7	1.9	1.1	7.3
1	42.8	39.6	22.0	10.5	5.9	3.4	2.9	17.3
2	13.9	31.4	32.2	22.5	13.0	11.5	8.8	20.8
3	1.6	11.6	20.3	25.5	20.8	18.6	13.7	17.7
4	--	4.1	11.4	15.6	20.3	14.7	15.5	12.5
5	--	0.5	5.0	10.2	12.6	12.9	11.0	7.7
6	--	--	2.6	6.8	8.8	9.9	12.1	5.7
7	--	--	0.6	3.7	5.4	6.9	9.3	3.5
8	--	--	0.2	1.7	4.1	7.3	5.2	2.5
9	--	--	--	0.8	3.4	4.2	8.7	2.1
10 y +	--	--	--	0.5	2.9	8.8	11.6	2.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: ENDEMAIN-94

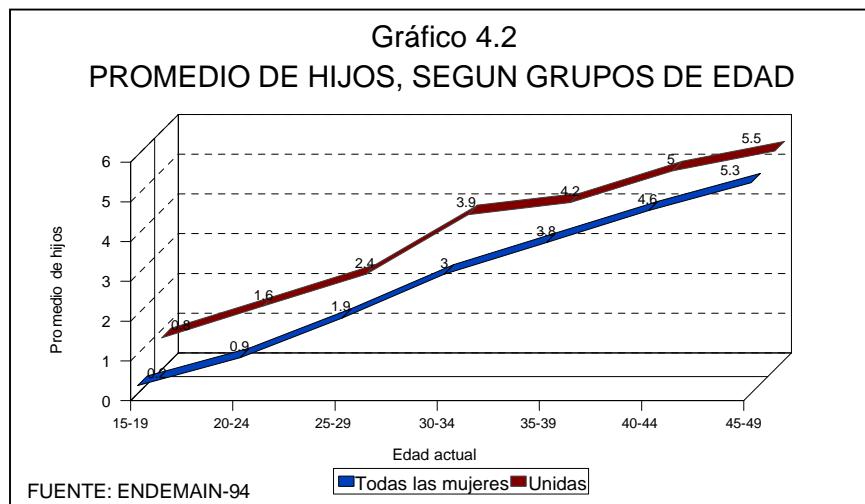
En general, puede observarse que mientras en el total de mujeres un 35.8 por ciento no había iniciado su fecundidad al momento de la encuesta, en las casadas o unidas la cifra desciende a sólo el 7.3 por ciento, diferencia que se atribuye al número de mujeres en unión y/o con fecundidad insignificante.

Por el contrario, entre las mujeres en edad fértil de mayor edad (45-49 años), el 44.2 por ciento de todas las mujeres y el 46.9 por ciento de las casadas/unidas, ya habían tenido 6 ó más hijos al momento de la encuesta.

Es importante destacar que los promedios de hijos por mujer de quienes tenían 35 años ó más, excede en todos los casos a la TGF de 3.6 hijos estimada para el período 1989-1994 (gráfico 4.2).

Se puede observar, que la proporción de mujeres de 45-49 años casadas o

unidas con más de 10 nacidos vivos alcanzó a sólo el 11.2 por ciento, frente a 14 por ciento de ENDEMAIN-89, lo que constituye un aspecto adicional de los cambios reproductivos que vienen ocurriendo en los últimos lustros.



4.4 Edad de la madre al nacimiento del primer hijo

CUADRO 4.7
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF POR EDAD AL PRIMER NACIMIENTO,
SEGUN EDAD ACTUAL. ENDEMAIN-94.**

EDAD ACTUAL DE LA MADRE	SIN HIJOS	EDAD AL PRIMER NACIMIENTO						TOTAL	NUMERO DE MUJERES
		< 15	15-17	18-19	20-21	22-24	25 y +		
15-19	86.7	1.3	9.3	2.8	--	--	--	100.0	2470
20-24	45.1	1.5	14.8	18.9	13.6	6.1	--	100.0	2453
25-29	20.8	2.2	15.0	17.4	16.8	14.2	8.6	100.0	2425
30-34	10.3	2.4	18.1	20.3	15.6	16.1	17.2	100.0	2249
35-39	9.2	2.3	17.1	17.1	17.8	17.7	18.9	100.0	1720
40-44	5.4	2.2	14.1	21.1	19.2	18.4	19.7	100.0	1318
45-49	4.1	4.5	14.1	16.9	20.5	19.9	20.1	100.0	947
TOTAL	36.2	2.0	14.1	14.7	12.5	11.4	9.1	100.0	13582

FUENTE: ENDEMAIN-94

La edad en la que las mujeres comienzan a tener hijos constituye en la fecundidad, una variable intermedia importante, comparable a la del espaciamiento entre los nacimientos, factor demográfico que al retrasar el hecho vital, acorta la duración del período reproductivo y por ende incrementa la probabilidad de tener menor número de hijos.

En el Cuadro 4.7 se presenta información sobre la edad en la cual la mujer tuvo su primer hijo nacido vivo. Mediante la comparación de los grupos de edad dentro del cuadro, es posible establecer si la edad en la que se tuvo el primer hijo nacido vivo para las diferentes cohortes, ha estado cambiando con el tiempo.

Los resultados indican que las mujeres ecuatorianas comienzan a tener hijos a edades tempranas, antes de los veinte años ya un 31 por ciento ha tenido un hijo, el aporte más relevante se produce en el grupo de mujeres entre los 18 y 19 años.

CUADRO 4.8

DISTRIBUCION PORCENTUAL ACUMULADA, DE MEF POR EDAD AL PRIMER NACIMIENTO,
SEGUN EDAD ACTUAL. ENDEMAIN-94.

EDAD ACTUAL DE LA MADRE	SIN HIJOS	EDAD AL PRIMER NACIMIENTO						TOTAL	NUMERO DE MUJERES
		< 15	15-17	18-19	20-21	22-24	25 y +		
TOTAL	36.2	2.0	16.1	30.8	43.3	54.7	63.8	100.0	13582
15-19	86.7	1.3	10.6	13.4	--	--	--	100.0	2470
20-24	45.1	1.5	16.3	35.2	48.8	54.9	--	100.0	2453
25-29	20.8	2.2	17.2	34.6	51.4	70.6	79.2	100.0	2425
30-34	10.3	2.4	20.5	40.8	56.4	72.5	89.7	100.0	2249
35-39	9.2	2.3	19.4	36.5	54.3	72.0	90.8	100.0	1720
40-44	5.4	2.2	16.3	37.4	56.6	75.0	94.6	100.0	1318
45-49	4.1	4.5	18.6	35.5	56.0	75.9	95.9	100.0	947

FUENTE: ENDEMAIN-94

Por definición internacional, las mujeres que procrean antes de los 18 años , se exponen a encontrar problemas con su salud. Según ENDEMAIN-94 una de seis mujeres, al momento de la encuesta se encontraba en esta situación de riesgo.

La edad mediana al nacimiento del primer hijo es de alrededor de 20 años en las mujeres que no han recibido instrucción, contra 26.1 de las que han cursado o sobrepasado el nivel de instrucción superior.

Así mismo, siguiendo el patrón esperado, las mujeres rurales inician la procreación más jóvenes que las urbanas. La edad mediana en la zona rural no ha experimentado cambios significativos en las últimas generaciones de mujeres, mantienen un valor de 20.7 para el conjunto de mujeres de 20-49 años. En la zona urbana a su vez, se sigue observando un incremento paulatino de dicha medida, que conlleva una diferencia de un año entre las cifras de 20 a 24 y 45-49 años.

CUADRO 4.9

**EDAD MEDIANA AL PRIMER NACIMIENTO ENTRE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS POR EDAD ACTUAL,
SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94.**

CARACTERISTICAS	EDAD ACTUAL						EDAD MEDIANA 15-49
	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	
AREA							
Urbana	22.6	22.6	21.6	21.9	21.7	21.3	22.1
Rural	20.6	20.5	20.4	20.6	20.7	21.5	20.7
SIERRA	21.7	22.1	21.6	21.8	21.5	22.1	21.8
Quito	22.8	23.4	22.7	23.6	23.0	22.2	23.0
Resto Urbano	23.4	22.8	22.5	21.9	21.6	21.9	22.5
Rural	20.6	20.9	20.7	21.0	20.9	22.1	20.9
COSTA	21.7	21.4	20.5	21.1	21.0	20.4	21.2
Guayaquil	22.9	22.9	21.7	21.7	21.3	20.6	21.2
Resto Urbano	21.6	21.9	20.3	21.0	21.5	20.8	21.4
Rural	20.6	19.5	19.8	19.9	20.4	19.6	20.2
PROVINCIA							
Carchi	20.9	21.0	21.8	22.6	22.8	21.9	21.4
Imbabura	23.7	21.5	21.2	21.1	20.9	22.4	21.7
Pichincha	21.9	22.9	21.7	22.8	22.6	22.4	22.4
Cotopaxi	20.5	22.1	20.6	21.1	20.2	20.3	20.7
Tungurahua	21.3	21.8	20.9	20.4	20.9	23.3	21.2
Bolívar	19.7	20.4	20.9	21.6	20.4	23.4	20.7
Chimborazo	21.3	21.6	22.0	21.3	19.9	22.0	21.4
Cañar	21.5	21.2	21.0	21.9	20.0	21.1	21.3
Azuay	22.2	21.9	22.3	21.4	21.9	21.8	21.9
Loja	22.7	21.1	21.7	22.3	21.6	22.6	22.1
Esmeraldas	21.0	19.6	19.2	19.1	21.1	21.8	20.3
Manabí	21.9	21.6	20.0	21.8	20.6	20.5	21.3
Los Ríos	20.1	21.0	20.2	19.6	19.7	19.1	20.3
Guayas	22.3	21.9	20.9	21.4	21.4	20.4	21.5
El Oro	21.8	21.1	20.7	20.5	22.3	20.4	21.2
NIVEL DE INSTRUCCION							
Ninguna	19.6	18.7	18.6	19.9	20.2	20.9	19.8
Primaria incompleta	18.5	18.8	19.0	19.7	20.3	21.1	19.5
Primaria completa	20.2	20.1	19.9	20.7	20.7	20.4	20.4
Secundaria incompleta	20.9	20.8	20.5	21.3	21.4	21.2	20.9
Secundaria completa	23.3	23.3	24.0	22.7	23.3	23.4	23.3
Superior	24.7		26.4	26.8	24.4	24.5	26.1
TOTAL	21.7	21.8	21.0	21.5	21.3	21.4	21.5

FUENTE: ENDEMAIN-94

Capítulo 5

REGULACION DE LA FECUNDIDAD

R E S U M E N E J E C U T I V O

El conocimiento de métodos anticonceptivos entre las MEF en unión, ha alcanzado niveles elevados, sin diferencias significativas entre el conocimiento de cualquier método (92.6%) y el conocimiento de un método moderno (91.8).

La prevalencia anticonceptiva en Ecuador es del 56.8 por ciento, lo que equivale a decir que más de una de cada dos mujeres en unión se encontraban regulando su fecundidad.

El incremento de la prevalencia fue mayor en el área rural, especialmente de la sierra, en mujeres con mayores niveles de instrucción, en las de 20 a 34 años de edad y en aquellas con 1 a 3 hijos actualmente vivos.

El método anticonceptivo más importante es la esterilización femenina (19.8%), una de cada cinco mujeres en unión está esterilizada; en segundo lugar se encuentran los dispositivos intrauterinos (11.8%), seguidos por los anticonceptivos orales (10.2%). También tienen importancia los métodos tradicionales (11.1%) y el uso del preservativo (2.6%), incrementado en los últimos años.

Las tasas más altas se encuentran entre las mujeres que residen en Quito (70.1%), ciudades de la sierra (68%) y Guayaquil (65.6%), la más baja se observa en sectores rurales de la sierra (42%). El fenómeno de la meseta o estabilización de la prevalencia anticonceptiva se ha producido en los sectores que comprenden el resto urbano y rural de la costa, especialmente durante los últimos 5 años.

El patrón de "U" invertida, que tenfa el país hasta hace cinco años, se ha modificado hacia uno de "J" invertida, en el cual los grupos extremos de edad, registran los niveles mas bajos de prevalencia, no obstante estos se encuentran situados en niveles diferentes.

La prevalencia aumenta conforme se incrementa el nivel de instrucción, del 26 por ciento entre analfabetas al 74.3 por ciento con nivel superior; también con el índice socioeconómico, la prevalencia aumenta de 34.3 por ciento (índice bajo) al 71.6 por ciento (nivel alto).

R E S U M E E J E C U T I V O

En relación al número de hijos vivos, el uso mayor se encuentra entre las que tienen 3 hijos vivos (70.9%).

En el país las mujeres esperan en promedio, tener 2 hijos vivos, 24 años de edad para empezar a usar anticonceptivos e inician el uso 5.3 años después de la primera unión conyugal.

En el Ecuador, las tres fuentes principales para la obtención de métodos anticonceptivos modernos son la clínica o médico privado (26.3%), el Ministerio de Salud (23.4%) y la farmacia o botica (16.4%), que en conjunto representan las dos terceras partes de la demanda. Para los métodos modernos, el sector público cubre con el 37.8 por ciento y el privado el 62.2 por ciento; destacan los aumentos de la participación de APROFE y CEMOPLAF.

Cerca de dos de cada tres usuarias (63.6%) usa métodos anticonceptivos para no tener más hijos. Según los resultados obtenidos, el 64.2 por ciento de MEF unidas o casadas, que no están usando métodos y que son fértiles, tienen la intención de usar métodos ahora o en los próximos 12 meses. La intención de uso es más alta entre las mujeres jóvenes, citadinas, especialmente del grupo adolescente, con niveles de instrucción secundario. El 64 por ciento emplearía un método moderno.

5. REGULACION DE LA FECUNDIDAD

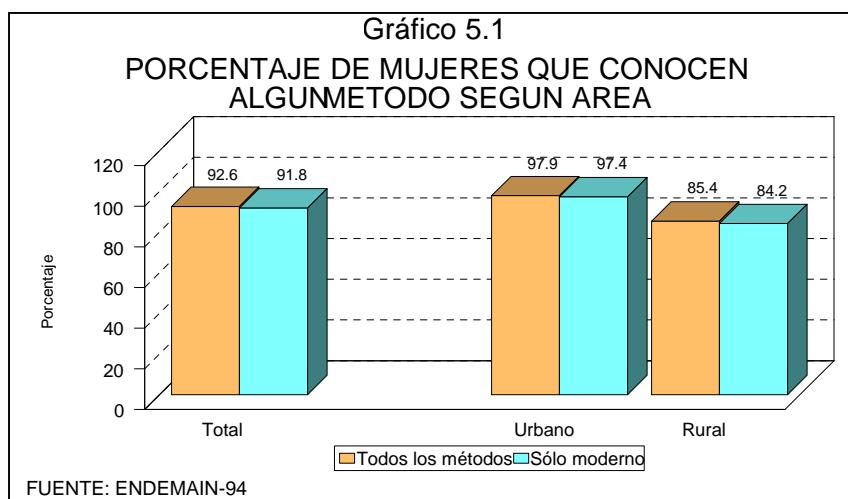
5.1 Conocimiento sobre planificación familiar

La Constitución Política del Estado Ecuatoriano, propugna la Paternidad Responsable y garantiza el derecho de los padres a tener el número de hijos que deseen. La planificación familiar, uno de los aspectos importantes para el cabal cumplimiento de este derecho, es analizada en esta parte del informe. El enfoque no solamente considera su importancia como variable intermedia de la fecundidad, sino trata de proporcionar información útil para la utilización práctica que puedan hacer los administradores de los programas de planificación familiar y los responsables de la elaboración y ejecución de políticas de población. La planificación familiar constituye un componente fundamental para los servicios de salud reproductiva, influyendo significativamente en la salud materno e infantil.

5.1.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos

investigó indagando a las entrevistadas si han oído hablar de algún método anticonceptivo; luego de lo cual fueron mencionados uno a uno, los nombres con los que los diferentes métodos son conocidos en el país.

El conocimiento de métodos entre las MEF en unión, ha incrementado muy poco en los últimos cinco años, limitada agregación que es explicable por los elevados niveles alcanzados en cuanto al conocimiento desde 1987 y que se ha mantenido constante hasta la presente fecha.



No se observan diferencias significativas entre el conocimiento de cualquier método (92.6%) y el conocimiento de un método moderno (91.8%).

Para las casadas o en unión consensual, el conocimiento de cualquiera de los métodos es más alto entre mujeres del área urbana (98%) que entre las del área rural (85%). También es más alto, entre las mujeres de la costa (94%) que entre las serranas (90%). Cabe destacar que en las ciudades de Quito y Guayaquil el conocimiento es casi total, los porcentajes obtenidos sólo distan un punto porcentual del ciento por ciento.

CUADRO 5.1

PORCENTAJE DE MUJERES EN UNION QUE CONOCEN ALGUN METODO,
SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94.

CARACTERISTICAS	Conoce cualquier método	Conoce un método moderno ^{1/}	Número de mujeres
TOTAL PAIS	92.6	91.8	9146
AREA Urbana Rural	97.9 85.4	97.4 84.2	4789 4357
SIERRA Quito Resto urbano Rural	90.4 99.2 98.1 82.7	89.4 98.7 97.7 81.1	5210 873 1481 2856
COSTA Guayaquil Resto urbano Rural	94.4 99.4 95.5 88.7	93.9 99.4 94.7 88.1	3936 932 1503 1501
EDAD 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49	89.2 91.4 95.7 95.4 94.3 90.6 85.5	88.3 90.9 95.0 94.5 93.5 90.0 84.3	540 1540 1912 1898 1422 1079 755
NIVEL DE INSTRUCCION Ninguno Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior	61.6 86.4 93.9 97.4 98.9 99.3	59.7 85.1 93.1 97.3 98.5 99.3	706 1535 2898 1770 1224 923
ACTIVIDAD ECONOMICA No trabaja Trabaja dentro de casa Trabaja fuera de casa	93.7 89.6 92.0	93.1 88.7 91.0	5126 1742 2278
CLASIFICACION MIGRATORIA Nativa Migrante	92.2 96.4	91.4 95.9	8219 927
INDICE SOCIOECONOMICO Alto Medio Bajo	98.7 93.2 78.8	98.4 92.3 77.6	3062 4143 1951

^{1/} Incluye DIU, condón, inyección, métodos vaginales, Norplant, esterilización masculina y femenina.

FUENTE: ENDEMAIN-94

El conocimiento de cualquier método varía según la edad de las mujeres, es más bajo entre las mujeres de los grupos extremos de las edades reproductivas, porcentajes más elevados se registran en el grupo de mujeres de 25 a 34 años con más del 95 por ciento.

A medida que aumenta el nivel de instrucción, el conocimiento de un método moderno va creciendo, resulta claramente diferencial respecto de los otros niveles de instrucción considerados, el porcentaje que exhiben las mujeres analfabetas que sólo llega al 60 por ciento.

Si bien existen diferencias cuando la característica se relaciona a la actividad económica y clasificación migratoria, éstas no son notables. Un diferencial alto de conocimiento se presenta entre las mujeres de índice socioeconómico bajo (79%) respecto de aquellas con índice alto que casi en su totalidad (99%) conoce un método moderno.

La información del cuadro 5.2 revela el conocimiento particularizando cada uno de los métodos. La mayoría ha oído hablar de los anticonceptivos orales (81%), de la esterilización femenina (80%) y del DIU (78%). También un alto porcentaje sabe de la existencia del condón (70%), estos cuatro métodos constituyen los más conocidos en el Ecuador.

Lugares intermedios de conocimiento alcanzan el ritmo (54%) y los inyectables (52%). Sólo una minoría indicó haber oído hablar del retiro (33%), Norplant o implante (19%) y del método de Billings (17%).

El mayor conocimiento de métodos anticonceptivos guarda relación con el grado de desarrollo alcanzado por las diferentes regiones y áreas del país. Los porcentajes de conocimiento en el área urbana son mayores para todos los métodos, que los porcentajes del área rural.

En las dos grandes ciudades (Quito y Guayaquil) es consistentemente mayor que en las otras ciudades intermedias que constituyen el resto urbano de la sierra y de la costa. Siempre los porcentajes de conocimiento son menores en áreas rurales para cualquier método en análisis.

En la casi generalidad de las provincias de la región sierra, el conocimiento más alto es de la esterilización femenina, en las de la costa hay un mayor conocimiento de los gestágenos orales.

A nivel provincial, los métodos menos conocidos, con porcentajes inferiores al diez por ciento, son para el Implante en las provincias de: Cotopaxi (5.2%), Tungurahua (6.5%) y Bolívar (5.1%); para los métodos naturales (el método de Billings), en las provincias de Cotopaxi y Tungurahua con el 5.4 y 8.8 por ciento respectivamente, así como también en la provincia del Cañar con el 9.2 por ciento.

CUADRO 5.2
PORCENTAJE DE CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE TODAS LAS MUJERES, SEGUN
DOMINIO DE ESTUDIOS. ENDEMAIN-94

DOMINIOS DE ESTUDIO	M E T O D O S										Nº DE CASOS	
	Píldora	Ester. femenina	DIU	Condón	Ritmo	Inyecc. anticoncep.	Métodos vaginales	Ester. masculina	Retiro	Norplant		
TOTAL PAIS	81.3	80.0	78.4	70.4	54.3	52.3	47.8	34.2	32.9	19.0	16.7	13582
AREA Y REGION:												
Urbana	90.0	87.0	87.1	82.8	64.4	60.4	58.3	44.7	40.7	24.4	21.5	7223
Rural	68.6	69.8	65.7	52.6	39.8	40.7	32.7	18.9	21.5	11.1	9.8	6359
SIERRA	76.6	79.5	75.2	67.9	53.1	46.7	43.4	34.8	29.3	14.0	16.7	7898
Quito	91.4	91.4	90.8	89.2	71.6	57.0	59.6	59.2	44.2	19.2	26.0	1261
Resto Urbano	88.4	89.1	86.6	84.3	67.0	58.6	58.1	44.6	37.3	21.4	22.7	2332
Rural	63.6	69.0	62.1	49.5	37.2	35.8	28.2	18.3	18.3	7.8	9.2	4305
COSTA	85.4	80.4	81.2	72.7	55.5	57.4	51.9	33.6	36.1	23.4	16.8	5684
Guayaquil	93.2	89.8	89.9	83.4	64.1	64.5	63.0	49.5	46.3	32.1	21.9	1404
Resto Urbano	87.4	80.5	82.8	77.3	58.6	59.9	53.6	32.0	36.0	22.6	17.6	2226
Rural	75.6	70.9	70.8	57.0	43.4	47.6	39.0	19.8	26.0	15.7	10.8	2054
PROVINCIA												
Carchi	74.2	82.7	71.9	73.2	48.4	45.3	40.2	25.3	29.5	10.9	16.9	661
Imbabura	76.2	78.4	72.6	69.8	54.1	44.9	43.0	28.9	31.3	11.5	16.4	688
Pichincha	87.5	88.1	87.7	83.6	67.0	55.6	54.9	51.9	40.3	17.1	22.6	2084
Cotopaxi	54.6	56.1	55.1	41.9	31.6	30.6	23.0	14.3	14.5	5.2	5.4	544
Tungurahua	72.0	71.9	72.5	58.3	52.4	39.5	30.9	15.9	30.1	6.5	8.8	632
Bolívar	65.7	74.8	66.7	51.2	45.8	42.0	29.2	18.2	26.0	5.1	10.3	606
Chimborazo	65.4	72.6	64.9	53.3	48.2	39.3	32.5	26.2	26.1	10.0	10.3	558
Cañar	65.4	74.3	58.4	49.9	30.0	38.4	33.7	20.2	11.1	10.3	9.2	676
Azuay	72.5	77.4	68.8	59.2	43.8	42.1	40.7	33.0	23.1	21.0	21.4	787
Loja	77.3	79.7	72.7	67.7	43.4	47.6	45.9	25.2	14.2	15.4	11.6	662
Esmeraldas	83.2	83.8	83.1	79.8	62.5	61.5	53.7	29.1	42.0	17.1	20.1	727
Manabí	82.5	77.9	76.8	65.0	54.7	52.4	45.9	28.3	24.9	19.8	14.8	903
Los Ríos	94.2	87.7	90.7	76.8	55.0	62.6	50.0	25.7	25.7	22.8	10.2	979
Guayas	85.7	81.0	81.2	74.3	56.7	59.1	55.0	39.4	42.5	26.4	19.2	2356
El Oro	80.4	69.2	77.4	69.1	44.4	48.0	46.6	22.2	29.9	17.5	11.5	719

FUENTE: ENDEMAIN-94

5.1.2 Conocimiento del período fértil

Como se podrá observar mas adelante, los métodos del ritmo, Billings y retiro representan más del once por ciento de la prevalencia de uso, en especial por el aporte del ritmo que ha venido creciendo en los últimos años. Este comportamiento motivó que se investigue el conocimiento que tienen las mujeres sobre su período de fertilidad.

CUADRO 5.3
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE TODAS LAS MUJERES Y DE LAS QUE HAN USADO
ALGUNA VEZ ABSTINENCIA PERIODICA, SEGUN CONOCIMIENTO DEL PERIODO FERTIL
ENDEMAIN-94

TIEMPO REPORTADO POR PERIODO FERTIL	TODAS LAS MUJERES	HAN USADO ABSTINENCIA
Una semana antes de que la regla comience	10.4	12.2
Durante la regla	3.7	3.1
Una semana después de la regla	22.4	30.2
Dos semanas después de la regla	19.2	39.4
Tres semanas después de la regla	2.4	2.2
En cualquier tiempo	11.8	4.5
No sabe, no responde	30.1	8.4
TOTAL	100.0	100.0
Nº de casos	13582	1857

FUENTE: ENDEMAIN-94

El Cuadro 5.3 presenta información para todas las mujeres y aquellas usuarias de la abstinencia periódica. Como era de esperarse el conocimiento correcto de su período fértil es más elevado en las mujeres que han usado abstinencia (39.4%) que entre las restantes mujeres (19.2%).

Casi dos de cada tres usuarias de abstinencia, desconocen el período fértil de su ciclo ovulatorio, es decir han estado usando en forma errónea este método. El desconocimiento es muy alto (81%) para el total de mujeres.

Asociado al uso incorrecto del método muchos embarazos no deseados deben haberse producido entre usuarias de este tipo de métodos.

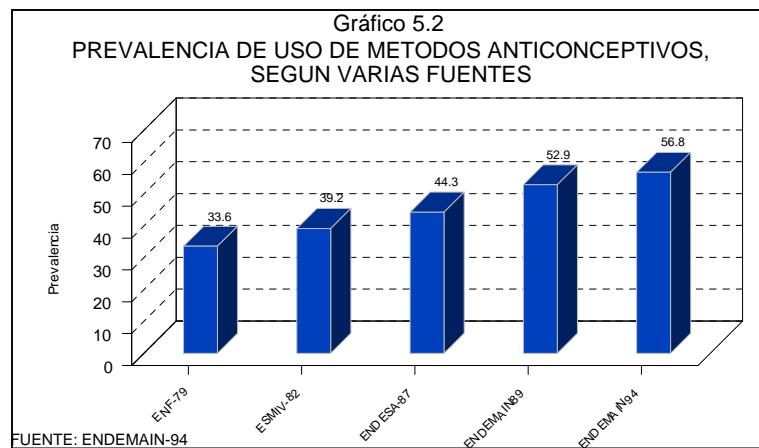
5.2 Uso de métodos anticonceptivos

5.2.1 Tendencia de uso

El uso actual de anticoncepción puede explicarse por medio de la prevalencia de uso, entendiéndose a ésta como el porcentaje de mujeres, casadas o unidas, que utilizaban algún método de planificación familiar al momento de efectuarse la encuesta.

Examinada la tendencia de la prevalencia, en Ecuador se presenta ascendente, de acuerdo a la información proporcionada por las diferentes encuestas (ver Cuadro 5.4 y Gráfico 5.2).

Para el último período, la ENDEMAIN-94, presenta una prevalencia del 56.8 por ciento, lo que equivale a decir que más de una de cada dos mujeres en unión se encontraban regulando su fecundidad.



CUADRO 5.4
**TENDENCIA DE LA PREVALENCIA DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE MUJERES CASADAS/UNIDAS
DE 15 A 49 ANOS DE EDAD, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. PORCENTAJES**

CARACTERISTICAS	ENCUESTAS				
	ENF 1979	ESMIVD 1982	ENDESA 1987	ENDEMAIN I 1989	ENDEMAIN II 1994
TOTAL PAIS	33.6	39.2	44.3	52.9	56.8
AREA Y REGION:					
- Urbana	47.7	52.9	53.3	62.2	66.0
- Rural	22.3	26.7	32.7	40.2	44.4
- Sierra	33.4	35.2	38.4	47.9	55.2
- Quito	56.0	58.4	52.7	63.0	70.1
- Resto Urbano	49.0	48.2	50.0	57.0	68.0
- Rural	20.0	20.6	25.0	34.7	42.1
- Costa	34.6	44.6	49.6	57.7	58.2
- Guayaquil	46.0	54.9	57.5	63.4	65.6
- Resto Urbano	40.0	50.3	51.4	63.9	62.5
- Rural	24.0	34.2	41.6	47.3	47.3
INSTRUCCION:					
- Ninguna	12.6	16.6	18.5	25.5	26.0
- Primaria	30.6	36.7	41.0	48.1	50.6
- Secundaria y superior	52.3	60.2	56.6	63.3	68.0
EDAD					
15-19	14.0	20.1	15.3	25.0	27.1
20-34	35.2	42.2	45.2	53.2	59.0
35-49	32.9	40.1	47.9	56.6	59.9
Nº DE HIJOS VIVOS:					
0	12.4	16.2	15.4	16.8	16.2
1-3	36.1	43.5	46.8	56.2	62.6
4 y más	31.9	37.0	44.0	51.9	56.3

FUENTE: INEC, ENF 1979.- ININMS, ESMIVD 1982.- CEPAR, ENDESA 1987, ENDEMAIN 1989.- CEPAR, ENDEMAIN 1994.- CEPAR.

El nivel encontrado indica un cambio relativo de alrededor de 4 puntos porcentuales, con respecto a la obtenida en la ENDEMAIN-89 (52.9%). La magnitud del cambio sugiere que éste no es tan importante como el ocurrido en la década de los años 80'.

Tomando solamente los últimos 5 años, el incremento de la prevalencia fue mayor en el área rural, en la región sierra (especialmente su área rural), en mujeres con mayores niveles de instrucción, en las de 20 a 34 años de edad y en aquellas con 1 a 3 hijos actualmente vivos.

Los incrementos registrados son casi similares entre el área urbana y la rural, se advierten diferencias entre las agregaciones de la región sierra (7.2%), que las acontecidas en la costa (0.5%).

Algunos niveles presentan datos estadísticamente similares, lo cual se debe en gran medida a la importante proporción de mujeres en estados civiles o conyugales diferentes a las de casadas o unidas, grupo de mujeres excluidas para esta parte de la investigación.

CUADRO 5.5

TENDENCIA DE LA PREVALENCIA DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE MUJERES EN UNION
DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGUN METODO UTILIZADO. DISTRIBUCION PORCENTUAL

USO Y METODO	ENCUESTAS				
	ENF 1979	ESMIVD 1982	ENDESA 1987	ENDEMAIN I 1989	ENDEMAIN II 1994
USAN:	33.6	39.2	44.3	52.9	56.8
-Esteril.femenina	7.8	12.4	15.0	18.3	19.8
-DIU	4.8	6.4	9.8	11.9	11.8
-Píldora	9.5	10.3	8.5	8.6	10.2
-Ritmo	4.8	4.8	6.1	8.8	7.4
-Retiro	2.3	1.5	2.0	2.5	3.5
-Condón	1.0	1.1	0.6	1.3	2.6
-Met.vaginales	1.6	2.0	1.2	0.8	0.6
-Inyección anticonc.	0.8	0.7	0.7	0.4	0.5
-Otros	1.0	-	0.3	0.2	0.4
NO USAN:	66.4	60.8	55.7	47.1	43.2
TOTAL Nº de casos	100.0 3915	100.0 1113	100.0 2957	100.0 4776	100.0 9146

FUENTE:

INEC, ENF 1979.
ININMS, ESMIVD 1982.
CEPAR, ENDESA 1987.
CEPAR, ENDEMAIN 1989.
CEPAR, ENDEMAIN 1994.

Como lo muestra el cuadro 5.5, el método anticonceptivo más importante es la esterilización femenina (19.8%), una de cada cinco mujeres en unión está esterilizada. En segundo lugar se encuentran los dispositivos intrauterinos (11.8%), seguidos por los anticonceptivos orales (10.2%) .

También tienen importancia los métodos tradicionales, ritmo (7.4%) y retiro (3.5%), y el uso del preservativo (2.6%), incrementado en los últimos años. El resto de métodos fue mencionado por muy pocas mujeres.

Entre 1989 y 1994 no ha variado mayormente la mezcla de métodos anticonceptivos, sean éstos modernos o tradicionales; sin embargo, el aumento observado en la prevalencia anticonceptiva ha tenido su origen en los incrementos en la esterilización femenina, en el uso de la píldora y, principalmente, en el uso del condón y prácticas de retiro en las relaciones sexuales. El uso del DIU presenta una tendencia estable, definida como un plateau, cuyas características ameritan un estudio más a profundidad. En contraste con los incrementos anteriores, el método del ritmo y los vaginales han perdido importancia relativa.

En términos porcentuales, en los últimos cinco años los métodos modernos crecen casi 10 puntos porcentuales, mientras los métodos naturales lo hacen en sólo cinco puntos, la proporción que cada grupo tiene en la prevalencia total, ha permanecido estable, lo cual corrobora la pendiente de inclinación que registran las curvas.

CUADRO 5.6

PREVALENCIA DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE MUJERES EN UNION
DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD EN PAISES SELECCIONADOS, SEGUN METODOS

USO Y METODO	Bolivia 1994	Ecuador 1994	Perú 1992	Colombia 1990	Costa Rica 1993
USAN:	45.3	56.8	59.0	66.1	74.8
- Ester.femen.	4.6	19.8	7.9	20.9	19.5
- DIU	8.1	11.8	13.4	12.4	8.8
- Píldora	2.8	10.2	5.7	14.1	18.1
- Ritmo	22.0	7.6	20.7	6.1	6.8
- Retiro	1.7	3.5	3.9	4.8	3.3
- Condón	1.3	2.6	2.8	2.9	16.0
- Met.vaginales	0.1	0.6	1.0	1.7	0.2
- Inyec.anticon.	0.8	0.5	1.9	2.2	0.9
- Otros	3.9	0.2	1.7	1.0	1.2
NO USAN	54.7	43.2	41.0	23.9	25.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº de casos	5334	9146	8741	4449	2185

FUENTE:

Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1989. Bolivia
 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991/1992. Perú
 Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud, 1990. Colombia
 Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 1993. Costa Rica

Con el fin de tener una perspectiva de las tendencias a nivel internacional, similar a la efectuada en el análisis de la fecundidad, se escogieron a los mismos países, con el fin de realizar análisis de tendencia comparativa.

En el Cuadro 5.6 se compara el uso de anticonceptivos por país, de acuerdo con los datos disponibles de la encuesta más reciente de cada uno de ellos. Como puede observarse, el Ecuador se encuentra en el cuarto lugar entre los cinco países considerados.

Es evidente la más alta prevalencia de anticonceptivos en Costa Rica con alrededor del 75 por ciento, 18 puntos porcentuales más altos que la del Ecuador. También es más elevada la de Colombia (66%) y con menor diferencia la del Perú (59%). Nuestro país tiene una prevalencia mayor en 11.5 por ciento que la de Bolivia (45.3%), país en el cual más de la mitad de las mujeres en unión no usan anticonceptivos.

En cuanto a métodos específicos, la prevalencia de la esterilización femenina en el Ecuador (19.8%) es similar a la de Colombia y Costa Rica (20.9% y 19.5%, respectivamente), coincidentemente en estos países éste es el método preferido entre las usuarias; la prevalencia de esterilización del Ecuador es sensiblemente más alta que la del Perú (8%) y con gran diferencia respecto a Bolivia (4%). El DIU es el segundo método utilizado en el Perú (13%), al igual que en el Ecuador y Colombia (12%).

La píldora es más utilizada en Costa Rica (18%), luego en Colombia (14%) y después Ecuador (10%). Cabe señalar que el país donde el condón adquiere la prevalencia más alta es en Costa Rica (16%), la más alta de América Latina.

CUADRO 5.7

USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS, SEGUN METODO, POR ESTADO CIVIL:
MUJERES DE 15-49 AÑOS DE EDAD. ENDEMAIN-94

METODO	TODAS LAS MUJERES	ESTADO CIVIL		
		Casadas/ unidas	Separadas/ divorciadas/viudas	Solteras
USAN ACTUALMENTE	35.3	56.8	22.3	1.3
Esterilización femenina	12.4	19.8	10.5	0.3
DIU	7.4	11.8	5.6	0.2
Píldoras	6.2	10.2	1.9	0.2
Ritmo	4.6	7.4	2.0	0.4
Retiro	2.1	3.5	0.8	0.1
Condón	1.6	2.6	1.5	0.1
Métodos vaginales	0.4	0.6	-	-
Inyección anticonceptiva	0.3	0.5	-	-
Otros	0.3	0.4	-	-
NO USAN	64.7	43.2	77.7	98.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº de casos	13582	9146	929	3507

FUENTE: ENDEMAIN-94

Entre los métodos naturales, el ritmo en Bolivia (22.0%) y en el Perú (20.7%) representan el primer método de uso, la importante difusión de este método en estos países es una característica histórica, incrementando su nivel durante los últimos años.

En la ENDEMAIN-94 la prevalencia anticonceptiva resultó de 35.3 por ciento para todas las mujeres investigadas, destacándose el aporte porcentual (74%), que realizan las mujeres usuarias de esterilización femenina, del dispositivo intrauterino (DIU) y de píldoras.

Es importante destacar que una de cada cinco mujeres separadas, divorciadas o viudas se encuentra utilizando un método actualmente. La esterilización es utilizada por el 47 por ciento de estas mujeres. En general la mezcla de métodos utilizados, es similar a la ya comentada para la cohorte de mujeres casadas o unidas.

5.2.2 *Prevalencia de uso actual*

Los niveles de prevalencia de uso de métodos se presentan en el cuadro 5.8, por lugar de residencia (área, región y provincias) y tipo de método utilizado. La prevalencia de la práctica anticonceptiva varía significativamente de un sector a otro de la población ecuatoriana, a juzgar por la proporción de mujeres en unión que están usando algún método anticonceptivo según ciertas características geográficas, demográficas y sociales. El lugar de residencia establece diferencias en la prevalencia anticonceptiva en lo que se refiere a contextos urbanos y rurales. Al igual que para el período 87-89, la prevalencia en áreas urbanas (66.0%) continúa 1.5 veces más alta que la prevalencia en áreas rurales (44.0%). A este nivel de desagregación son estadísticamente significativas las diferencias de uso del condón en áreas urbanas (3.3%) respecto de la rural (1.6%) y del DIU, 14.3 y 8.2 por ciento respectivamente.

Existe mayor uso de métodos anticonceptivos en las áreas urbanas y la tasa más alta se encuentra entre las mujeres que residen en Quito (70.1%), ciudades de la sierra (68%) y Guayaquil (65.6%), mientras que la más baja se observa en las que viven en sectores rurales de la sierra (42%). Debe subrayarse sin embargo que este mínimo es casi 8 puntos porcentuales más alto que el de 1989. El fenómeno de la meseta o estabilización de la prevalencia anticonceptiva se ha producido en los sectores que comprenden los restos urbanos y rurales de la costa, especialmente durante los últimos 5 años.

Entre provincias, información por primera vez obtenida en el país, sobresalen las altas prevalencias de Pichincha, Guayas y El Oro (67.5%, 61.4% y 60.3%, en ese orden) y la más baja en Chimborazo, Cañar y Cotopaxi (42.9%, 40% y 38.4%, respectivamente).

La esterilización femenina es el método más usado, es más notorio su uso en áreas urbanas, en las cuales representa aproximadamente un tercio de la prevalencia total. Respecto de los métodos modernos ella representa el 43 por ciento. Solamente en el área rural de la región costa, prácticamente comparte el primer lugar con los gestágenos orales.

A nivel provincial, en la mayoría, la esterilización femenina es el método favorito, se exceptúan de esta generalización, las provincias de Bolívar y Chimborazo en las cuales el ritmo constituye el primer método de uso, provincias decididamente influenciadas por su composición étnica, en la cual destacan porcentajes significativos de población indígena.

En la región costa, las provincias de Esmeraldas y Los Ríos salen del esquema de privilegio que mantiene la esterilización femenina, en éstas la Píldora constituye el primer método de uso.

CUADRO 5.8
USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR DOMINIOS DE ESTUDIO, SEGUN USO Y METODO:
MUJERES CASADAS/UNIDAS DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD. DISTRIBUCION PORCENTUAL

USO ACTUAL Y METODO	PAIS			REGION SIERRA				REGION COSTA			
	Total	Urbana	Rural	Total	Quito	Resto Urbano	Rural	Total	Guayaquil	Resto Urbano	Rural
USAN ACTUALMENTE:	56.8	66.0	44.4	55.2	70.1	68.0	42.1	58.2	65.6	62.5	47.3
- Esteril.femenina	19.8	23.8	14.4	17.2	22.8	20.5	13.0	22.0	26.0	24.3	16.1
- DIU	11.8	14.3	8.2	12.8	17.7	15.8	9.0	10.9	15.9	10.1	7.3
- Píldora	10.2	10.4	9.9	5.8	5.9	7.4	5.0	14.1	9.1	16.2	16.3
- Ritmo	7.4	8.7	5.7	9.3	10.0	12.7	7.3	5.8	7.6	6.4	3.6
- Retiro	3.5	3.6	3.3	5.0	5.6	5.2	4.5	2.2	3.1	1.9	1.7
- Condón	2.6	3.3	1.6	3.6	5.7	4.4	2.3	1.6	2.2	2.0	0.8
- Métodos vaginales	0.6	0.8	0.4	0.4	0.7	0.8	0.2	0.8	1.0	0.8	0.7
- Inyección anticonc.	0.5	0.6	0.6	0.6	0.5	0.7	0.5	0.5	0.1	0.6	0.7
- Met.de Billings	0.2	0.2	0.2	0.3	0.4	0.3	0.3	0.1	0.2	0.1	0.1
- Norplant o implante	0.1	0.2	0.0	0.1	0.4	0.1	0.0	0.2	0.2	0.2	0.1
- Esteril.masculina	0.1	0.2	0.0	0.2	0.4	0.2	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0
NO USAN ACTUALMENTE:	43.2	34.0	56.6	44.8	29.9	32.0	57.9	41.8	34.4	37.5	52.7
TOTAL Nº de casos	100.0 9146	100.0 4789	100.0 4357	100.0 5210	100.0 873	100.0 1481	100.0 2856	100.0 3936	100.0 932	100.0 1503	100.0 1501

USO ACTUAL Y METODO	PROVINCIAS DE LA SIERRA										PROVINCIAS DE LA COSTA				
	Carchi	Imbabura	Pichincha	Cotopaxi	Tungurahua	Bolívar	Chimbo-razo	Cañar	Azuay	Loja	Esmeral-das	Manabí	Los Ríos	Guayas	El Oro
USAN ACTUALMENTE	55.5	50.9	67.5	38.4	56.9	45.6	42.9	40.0	47.7	44.8	46.8	55.7	52.2	61.4	60.3
- Esteril.femenina	20.4	17.3	21.3	13.4	8.8	10.1	10.7	18.2	20.0	12.6	13.8	25.3	16.5	23.4	19.2
- DIU	11.1	10.0	17.6	6.7	15.2	6.3	9.2	5.7	9.2	9.3	5.1	7.8	8.3	12.4	15.9
- Píldora	5.1	5.1	7.4	5.6	5.3	5.3	3.9	6.3	4.8	2.2	15.8	16.2	21.4	12.2	9.8
- Ritmo	6.3	8.2	9.2	6.9	14.9	12.4	11.1	5.7	6.8	9.5	6.0	3.4	3.8	6.8	8.0
- Retiro	6.1	7.7	5.3	2.9	8.2	7.2	2.5	1.7	3.2	5.1	2.9	0.0	0.6	3.2	1.9
- Condón	5.3	1.6	4.8	1.8	3.6	3.4	4.2	0.7	2.2	3.6	2.2	0.9	0.2	1.7	4.6
- Métodos vaginales	0.4	0.7	0.5	0.0	0.2	0.6	0.2	0.4	0.2	1.1	0.5	0.5	1.1	1.0	0.5
- Inyección anticonc.	0.6	0.4	0.5	1.0	0.6	0.2	0.9	1.3	0.5	0.2	0.0	1.4	0.2	0.2	0.5
- Met.de Billings	0.2	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.7	1.1	0.5	0.1	0.1	0.1	0.0
- Norplant o implante	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.2	0.0
- Esteril.masculina	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
NO USAN ACTUALMENTE:	44.5	49.1	32.5	61.6	43.1	54.4	57.1	60.0	52.3	55.2	53.2	44.3	47.8	38.6	39.7
TOTAL Nº de casos	100.0 417	100.0 460	100.0 1469	100.0 351	100.0 439	100.0 384	100.0 379	100.0 439	100.0 488	100.0 384	100.0 497	100.0 630	100.0 688	100.0 1611	100.0 510

FUENTE: ENDEMAIN-94

Si los análisis se restringieran a la incidencia (usuarias nuevas), la píldora sería el método de mayor incidencia en el Ecuador.

5.2.3 Diferenciales

A continuación se presentan algunas características de las entrevistadas de uso de métodos anticonceptivos respecto de la edad actual, el nivel de instrucción, índice socioeconómico y número de hijos vivos (cuadro 5.9).

En relación a la edad, la información indica que entre las mujeres casadas o unidas de 15 a 19 años, el 27.1 por ciento usa anticonceptivos. Entre las de 20 a 24 años el uso se incrementa sustancialmente al 49.3 por ciento, llegando a un máximo de 66.1 por ciento en el grupo de 35-39 años. El patrón de "U" invertida, que tenía el país hasta hace cinco años, se ha modificado hacia uno de "J" invertida, en el cual los grupos extremos de edad, registran los niveles más bajos de prevalencia, no obstante éstos se encuentran situados en niveles diferentes, como se puede apreciar la prevalencia de mujeres de 45-49 años (49.1%), es sensiblemente más alta que la del grupo 15-19 años (27.1%), cambiando el fenómeno de "u" hacia uno de "j".

De acuerdo a la normativa legal del país, la esterilización es mayor entre las mujeres de más de 30 años de edad. Las mujeres de 15 a 19 años se inclinan exclusivamente por los métodos temporales; para las mujeres con edades entre los 20 y 24 años la píldora, mientras en el siguiente grupo de edad considerado, la preminencia relativa cambia en favor del DIU.

En cuanto a la tendencia, el nivel de instrucción muestra una asociación directa con el uso de anticonceptivos; la prevalencia aumenta conforme se incrementa el nivel de instrucción. Casi las tres cuartas partes de las mujeres ecuatorianas con algún año aprobado en la universidad (74.3%) usan anticonceptivos, en comparación con sólo la cuarta parte (26%) de mujeres sin ningún nivel de instrucción.

En consideración al índice socioeconómico, la prevalencia del uso aumenta de 34.3 por ciento registrado en las de índice bajo a 53.8 por ciento para las del medio y asciende a 71.6 por ciento entre las de nivel alto, estas últimas más que duplican el uso encontrado en el nivel bajo.

La esterilización femenina es el método más utilizado cualquiera sea el índice socioeconómico considerado.

En relación al número de hijos vivos, los resultados indican que las mujeres que menos usan son las pertenecientes a los grupos extremos, es decir aquellas que no tienen hijos vivos (16.2 por ciento) y las que tienen 6 ó más (44.6 por ciento). El uso mayor se encuentra entre las que tienen 3 hijos vivos, quienes presentan un uso de 70.9 por ciento, replicando también el patrón de J invertida.

CUADRO 5.9

USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE MUJERES CASADAS/UNIDAS DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD,
POR METODO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS	USAN ACTUALM.	METODO							NO USAN ACTUALM.	TOTAL	Nº DE CASOS
		Estéril. femenina	DIU	Píldora	Ritmo	Retiro	Condón	Otros			
TOTAL	56.8	19.8	11.8	10.2	7.4	3.5	2.6	1.6	43.2	100	9146
EDAD:											
15-19	27.1	0.0	7.7	8.9	5.1	2.9	2.1	0.4	72.9	100.0	540
20-24	49.3	1.0	16.0	17.0	6.6	5.0	2.6	1.1	50.7	100.0	1540
25-29	60.6	7.6	19.4	15.6	8.6	3.7	3.9	1.8	39.4	100.0	1912
30-34	65.4	22.1	15.7	11.0	8.5	3.0	3.2	2.0	34.6	100.0	1898
35-39	66.1	35.2	7.9	6.1	8.1	4.0	2.7	2.0	33.9	100.0	1422
40-44	59.2	36.9	4.2	4.7	7.3	3.4	0.9	1.8	40.8	100.0	1079
45-49	49.1	35.3	2.3	2.6	5.2	1.1	0.9	1.6	50.9	100.0	755
INSTRUCCION:											
- Ninguna	26.0	12.3	3.2	4.4	1.5	2.8	0.4	1.5	74.0	100.0	706
- Primaria incompleta	42.4	20.1	5.4	7.6	4.7	2.9	0.6	1.1	57.6	100.0	1535
- Primaria completa	54.9	19.6	10.9	10.9	6.0	4.2	2.0	1.5	45.1	100.0	2988
- Secundaria incompleta	63.6	19.0	15.3	12.8	7.4	3.8	3.9	1.8	36.4	100.0	1770
- Secundaria completa	69.7	22.1	17.0	11.3	11.0	3.1	3.1	2.0	30.3	100.0	1224
- Superior	74.3	23.0	16.0	9.4	15.0	2.5	6.4	2.1	25.7	100.0	923
INDICE SOCIOECONOMICO:											
- Bajo	34.3	12.3	5.9	9.4	2.7	2.4	0.6	0.9	65.7	100.0	1951
- Medio	53.8	16.7	11.8	11.5	6.2	4.2	2.1	1.3	46.2	100.0	4133
- Alto	71.6	27.0	14.6	9.2	11.2	3.2	4.0	2.4	28.4	100.0	3062
NUMERO DE HIJOS VIVOS:											
0	16.2	0.1	1.0	4.0	7.2	1.5	1.3	1.1	83.8	100.0	588
1	51.8	1.4	17.2	14.7	8.7	4.6	3.9	1.3	48.2	100.0	1678
2	64.1	11.8	19.4	13.3	9.8	4.0	4.0	1.8	35.9	100.0	2101
3	70.9	32.7	12.9	10.6	7.4	2.9	2.9	1.5	29.1	100.0	1815
4	65.6	36.7	7.0	8.8	6.2	3.4	1.6	2.0	34.4	100.0	1182
5	59.5	37.1	6.4	6.4	4.3	3.2	1.1	1.1	40.5	100.0	660
6 y +	44.6	25.2	3.7	5.5	4.6	3.4	0.2	2.1	55.4	100.0	1122

FUENTE: ENDEMAIN-94

5.2.4 Características al inicio del uso

En el Cuadro 5.10 la información presenta: el número promedio de hijos vivos, la edad promedio que las mujeres tenían al momento de usar por primera vez anticoncepción y los años promedio transcurridos entre la fecha de la primera unión y la fecha en la cual comenzaron a usar.

Los datos manifiestan que en el país las mujeres esperan en promedio, tener 2 hijos vivos, 24 años de edad para empezar a usar anticonceptivos y que inician el uso 5.3 años después de la primera unión conyugal.

Se observa que el número promedio de hijos vivos se eleva de 1.8 en el área urbana a 2.7 en el área rural. Los promedios regionales (costa y sierra) no son distantes del promedio nacional; las ciudades de Quito y Guayaquil ostentan promedios menores, 1.5 y 1.7 respectivamente; de acuerdo a lo esperado los promedios regionales de las áreas rurales son los más altos (ver Cuadro 5.10).

Según el nivel de instrucción, la tendencia es decreciente, el promedio de 4.6 entre las mujeres sin educación formal disminuye a 1.0 entre las de nivel de educación superior. La tendencia se muestra similar para los tres índices socioeconómicos de la vivienda, 2.7 entre las de nivel socioeconómico bajo a 1.8 entre las de nivel alto.

En consideración al primer método usado se observa que quienes usan métodos definitivos lo hacen cuando su ideal reproductivo se encuentra cumplido (4.4 hijos en promedio).

Para la edad promedio al primer uso se puede observar que el promedio nacional (24.2 años), no es distante, de los que tienen las mujeres residentes tanto en áreas urbanas como en las rurales, como también entre las categorizadas en los seis dominios de estudio.

La edad promedio al inicio del uso de métodos anticonceptivos es sensiblemente más alta, en las mujeres sin educación formal (29.6 años), entre las de nivel socioeconómico bajo (25.7 años) y para quienes su primer método fue la esterilización (30.2 años).

CUADRO 5.10

NUMERO PROMEDIO DE HIJOS VIVOS, EDAD PROMEDIO AL PRIMER USO Y AÑOS PROMEDIO
DESDE LA PRIMERA UNION HASTA EL PRIMER USO DE ANTICONCEPTIVOS,
POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS: MUJERES DE 15-49 AÑOS
DE EDAD QUE ALGUNA VEZ HAN USADO ANTICONCEPTIVOS

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS	PROMEDIO DE HIJOS VIVOS	EDAD PROMEDIO AL PRIMER USO	AÑOS PROMEDIO DESDE LA PRIMERA UNION HASTA EL PRIMER USO
TOTAL PAIS	2.1	24.2	5.3
AREA Y REGION:			
Urbana	1.8	23.8	4.6
Rural	2.7	25.0	6.7
SIERRA	2.0	24.5	5.0
Quito	1.5	23.8	3.9
Resto Urbano	1.7	24.2	4.1
Rural	2.5	25.3	6.4
COSTA	2.2	23.9	5.5
Guayaquil	1.7	23.4	4.5
Resto Urbano	2.2	24.0	5.4
Rural	2.8	24.6	7.0
INSTRUCCION			
Ninguna	4.6	29.6	12.3
Primaria incompleta	3.6	26.7	9.2
Primaria completa	2.5	24.3	6.2
Secundaria incompleta	1.6	22.5	4.0
Secundaria completa	1.2	23.2	3.2
Superior	1.0	24.2	2.3
INDICE SOCIOECONOMICO DE VIVIENDA			
Bajo	2.7	25.7	7.9
Medio	2.2	24.2	5.9
Alto	1.8	23.8	4.0
PRIMER METODO			
Esteril.femenina	4.4	30.2	10.9
DIU	2.2	24.1	5.0
Píldora	2.0	23.3	4.8
Ritmo	1.3	23.6	3.5
Retiro	1.7	23.4	4.7
Condón	1.3	23.1	3.6
Mét.vaginales	1.5	23.3	4.1
Inyección anticonc.	2.5	25.5	7.3
Otros	1.9	24.1	5.8

FUENTE: ENDEMAIN-94

Las mujeres del área rural son las que esperan más tiempo (6.7 años) para iniciar el uso de anticonceptivos después de su primera unión, así como las mujeres residentes en la costa inician el uso más tarde que las serranas.

Los diferenciales son claros por nivel de instrucción, mientras en las mujeres de instrucción superior la cifra es de 2.3 años, entre las mujeres sin educación formal es 12.3, es decir 5.35 veces más alto. El tiempo transcurrido entre la primera unión hasta el primer uso, varía de 3.5 años cuando el método usado es el ritmo a 10.9 años cuando se trata de la esterilización.

5.2.5 *Fuente de suministros*

De acuerdo al cuadro 5.10, el concepto "fuente" está referido a la distribución porcentual de las mujeres en unión que usan anticonceptivos catalogados como "modernos" (esterilización femenina y masculina, DIU, píldora, condón, vaginales, inyectables e implantes), de acuerdo al lugar de obtención del servicio de anticoncepción.

En el Ecuador, las tres fuentes principales para la obtención de métodos anticonceptivos modernos son la clínica o médico privado (26.3%), el Ministerio de Salud (23.4%) y la farmacia o botica (16.4%), las que en conjunto están cubriendo las dos terceras partes de la demanda. Así mismo, para todos los métodos modernos, el sector público cubre con el 37.8 por ciento y el privado el 62.2 por ciento, debiendo destacarse el aumento de la participación de APROFE y CEMOPLAF, a costa de la estabilidad del mercado de la clínica y médico privado, la farmacia, la Junta de Beneficencia de Guayaquil, y la baja del Ministerio de Salud durante los últimos 5 años.

A nivel de regiones y dentro de ellas, Quito, Guayaquil, resto urbano (sierra y costa) y áreas rurales, existen algunas diferencias que sintéticamente se pueden destacar. El Ministerio de Salud tiene mayor importancia en la parte rural de la sierra y en el resto urbano de la costa; la Junta de Beneficencia en la costa (especialmente en Guayaquil); APROFE en la costa; CEMOPLAF en la sierra; IESS en la sierra y en sectores urbanos; la clínica y el médico privado sin mayores diferencias en su participación en todos los contextos geográficos, y la farmacia o botica preferentemente en la costa, especialmente en el área rural.

Con relación a la distribución de usuarias según la fuente donde obtienen el método que están usando, se observa a nivel nacional que hay servicios o programas de planificación familiar con mayor demanda y oferta de determinados métodos; por ejemplo, la mayor demanda de la píldora se da en la farmacia o botica (51.2%), el DIU lo obtienen las usuarias en mayor porcentaje en APROFE (35.7%) y clínica y médico privado (29.3%); el condón es adquirido en su gran mayoría en la farmacia (71.7%). El 63 por ciento de las esterilizaciones tubáricas se hicieron en establecimientos del sector público, más de la mitad de ellas (34.7%) en el Ministerio de Salud y la Junta de Beneficencia (17.7%); la clínica y médico privado han realizado esterilizaciones al 32.1 por ciento de las usuarias.

CUADRO 5.11

FUENTE DE OBTENCION DE ANTICONCEPTIVOS MODERNOS SEGUN DOMINIOS DE ESTUDIO Y METODO:
MUJERES QUE USAN ANTICONCEPTIVOS DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD. DISTRIBUCION PORCENTUAL

LUGAR DE RESIDENCIA Y METODO	SECTOR PUBLICO					SECTOR PRIVADO						TOTAL	Nº DE CASOS	
	TOTAL	M.S.P.	IESS	Junta de Benef.	Otros	TOTAL	Clin./méd. privado	Farmacia	APROFE	CEMOPLAFF	COF	Otros		
TOTAL PAIS:	37.8	23.4	4.5	8.1	1.8	62.2	26.3	16.4	13.2	4.4	0.2	1.6	100.0	4250
- Esteril.femenina	63.0	34.7	8.0	17.7	2.6	37.0	32.1	0.0	3.1	0.4	0.2	1.1	100.0	1734
- DIU	20.2	15.6	1.4	1.2	2.0	79.8	29.3	0.1	35.7	12.5	0.5	1.6	100.0	1173
- Píldora	19.3	16.3	2.6	0.0	0.4	80.7	15.9	51.2	8.2	3.4	0.0	2.0	100.0	943
- Condón	9.7	8.3	1.4	0.0	0.0	90.3	7.6	71.7	5.5	1.9	0.0	3.8	100.0	279
- Otros a)	9.0	5.7	1.0	0.9	1.4	91.0	27.1	39.3	16.3	6.9	0.0	1.4	100.0	121
QUITO:	33.0	20.4	7.0	0.0	5.6	67.0	29.7	16.5	7.9	8.6	1.3	3.1	100.0	500
- Esteril.femenina	53.3	28.4	15.2	0.0	9.7	46.7	37.4	0.0	4.7	2.0	1.2	1.6	100.0	191
- DIU	27.3	20.9	1.5	0.0	4.9	72.7	31.6	0.0	14.6	19.9	2.4	4.4	100.0	182
- Píldora	9.0	7.5	1.5	0.0	0.0	91.0	20.9	58.8	2.9	5.9	0.0	2.9	100.0	51
- Condón	7.4	7.4	0.0	0.0	0.0	92.6	2.9	80.9	2.9	0.0	0.0	5.9	100.0	59
- Otros a)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100.0	17
RESTO URBANO SIERRA:	37.4	24.8	10.5	0.2	1.9	62.6	26.5	12.2	11.8	10.4	0.2	1.5	100.0	765
- Esteril.femenina	63.4	42.1	19.5	0.5	1.3	36.6	31.8	0.0	3.7	0.0	0.4	0.7	100.0	310
- DIU	21.3	12.7	4.6	0.0	4.0	78.7	26.2	0.0	26.8	25.8	0.0	0.0	100.0	285
- Píldora	16.9	14.4	2.5	0.0	0.0	83.1	20.8	39.8	7.7	10.7	0.0	4.0	100.0	113
- Condón	12.8	8.4	4.4	0.0	0.0	87.2	7.4	61.1	5.1	7.0	0.0	6.6	100.0	77
- Otros a)	21.2	12.9	4.6	0.0	3.7	78.8	37.1	29.3	7.3	2.8	0.0	2.2	100.0	30
RURAL SIERRA:	45.1	37.6	5.3	0.2	2.0	54.9	27.2	11.8	8.2	6.6	0.1	1.2	100.0	875
- Esteril.femenina	71.5	57.5	9.2	0.4	4.4	28.5	25.3	0.0	1.2	0.3	0.3	1.3	100.0	362
- DIU	23.1	21.7	1.4	0.0	0.0	76.9	33.0	0.0	22.7	19.6	0.0	1.5	100.0	270
- Píldora	24.8	21.2	3.4	0.0	0.0	75.2	26.7	41.1	4.8	2.2	0.0	0.5	100.0	150
- Condón	25.1	22.3	2.8	0.0	0.0	74.9	15.4	55.6	2.1	1.7	0.0	0.0	100.0	71
- Otros a)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100.0	22
GUAYAQUIL:	39.4	10.5	1.5	26.9	0.5	60.6	24.2	15.2	19.6	0.8	0.0	0.9	100.0	575
- Esteril.femenina	67.4	11.5	2.2	53.4	0.3	32.6	28.4	0.0	4.2	0.0	0.0	0.0	100.0	261
- DIU	14.1	9.1	0.0	5.0	0.0	85.9	28.2	0.0	53.6	2.3	0.0	1.8	100.0	173
- Píldora	18.5	14.5	2.4	0.0	1.6	81.5	14.5	60.5	3.2	0.8	0.0	2.4	100.0	102
- Condón	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100.0	24
- Otros a)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100.0	15
RESTO URBANO COSTA:	38.6	25.8	3.9	7.4	1.5	61.4	25.3	17.5	14.6	2.6	0.1	1.3	100.0	861
- Esteril.femenina	60.8	36.6	6.7	15.8	1.7	39.2	34.1	0.0	3.7	0.3	0.0	1.0	100.0	359
- DIU	21.1	16.7	0.7	0.7	3.0	78.9	26.1	0.0	46.9	4.7	0.3	0.9	100.0	191
- Píldora	22.3	19.4	2.5	0.0	0.4	77.7	10.2	49.3	12.3	4.2	0.0	1.8	100.0	257
- Condón	1.9	1.9	0.0	0.0	0.0	98.1	12.5	76.4	3.6	1.9	0.0	3.7	100.0	34
- Otros a)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100.0	20
RURAL COSTA:	32.6	24.2	2.0	6.2	0.2	67.4	26.3	23.8	13.5	1.7	0.0	2.1	100.0	674
- Esteril.femenina	59.4	41.4	2.2	15.8	0.0	40.6	36.9	0.0	0.9	0.2	0.0	2.6	100.0	251
- DIU	14.9	12.9	1.0	0.0	1.0	85.1	30.9	1.0	48.7	4.2	0.0	0.5	100.0	122
- Píldora	17.4	14.8	2.6	0.0	0.0	82.6	15.7	53.4	9.4	2.2	0.0	1.8	100.0	270
- Condón	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100.0	14
- Otros a)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100.0	17

a) Incluye otros: Inyección anticonceptiva, métodos vaginales, Norplant o implante y vasectomía o esterilización masculina; no se incluye ritmo y retiro.

(*) Menos de 25 caso

FUENTE: ENDEMAIN 94

5.2.6 Tiempo para llegar a la fuente

La accesibilidad para obtener el método, medida a través del tiempo que la persona necesita para llegar a la fuente es un indicador de singular importancia.

Los resultados según el cuadro 5.12, indican que en Ecuador, el tiempo para obtener un método anticonceptivo es de 45 minutos en promedio. Para obtener métodos irreversibles se requiere de menor tiempo en promedio (34.3 minutos). Dada la condición geográfica del país, el tiempo promedio para acceder a la fuente es mayor en el área rural para cualquiera de los métodos considerados, las mujeres en esta región del país requieren de por lo menos una hora para llegar a la fuente de obtención del método.

CUADRO 5.12

TIEMPO PROMEDIO (EN MINUTOS) A LA FUENTE DE ANTICONCEPTIVOS, POR METODO, SEGUN
DOMINIO DE ESTUDIO MUJERES CASADAS/UNIDAS DE 15-49 AÑOS DE EDAD
ENDEMAIN-94

DOMINIOS DE ESTUDIO	TOTAL	METODO		
		Orales	DIU	Irreversibles
TOTAL PAIS	44.8	41.4	50.9	34.3
AREA Y REGION:				
Urbana	32.4	25.5	40.0	23.9
Rural	68.7	64.5	76.6	59.1
SIERRA	42.9	30.1	50.1	38.8
Quito	27.4	18.7	34.6	16.4
Resto Urbano	37.2	22.6	41.3	45.1
Rural	60.6	42.1	71.8	57.0
COSTA	46.1	45.4	51.7	28.4
Guayaquil	30.3	17.9	41.2	12.8
Resto Urbano	34.3	31.7	42.8	21.4
Rural	75.4	73.0	84.0	63.0

En la sierra los tiempos para obtener anticonceptivos orales son en general menores, en cambio para la costa la obtención de un servicio de DIU es el que mayor tiempo demanda (51.7 minutos).

5.2.7 Razones para uso actual

De acuerdo al cuadro 5.13 del total de usuarias de métodos anticonceptivos, el 30.1 por ciento los utiliza para espaciar los nacimientos y, el 63.6 por ciento para limitar su fecundidad, o sea para no tener más hijos, sin existir mayores diferencias entre usuarias del área urbana o rural, como tampoco entre las de las regiones sierra y costa en su conjunto.

CUADRO 5.13

RAZON PARA USAR ANTICONCEPTIVOS, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS:
MUJERES QUE USAN ANTICONCEPTIVOS DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD. ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS	RAZON DE USO				TOTAL	Nº DE CASOS
	Espaciar	No más hijos	Otras razones	No sabe/no responde		
TOTAL PAIS	30.1	63.6	6.0	0.3	100.0	5382
AREA Y REGION:						
- Urbana	29.8	63.8	6.2	0.2	100.0	3387
- Rural	30.8	63.2	5.4	0.5	100.0	1995
- Sierra	32.3	61.1	6.4	0.2	100.0	2942
□ Quito	31.9	63.1	5.0	0.0	100.0	657
□ Resto Urbano	35.9	55.9	8.0	0.2	100.0	1042
□ Rural	29.9	63.3	6.3	0.5	100.0	1243
- Costa	28.4	65.6	5.6	0.4	100.0	2440
□ Guayaquil	28.8	64.7	6.3	0.2	100.0	686
□ Resto Urbano	25.4	68.4	5.8	0.4	100.0	1002
□ Rural	31.9	63.1	4.5	0.5	100.0	752
EDAD:						
15-19	81.3	17.3	0.7	0.6	100.0	163
20-24	67.7	29.5	2.0	0.8	100.0	800
25-29	49.6	47.9	2.4	0.0	100.0	1176
30-34	24.3	70.9	4.3	0.6	100.0	1267
35-39	10.6	80.9	8.3	0.2	100.0	950
40-44	4.1	86.1	9.7	0.1	100.0	661
45-49	4.0	80.5	15.4	0.0	100.0	365
INSTRUCCION:						
- Ninguna	12.9	80.7	6.0	0.4	100.0	184
- Primaria incompleta	13.8	79.4	6.3	0.5	100.0	681
- Primaria completa	26.2	68.4	5.1	0.3	100.0	1675
- Secundaria incompleta	35.6	58.4	5.7	0.4	100.0	1202
- Secundaria completa	38.0	53.9	7.9	0.1	100.0	924
- Superior	38.9	55.3	5.6	0.3	100.0	716
INDICE SOCIOECONOMICO DE LA VIVIENDA						
- Bajo	28.2	65.2	6.4	0.3	100.0	679
- Medio	30.9	64.1	4.5	0.5	100.0	2359
- Alto	29.9	62.8	7.1	0.2	100.0	2344
Nº DE HIJOS VIVOS:						
0	77.9	7.1	14.9	0.0	100.0	118
1	78.3	18.8	2.4	0.5	100.0	907
2	39.5	53.6	6.5	0.4	100.0	1397
3	14.1	78.6	7.0	0.4	100.0	1308
4	7.9	83.9	8.0	0.1	100.0	768
5	7.2	88.2	4.6	0.0	100.0	379
6 y +	2.6	93.4	3.9	0.1	100.0	505

FUENTE: ENDEMAIN-94

Según la edad, la mayoría de las jóvenes (15-19) están usando los métodos para espaciar los nacimientos (81.3%); proporción que disminuye conforme avanza la edad y así desde los grupos de 30 y más años, el uso es para limitar su familia.

Con relación a la educación, mientras es más alto el nivel de instrucción, la proporción de mujeres que utilizan métodos para espaciar los embarazos se incrementa; se observa cómo las usuarias sin instrucción que utilizan métodos para espaciar los embarazos son apenas el 12.9 por ciento, en contraste con las del nivel superior, 38.9 por ciento.

Aproximadamente dos de cada tres mujeres usan anticonceptivos para limitar su familia, proporción que se mantiene casi invariable en los tres niveles socioeconómicos de las viviendas.

Cuando el número de hijos vivos es inferior a tres, el uso mayoritario es para espaciar los nacimientos (78%), en cambio las que tienen 3 ó más hijos la mayoría lo hacen para limitar los embarazos (85% y más).

5.2.8 Esterilización femenina

A nivel de los países de América Latina y del Caribe, la prevalencia anticonceptiva por esterilización en el Ecuador se encuentra en un nivel intermedio. De acuerdo con la encuesta de 1994, más de la tercera parte de las mujeres usuarias, casadas o unidas de 15 a 49 años se habían esterilizado a la fecha de la encuesta (cuadro 5.14).

El porcentaje de mujeres esterilizadas es más alto entre las mujeres residentes en el área urbana (36%) que entre las de la rural (32.4%).

En la costa el porcentaje de esterilizadas llega al 37.8 por ciento, más alto comparado con el 31.2 por ciento al que llega la sierra; prescindiendo del grado de urbanización de la población, en Guayaquil la esterilización cobra gran importancia (39.6%).

Según el nivel de instrucción, los mayores porcentajes se dan principalmente en mujeres con bajos niveles de instrucción, así: en mujeres sin ninguna instrucción o con primaria incompleta los porcentajes se sitúan alrededor del 47 por ciento; configurando un marco diferente al de la prevalencia anticonceptiva, en la cual las mujeres con mayores niveles de instrucción son las de mayor prevalencia.

Los porcentajes de esterilizadas son más bajos entre las mujeres jóvenes (menos de 30 años). Estos indicadores son explicables dado que llevan pocos años de unión y su ideal reproductivo no se ha cumplido todavía. Los porcentajes observados de la esterilización en las edades más avanzadas (30 y más años) guarda relación con lo que se observa en el uso de métodos anticonceptivos en general, a mayor edad mayor porcentaje de uso.

Estrechamente relacionado con la edad de la mujer y los años en unión, un buen indicador es el número de hijos vivos, lo que conduce en gran parte la tendencia hacia el uso de determinadas prácticas anticonceptivas.

**CUADRO 5.14
PORCENTAJE DE MUJERES CASADAS ENTRE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE ESTAN
ESTERILIZADAS SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94**

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS	PORCENTAJE	Nº DE CASOS
TOTAL PAIS	34.8	5101
AREA Y REGION		
Urbana	36.0	3185
Rural	32.4	1916
SIERRA	31.2	2799
Quito	32.6	620
Resto urbano	30.1	988
Rural	30.9	1191
COSTA	37.8	2302
Guayaquil	39.6	636
Resto urbano	38.9	941
Rural	34.1	725
EDAD		
15-19	2.1	157
20-24	12.5	767
25-29	12.5	1124
30-34	33.8	1209
35-39	53.3	897
40-44	62.4	613
45-49	71.9	334
INSTRUCCION		
Ninguna	47.2	176
Primaria incompleta	47.5	633
Primaria completa	35.7	1589
Secundaria incompleta	29.9	1141
Secundaria completa	31.7	884
Superior	30.9	678
NUMERO DE HIJOS VIVOS		
0	0.6	97
1	2.7	855
2	18.5	1338
3	46.1	1238
4	56.0	735
5	62.4	366
6 y más	57.6	472

FUENTE: ENDEMAIN-94

La esterilización femenina en 1994 sigue el esquema esperado en relación con el número de hijos vivos; sus porcentajes aumentan a medida que se eleva el número de hijos. La influencia de un elevado número de hijos es un factor decidor para que la mujer busque este método definitivo, que en este caso corresponde a los que tienen tres hijos y más.

CUADRO 5.15

**PORCENTAJE DE MUJERES CASADAS/UNIDAS ESTERILIZADAS QUE REPORTAN
SATISFACCION CON EL METODO,
SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS**

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS	PORCENTAJE	Nº DE CASOS
TOTAL PAIS	87.2	1617
AREA Y REGION		
Urbana	82.6	1040
Rural	82.9	577
SIERRA	80.9	809
Quito	86.4	183
Resto urbano	76.7	287
Rural	79.3	339
COSTA	84.0	808
Guayaquil	81.0	243
Resto urbano	85.0	327
Rural	86.6	238
EDAD		
20-24	95.4	17
25-29	83.0	139
30-34	80.2	413
35-39	80.5	456
40-44	84.4	357
45-49	86.2	235
No declarado	100.0	6
EDAD AL TIEMPO DE ESTERILIZARSE		
15-24	73.6	135
25-29	77.5	523
30-34	86.0	606
35-39	88.8	278
40-49	78.8	69
INSTRUCCION		
Ninguna	87.9	84
Primaria incompleta	82.2	271
Primaria completa	83.8	509
Secundaria incompleta	76.6	299
Secundaria completa	86.3	257
Superior	83.7	197
NUMERO DE HIJOS VIVOS		
0	-	-
1	65.1	22
2	73.4	221
3	80.8	523
4	86.2	384
5	86.3	207
6 y más	87.1	259

FUENTE: ENDEMAIN-94

Según la encuesta de 1994, a las mujeres casadas o unidas, del grupo de edad 15 a 49 años, y que habían sido sometidas a la ligadura tubárica, se les preguntó si estaban satisfechas con la operación. El cuadro 5.15 muestra que el 87.2 por ciento de ellas se

manifestó conforme con su decisión de operarse. Exceptuando la edad y el número de hijos vivos al momento de la esterilización, las proporciones de mujeres satisfechas cambian muy poco según las diferentes características analizadas. Las mujeres que tenían menos de 25 años y hasta un hijo nacido vivo al momento de su esterilización, fueron las que reportaron los niveles más bajos de conformidad, 73.6 y 65.1 por ciento respectivamente.

5.3 Mujeres que no usan anticonceptivos

5.3.1 Razones de no uso

A las mujeres casadas o unidas que no están usando anticonceptivos actualmente (43.2%) se les preguntó los motivos principales para no hacerlo. Las razones reportadas según área y región se presentan en el Cuadro 5.16, agrupadas en dos grandes categorías: razones relacionadas con el embarazo, fertilidad y actividad sexual, y "otras razones" que incluyen una gama de respuestas que tienen que ver con aspectos culturales, sociales, psicológicos y económicos. Las dos terceras partes, a nivel nacional (67.2%), se ubican en la primera categoría, considerándose más de la mitad de ellas como demanda potencial para el uso de métodos después de terminar su embarazo (22.5%) y el período postparto o de lactancia (15.8%). En esta categoría también es importante el 16.2 por ciento de mujeres que se declararon menopáusicas, subfecundas y estar operadas por razones médicas. En general, las causas relacionadas con el embarazo, fertilidad y actividad sexual tienen mayor peso en áreas urbanas de la costa y de la sierra.

Con respecto a la segunda categoría de razones, "no le gusta" fue reportada por el 7.5 por ciento a nivel de país, porcentaje que es más alto en áreas rurales, en las cuales también la razón "no conoce métodos" es importante. La "oposición del esposo/compañero" y "razones religiosas" apenas en conjunto representan el 3.2 por ciento de razones para no usar anticonceptivos, lo cual da al traste con los criterios sobre la influencia familiar, y especialmente religiosa, en el uso de métodos para regular la fecundidad.

CUADRO 5.16

RAZON PARA NO USAR ANTICONCEPTIVOS, POR AREA Y REGION:
MUJERES CASADAS/UNIDAS QUE NO USAN ANTICONCEPTIVOS DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD
DISTRIBUCION PORCENTUAL. ENDEMAIN-94

RAZON PARA NO USAR	PAIS			REGION SIERRA				REGION COSTA			
	Total	Urbana	Rural	Total	Quito	Resto Urbano	Rural	Total	Guayaquil	Resto Urbano	Rural
RELACIONADAS CON EMBARAZO, FERTILIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL:	67.2	72.4	62.8	59.9	67.3	71.1	55.2	73.8	71.2	76.6	73.4
- Embarazada actualmente	22.5	25.9	19.7	18.8	24.8	20.0	17.0	26.0	27.9	27.9	23.5
- Menopausia/subfecunda/operada	16.2	16.1	16.2	13.9	14.8	16.8	13.0	18.2	10.7	20.6	20.8
- Postparto y lactancia	15.8	14.3	17.0	14.7	12.0	13.0	15.8	16.8	13.7	16.5	18.7
- Sin vida sexual	6.4	9.0	4.3	7.7	9.4	14.4	5.5	5.2	9.8	5.4	2.4
- Deseo de embarazo	6.3	7.1	5.6	4.8	6.3	6.9	4.0	7.7	8.9	6.2	8.0
OTRAS RAZONES:	32.8	27.6	37.2	40.1	32.7	28.9	44.8	26.2	28.8	23.4	26.6
- No le gusta	7.5	5.6	9.0	9.6	6.6	7.0	11.1	5.4	6.4	3.8	6.1
- Miedo a efectos colaterales	5.1	4.3	5.7	6.4	4.4	6.5	6.8	3.9	3.4	3.8	4.3
- No conoce métodos	4.9	1.5	7.8	7.6	2.5	2.1	10.3	2.5	0.2	1.8	4.2
- Oposición del esposo	2.8	2.9	2.8	3.3	4.4	2.3	3.3	2.4	3.2	2.2	2.1
- Se siente vieja	2.0	1.5	2.4	2.4	3.5	1.0	2.4	1.6	1.1	1.1	2.3
- Razones económicas	1.3	1.1	1.6	1.4	1.3	1.8	1.3	1.3	0.7	0.9	2.0
- Tuvo efectos colaterales	1.1	1.3	1.0	0.8	0.3	0.9	0.9	1.4	1.6	1.6	1.2
- Razones religiosas	0.4	0.0	0.6	0.7	0.0	0.2	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0
- Otras	7.0	9.0	5.4	6.8	9.8	6.5	6.2	7.2	11.7	7.7	4.3
- No responde	0.7	0.4	0.9	1.1	0.0	0.6	1.5	0.3	0.5	0.5	0.2
TOTAL Nº de casos	100.0 4044	100.0 1604	100.0 2440	100.0 2410	100.0 253	100.0 493	100.0 1664	100.0 1634	100.0 296	100.0 562	100.0 776

FUENTE:ENDEMAIN-94

5.3.2 Discontinuación

A las mujeres casadas o unidas, que no estaban usando métodos anticonceptivos al momento de la encuesta, pero que los habían usado con anterioridad, se les inquirió las razones por las que dejaron de usar anticonceptivos.

CUADRO 5.17

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE USUARIAS ANTERIORES DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
POR RAZON PARA DEJAR DE USAR EL ULTIMO METODO UTILIZADO. ENDEMAIN-94

RAZONES PARA DEJAR DE USAR	METODOS MODERNOS					OTROS METODOS	
	Píldora	DIU	Condón	Inyección	Met. vagin.	Ritmo	Retiro
Para embarazarse	24.0	22.8	22.7	12.0	12.1	34.7	37.0
No había existencia	1.0	-	0.7	1.8	1.0	-	-
Le quedo lejos	0.2	-	1.0	-	-	-	-
No tuvo dinero para comprar	2.1	-	-	3.6	3.5	-	-
Tuvo efectos colaterales	31.6	32.0	0.8	35.0	6.1	0.9	-
Miedo a efectos colaterales	5.6	3.7	1.6	3.9	2.1	-	-
No fue eficaz le falló	4.7	3.3	16.4	2.4	18.3	23.5	11.2
El compañero se opuso	1.6	2.4	4.7	11.1	3.9	0.6	1.6
Dificultad de uso	2.4	3.0	4.1	-	9.7	-	-
Fatalismo (no vale la pena)	0.3	0.3	1.0	4.8	10.4	0.1	3.4
Descuido	3.7	0.4	7.4	1.3	15.2	5.3	2.4
Sin vida sexual	10.4	8.2	12.8	8.8	1.8	24.0	27.1
Recomendación médica	5.8	16.4	2.6	4.6	8.1	1.2	1.9
Menopausia	1.5	2.4	2.0	1.6	1.0	2.3	2.0
Mala atención	0.1	0.2	-	-	-	-	-
Razones religiosas	0.1	-	-	-	-	-	-
Otra	4.4	4.7	16.4	9.1	4.1	5.9	8.9
No responde	0.1	0.2	5.8	-	2.7	1.5	4.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de casos.	775	386	127	54	43	266	114

Norplant y Billings tienen menos de 25 casos

FUENTE: ENDEMAIN-94

Por dos razones principales, más de la mitad de las mujeres en análisis discontinuaron el uso de métodos: por el deseo de un embarazo 24.0 por ciento y debido al miedo a efectos colaterales relacionados con la salud el 31.6 por ciento (ver cuadro 5.17).

Las razones para descontinuar según el último método que la mujer estaba usando; en el caso de la píldora y del DIU, son en casi una tercera parte debido a efectos colaterales. Para el caso del DIU es importante el porcentaje que dejó el método por recomendación médica (16.4%).

5.3.3 Intenciones de uso futuro

A todas las mujeres que no estaban usando anticonceptivos y mencionaron razones diferentes a "edad avanzada", "no le gusta" o problemas relacionados con su fertilidad, se les preguntó si deseaban usar anticonceptivos en el presente o en el futuro cercano

(12 meses) y a las que respondieron afirmativamente se les preguntó qué método preferirían usar y si conocían donde obtenerlo.

CUADRO 5.18

DESEO DE USO ACTUAL O FUTURO DE ANTICONCEPTIVOS Y CONOCIMIENTO DEL LUGAR DE OBTENCION,
SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS: MUJERES QUE NO USAN
ANTICONCEPTIVOS DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD. ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS	DESEA USAR		CONOCE LUGAR	
	%	Nº de casos	%	Nº de casos
TOTAL PAIS	64.2	3050	74.4	2084
AREA Y REGION:				
- Urbana	70.7	1243	84.3	915
- Rural	58.5	1807	64.4	1169
- Sierra	60.3	1821	64.4	1194
<input type="checkbox"/> Quito	77.4	199	76.3	159
<input type="checkbox"/> Resto Urbano	64.3	380	81.2	262
<input type="checkbox"/> Rural	54.9	1242	55.6	773
- Costa	67.9	1229	82.9	890
<input type="checkbox"/> Guayaquil	73.4	248	87.4	189
<input type="checkbox"/> Resto Urbano	68.4	416	87.2	305
<input type="checkbox"/> Rural	63.9	565	76.1	396
EDAD:				
15-19	77.2	357	61.5	287
20-24	72.1	705	75.9	549
25-29	73.6	697	81.1	547
30-34	60.3	560	79.8	367
35-39	52.4	382	74.1	214
40-44	40.1	243	71.4	93
45-49	24.5	106	54.5	27
INSTRUCCION:				
- Ninguna	43.8	339	48.3	176
- Primaria incompleta	56.3	643	61.5	393
- Primaria completa	65.9	1050	70.7	739
- Secundaria incompleta	72.0	530	82.1	398
- Secundaria completa	76.4	281	91.6	225
- Superior	65.9	207	96.4	153
INDICE SOCIOECONOMICO				
- Bajo	57.8	969	59.6	616
- Medio	68.0	1453	75.8	1037
- Alto	64.4	628	87.2	431
Nº DE HIJOS VIVOS:				
0	67.5	406	65.3	280
1	66.1	697	77.8	500
2	69.7	599	82.7	434
3	64.3	424	76.7	302
4	59.3	332	76.4	214
5	57.4	192	65.3	122
6 y +	55.0	400	65.6	232

FUENTE: ENDEMAIN-94

De acuerdo a la información del cuadro 5.18, el 64.2 por ciento de MEF unidas o casadas, que no están usando métodos y que son fértiles, tienen la intención de usar métodos ahora o en los próximos 12 meses.

La intención de uso, es diferente según algunas características, es más alta entre las mujeres de las ciudades de Quito (77.4%) y Guayaquil (73.4%) que en el resto de áreas; la propensión al uso es más alta, entre las mujeres del área rural de la costa (63.9%), que entre las de la misma área de la región sierra (54.9%).

Con relación a la edad, hay una tendencia a un mayor uso entre las mujeres jóvenes, especialmente del grupo adolescente.

Respecto del nivel de instrucción, destaca el deseo de uso entre aquellas con nivel de instrucción secundaria. A diferencia de otras investigaciones en las que el deseo de uso de métodos anticonceptivos según el número de hijos que la mujer tiene, era menor entre las nulíparas y aquellas con 6 y más hijos vivos, el porcentaje de deseo para las mujeres sin hijos, para este estudio registra un importante 67.5 por ciento.

También se observa en el Cuadro 5.18 una proporción importante (25.6%) que deseando usar métodos anticonceptivos desconoce el lugar donde obtenerlos; el desconocimiento de los establecimientos o lugares es mayor entre las mujeres del área rural de la sierra (35.6%), entre las más jóvenes (15-19 años) y las de mayor edad (45-49 años), con 38.5 y 45.5 por ciento respectivamente; entre las mujeres de índice socioeconómico bajo (40.4 %) y principalmente entre las que no tienen instrucción, grupo en el cual más del cincuenta por ciento desconoce el lugar de obtención de los métodos.

La información del cuadro 5.19, sobre preferencia de métodos para las mujeres con intención de uso, indica que, a nivel nacional, aproximadamente el 62 por ciento emplearía un método moderno. El DIU ocupa el primer lugar, siendo mencionado por el 27.7 por ciento. El 16.9 por ciento señala la píldora y el 14.6 por ciento la esterilización femenina; un apreciable 30.5 por ciento no sabe que métodos utilizaría o no respondió a esta pregunta. Los métodos modernos son más preferidos en las áreas urbanas y muy especialmente en la región de la costa.

La tercera parte de la demanda potencial de mujeres no usuarias de anticonceptivos a nivel de país iría a obtenerlos en instituciones del sector público (28.7%) al Ministerio de Salud y las otras dos terceras partes en el sector privado, especialmente a APROFE en las ciudades y en la costa (56.1% en Guayaquil), a la clínica o médico privado sin mayor diferencia por área y región, y a CEMOPLAF en la región sierra, especialmente en la ciudad de Quito.

CUADRO 5.19
METODO PREFERIDO PARA USO ACTUAL O FUTURO Y LUGAR AL QUE ACUDIRIA PARA OBTENERLO, POR AREA Y REGION
MUJERES CASADAS/UNIDAS QUE NO USAN ANTICONCEPTIVOS DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD
Y QUE DESEAN USAR AHORA O EN EL FUTURO. DISTRIBUCION PORCENTUAL. ENDEMAIN-94

METODO Y LUGAR QUE IRIA	PAIS			REGION SIERRA				REGION COSTA			
	Total	Urbana	Rural	Total	Quito	Resto Urbano	Rural	Total	Guayaquil	Resto Urbano	Rural
METODO PREFERIDO:											
- DIU	27.7	32.7	22.3	24.5	34.6	32.7	18.3	30.3	34.0	30.5	27.4
- Pildora	16.9	18.4	15.4	9.2	10.8	10.2	8.2	23.4	22.9	22.4	24.5
- Esteriliz. femenina	14.6	16.3	12.8	13.1	17.8	15.0	10.8	15.9	17.2	15.3	15.4
- Ritmo	4.0	4.3	3.6	5.4	5.4	5.6	5.3	2.9	4.2	3.3	1.5
- Inyección anticonc.	2.4	2.3	2.4	2.3	1.6	2.2	2.6	2.4	0.8	4.3	2.2
- Condón	0.5	0.5	0.6	1.1	0.5	2.2	1.0	0.1	0.0	0.0	0.2
- Retiro	0.4	0.4	0.4	0.7	1.1	0.0	0.8	0.2	0.0	0.6	0.0
- Otro	2.9	3.9	1.9	2.4	3.8	2.9	1.8	3.3	5.7	2.6	1.9
- No sabe/no responde	30.5	21.1	40.4	41.4	24.3	29.3	51.1	21.6	15.3	20.9	27.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº de casos	1911	871	1040	1077	154	248	675	834	183	286	365
LUGAR QUE IRIA											
- SECTOR PUBLICO:	33.2	25.2	43.8	41.6	38.5	25.1	49.8	27.7	18.5	24.9	38.0
- M.S.P.	28.7	19.5	40.9	38.0	33.8	20.9	47.0	22.6	8.4	22.3	34.9
- I.E.S.S.	1.3	1.2	1.5	2.4	2.7	2.2	2.3	0.6	0.0	1.0	0.7
- Junta de Beneficencia	2.2	3.3	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	3.7	9.3	0.8	1.6
- Otro	1.0	1.2	0.6	1.2	2.0	2.0	0.5	0.8	0.8	0.8	0.8
- SECTOR PRIVADO:	66.8	74.8	56.2	58.4	61.5	74.9	50.2	72.3	81.5	75.1	62.0
- APROFE	29.7	37.0	19.9	15.3	10.8	22.3	14.3	39.1	56.1	38.5	25.4
- Clínica/médico privado	12.3	18.7	20.0	20.1	18.2	27.5	17.9	18.7	11.8	21.4	22.0
- CEMOPLAF	9.1	10.0	7.8	17.7	27.0	19.3	12.8	3.5	0.4	6.8	3.0
- Farmacia	7.3	7.7	6.8	3.8	4.0	4.6	3.4	9.6	12.2	6.6	10.1
- Otro	1.4	1.3	1.6	1.5	1.4	1.3	1.7	1.4	0.8	1.7	1.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº de casos	1498	768	730	766	118	215	433	732	170	265	297

FUENTE: ENDEMAIN-94

CUADRO 5.20
**POBLACION BLANCO NO CUBIERTA CON SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, DE ACUERDO CON EL CRITERIO DE NECESIDAD DE SERVICIOS (*),
 POR DOMINIOS DE ESTUDIO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS: MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD. ENDEMAIN-94**

CARACTERISTICAS	PAIS			REGION SIERRA				REGION COSTA			
	Total	Urbana	Rural	Total	Quito	Resto Urbano	Rural	Total	Guayaquil	Resto Urbano	Rural
TOTAL	8.8	6.5	12.1	9.0	6.1	5.2	12.2	8.7	7.1	7.1	11.9
ESTADO CIVIL O CONYUGAL:											
- Unida	16.1	13.4	19.9	16.3	14.6	12.8	18.7	16.1	12.4	14.2	20.1
- Casada	13.1	8.8	19.0	14.3	8.6	7.8	20.0	11.4	10.2	8.8	16.2
- Viuda/separada/divorciada	5.0	4.9	5.2	5.6	0.0	6.9	7.9	4.6	0.0	13.1	0.0
- Soltera	1.2	1.5	0.8	1.4	2.0	1.5	1.1	1.0	1.8	1.0	0.2
EDAD:											
15-19	4.3	3.3	5.5	3.2	2.2	2.7	3.8	5.1	4.8	2.9	7.4
20-24	9.6	6.6	13.9	9.3	7.5	4.8	12.8	9.8	7.1	7.0	15.4
25-29	11.1	9.3	14.1	10.3	6.7	7.2	14.2	11.8	9.4	12.3	13.9
30-34	10.4	7.4	15.4	11.3	6.6	7.3	15.6	9.7	7.3	8.0	15.2
35-39	10.6	6.7	16.4	12.3	5.6	5.0	19.2	9.1	6.3	9.1	12.2
40-44	10.5	8.9	12.6	11.6	10.3	7.2	13.9	9.5	10.4	7.9	10.4
45-49	9.3	5.6	13.9	10.4	7.2	4.1	14.6	8.1	6.4	5.0	12.7
INSTRUCCION:											
- Ninguna	19.3	19.6	19.2	20.7	22.4	12.9	21.2	16.7	14.3	23.0	15.0
- Primaria	11.8	9.3	13.6	12.5	11.5	9.0	13.5	11.2	7.7	9.6	13.7
- Secundaria	5.8	5.4	7.0	4.6	4.0	3.6	6.4	6.8	7.6	5.4	7.8
- Superior	3.6	3.7	2.5	2.7	3.0	2.7	2.0	4.4	4.7	4.2	3.8
INDICE SOCIOECONOMICO DE LA VIVIENDA:											
- Bajo	15.2	17.1	15.0	17.1	34.8	12.5	16.9	13.6	13.6	17.0	13.2
- Medio	10.3	8.8	12.1	11.5	11.4	9.2	12.3	9.3	8.2	8.2	11.8
- Alto	4.7	4.6	5.5	3.8	3.8	3.2	4.7	5.7	6.1	4.9	7.4
Nº DE HIJOS VIVOS:											
0	2.1	1.8	2.6	1.6	1.9	1.3	1.8	2.5	2.4	1.6	3.5
1	12.0	10.0	15.6	11.0	11.0	8.8	12.1	13.0	10.9	9.0	21.7
2	12.0	9.1	17.1	11.3	4.4	7.6	18.1	12.7	10.9	11.9	15.8
3	10.8	8.3	15.0	11.5	9.0	6.4	15.5	10.3	8.9	8.6	14.1
4	12.6	8.5	18.0	14.1	6.8	9.5	19.0	11.4	7.8	9.5	16.6
5	13.8	9.9	17.3	15.0	5.6	10.3	18.7	12.7	13.8	8.9	15.4
6 y más	16.7	12.1	19.4	19.1	20.0	6.1	21.5	14.4	7.0	15.0	16.2

* Definida como: Mujeres que no reportaron problemas de subfertilidad, no están embarazadas, no desean un embarazo en el momento, son activas sexualmente y no están usando métodos anticonceptivos

FUENTE: ENDEMAIN-94

CUADRO 5.20(cont.)
 POBLACION BLANCO NO CUBIERTA CON SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, DE ACUERDO CON EL CRITERIO DE NECEIDAD DE SERVICIOS(*),
 POR DOMINIOS DE ESTUDIO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS: MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD. PORCENTAJES. ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS	PROVINCIAS DE LA SIERRA										PROVINCIAS DE LA COSTA				
	Carchi	Imbabura	Pichincha	Cotopaxi	Tungura-hua	Bolívar	Chimbo-razo	Cañar	Azuay	Loja	Esmeral-das	Manabí	Los Ríos	Guayas	El Oro
TOTAL	8.9	11.6	6.8	11.9	9.1	9.3	9.8	10.2	9.4	12.2	11.1	8.4	10.7	8.4	6.5
AREA:															
- Urbana	6.8	5.9	5.8	4.0	7.6	3.2	3.8	7.4	4.0	6.3	8.0	6.7	8.1	7.3	5.3
- Rural	10.9	17.3	9.2	14.2	10.0	10.8	13.0	11.1	12.6	16.7	15.2	10.1	12.6	12.7	10.2
ESTADO CIVIL O CONYUGAL:															
- Unida	23.8	32.0	14.4	21.9	0.0	10.5	13.6	27.3	25.7	23.5	18.7	11.6	19.3	17.0	10.8
- Casada	15.4	18.1	9.3	19.6	14.6	14.6	15.6	17.4	16.5	23.7	12.5	15.3	12.4	10.0	10.4
- Viuda/separada/divorciada	0.0	0.0	4.1	24.4	0.0	16.1	0.0	0.0	20.0	7.1	0.0	16.7	0.0	5.4	0.0
- Soltera	0.7	2.0	1.8	1.0	1.6	2.6	0.7	0.2	0.9	1.6	3.3	0.6	0.5	1.2	0.0
EDAD:															
15-19	1.7	6.0	3.3	4.3	5.5	3.9	0.0	3.1	2.4	1.9	6.5	2.5	4.7	6.4	1.6
20-24	8.6	6.8	7.4	15.9	9.3	8.8	13.4	10.1	9.4	8.9	11.8	10.4	11.3	9.4	7.5
25-29	16.1	14.6	7.8	11.6	10.0	15.5	13.9	16.3	8.0	12.6	14.6	12.7	10.4	11.6	10.9
30-34	11.7	19.9	6.8	9.9	9.4	15.0	10.9	12.2	13.4	22.8	12.5	12.6	11.1	8.6	8.6
35-39	8.7	17.1	7.2	12.5	15.5	13.5	8.4	18.4	16.1	23.8	19.8	10.0	15.7	6.7	7.4
40-44	6.8	11.8	8.9	23.6	7.0	6.2	10.9	9.2	18.0	15.5	12.6	5.6	15.1	10.0	6.5
45-49	15.9	12.5	8.5	9.8	10.6	5.1	13.4	9.2	8.4	21.6	4.6	8.9	19.6	5.8	6.0
INSTRUCCION:															
- Ninguna	24.4	34.2	25.6	12.2	21.3	13.4	20.3	12.1	10.3	29.4	25.0	9.6	27.0	17.3	21.0
- Primaria	10.7	13.2	10.6	13.9	9.7	12.0	12.7	13.0	12.1	19.8	13.5	10.4	14.1	10.4	11.1
- Secundaria	5.5	5.1	3.9	8.8	5.2	4.2	3.9	4.9	6.2	4.8	8.6	6.7	5.2	7.4	3.0
- Superior	3.0	2.2	2.8	3.7	6.0	4.3	3.6	2.7	0.9	1.5	6.3	1.8	7.7	4.8	1.7
INDICE SOCIOECONOMICO:															
- Bajo	16.2	21.9	30.0	14.0	13.8	12.2	14.0	11.6	19.7	17.4	19.3	11.4	14.6	13.5	18.9
- Medio	10.8	14.8	9.8	15.0	11.4	8.2	11.6	14.3	10.4	15.2	10.6	7.8	11.4	9.4	7.6
- Alto	4.6	4.3	3.7	3.8	3.4	6.4	4.0	1.8	3.9	3.5	6.0	5.6	2.9	6.4	1.8
Nº DE HIJOS VIVOS:															
0	0.3	1.4	1.9	1.4	2.8	2.7	1.2	1.6	1.1	1.4	2.0	2.3	2.2	2.7	1.6
1	11.5	14.7	10.7	11.1	9.6	10.9	10.1	11.5	11.4	11.2	16.8	11.6	13.2	13.6	8.8
2	10.9	15.9	6.2	23.7	14.1	7.0	16.4	22.6	10.3	20.8	14.9	15.5	13.0	12.0	7.6
3	14.6	10.5	8.3	19.7	11.6	13.6	13.0	13.6	14.9	13.9	11.9	8.4	13.1	10.8	6.4
4	18.3	12.6	10.0	13.8	13.5	8.8	21.6	16.4	17.6	21.0	9.7	13.5	14.8	10.6	7.8
5	6.5	29.0	5.6	13.4	16.6	13.6	20.4	8.2	20.0	30.2	18.9	11.6	19.6	10.3	16.4
6 y más	18.1	25.7	18.6	19.4	10.2	18.4	9.7	15.4	21.2	34.6	20.3	13.2	24.1	10.4	12.8

* Definida como: Mujeres que no reportaron problemas de subfertilidad, no están embarazadas, no desean un embarazo en el momento, son activas sexualmente y no están usando métodos anticonceptivos

FUENTE:ENDEMAIN-94

5.3.4 Necesidad de servicios de planificación familiar

Independientemente de su estado civil o conyugal, se considera

como mujeres que están en riesgo de embarazo no planeado o que requieren servicios de planificación familiar, a las entrevistadas que cumplen con las siguientes condiciones: no reportan problemas de infertilidad, no están embarazadas, no desean un embarazo en este momento, son activas sexualmente y no están usando métodos anticonceptivos. Por lo tanto, las mujeres que necesitan servicios de planificación familiar son fecundas, no están embarazadas ni desean estarlo, pero tienen el riesgo de un embarazo en la actualidad por no estar usando algún método anticonceptivo.

Los datos del cuadro 5.20 indican que a nivel nacional el 8.8 por ciento de las mujeres en edad fértil necesitan servicios de planificación familiar, el mismo que varía de 6.5 por ciento en las ciudades a casi el doble (12%) en el área rural, sin existir casi diferencias en el total de mujeres de la sierra y de la costa. Es de anotar también que en el país el 16.1 y 13.1 por ciento de las mujeres en unión libre y casadas legalmente, necesitan dichos servicios, respectivamente. En este grupo de mujeres en unión los porcentajes son más altos en las áreas rurales, sin mayor distinción entre casadas legalmente y unidas consensualmente.

Según la edad, las mujeres jóvenes (15-19 años) necesitan menos los servicios. Las mujeres con bajos niveles de instrucción, especialmente mujeres analfabetas, tanto del área urbana como de la rural, lo requieren. Respecto al número de hijos vivos, solamente las mujeres que no tienen hijos presentan porcentajes bastante bajos en todos los contextos geográficos; las que tienen 1 ó más hijos necesitan de servicios en porcentajes que a nivel nacional fluctúan entre 10 y 17 por ciento. El índice socioeconómico de la vivienda donde viven las mujeres está asociado íntimamente con la necesidad de servicios de planificación familiar; el porcentaje de mujeres con índice bajo es tres veces más elevado que las de índice alto.

5.4 Comunicación sobre planificación familiar

En esta parte del informe se presentan los resultados obtenidos sobre la recepción de información (vieron o escucharon) mensajes de planificación familiar a través de los medios de comunicación.

A través de los resultados obtenidos en el cuadro 5.21, es evidente que el área rural, con porcentajes situados en el 46 por ciento, tanto en la sierra como en la costa, es la zona geográfica que menos ha recibido mensajes de planificación familiar.

Los mensajes han sido vistos o escuchados en mayor proporción en Guayaquil (77.9%), esta ciudad registra un incremento en sus coberturas respecto de la ENDEMAIN-89 (72.8%), no así Quito que cuyo nivel de 74.0 por ciento es inferior en siete puntos porcentuales al registrado cinco años atrás.

CUADRO 5.21

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF QUE VIERON O ESCUCHARON MENSAJES DE PLANIFICACION FAMILIAR
(EN LOS ULTIMOS 6 MESES) SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94.

CARACTERISTICAS	VIERON O ESCUCHARON	NO VIERON NI ESCUCHARON	TOTAL	Nº DE CASOS
TOTAL PAIS	59.9	40.1	100.0	13582
AREA Y REGION:				
Urbana	69.3	30.7	100.0	7223
Rural	46.4	53.6	100.0	6359
SIERRA	58.2	41.8	100.0	7898
Quito	74.0	26.0	100.0	1261
Resto Urbano	66.2	33.8	100.0	2332
Rural	46.6	53.4	100.0	4305
COSTA	61.5	38.5	100.0	5684
Guayaquil	77.9	22.1	100.0	1404
Resto Urbano	60.9	39.1	100.0	2226
Rural	46.0	54.0	100.0	2054
PROVINCIA				
Carchi	55.2	44.8	100.0	661
Imbabura	53.9	46.1	100.0	688
Pichincha	70.4	29.6	100.0	2084
Cotopaxi	44.1	55.9	100.0	544
Tungurahua	55.0	45.0	100.0	632
Bolívar	47.5	52.5	100.0	606
Chimborazo	53.7	46.3	100.0	558
Cañar	42.4	57.6	100.0	676
Azuay	54.8	45.2	100.0	787
Loja	44.7	55.3	100.0	662
Esmeraldas	53.9	46.1	100.0	727
Manabí	50.8	49.2	100.0	903
Los Ríos	52.7	47.3	100.0	979
Guayas	68.2	31.8	100.0	2556
El Oro	60.0	40.0	100.0	719
NIVEL DE INSTRUCCION				
Ninguna	28.4	71.6	100.0	841
Primaria incompleta	42.5	57.5	100.0	2004
Primaria completa	52.8	47.2	100.0	4253
Secundaria incompleta	67.0	33.0	100.0	3144
Secundaria completa	73.2	26.8	100.0	1875
Superior	78.6	21.4	100.0	1465

FUENTE: ENDEMAIN-94

Al parecer la recepción de los mensajes tiene relación directa con el nivel de instrucción, así entre las analfabetas es 28.4 por ciento comparado con el 78.6 por ciento del nivel superior. Coincidencialmente el porcentaje obtenido por las analfabetas es similar al encontrado en 1989.

CUADRO 5.22

PORCENTAJE DE MUJERES QUE VIO O ESCUCHO MENSAJES DE PLANIFICACION FAMILIAR
EN LOS SEIS MESES ANTERIORES A LA ENCUESTA, POR MEDIOS SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94.

CARACTERISTICAS	VIO O ESCUCHO MENSAJES DE PLANIFICACION FAMILIAR								OTROS	Nº DE CASOS
	EN LA RADIO	EN LA TV	PERIODICO REVISTA	FOLLETOS	AFICHES	CLINICAS DE P.F.	TRABAJADORES SALUD	PROFESORES		
TOTAL PAIS	88.4	83.0	59.8	52.2	54.5	58.0	52.5	38.7	12.6	7755
AREA Y REGION:										
Urbana	87.6	87.5	66.2	67.9	61.4	62.9	54.6	43.3	14.5	4894
Rural	90.1	73.5	46.1	45.2	39.7	47.2	47.8	28.6	8.6	2861
SIERRA	86.4	76.8	51.0	52.5	45.2	54.1	53.3	32.4	6.2	4347
Quito	86.1	81.6	60.1	62.9	55.8	65.3	57.5	34.2	6.1	940
Resto Urbano	83.9	82.3	58.3	61.1	53.0	56.2	53.5	39.0	7.7	1482
Rural	88.5	69.2	38.8	38.5	31.7	44.1	50.1	26.2	5.0	1925
COSTA	90.1	88.3	67.4	67.7	62.4	61.2	51.7	44.0	18.1	3408
Guayaquil	87.1	91.0	74.2	77.1	66.0	66.3	56.1	52.1	22.6	1104
Resto Urbano	91.8	93.1	67.0	65.7	66.0	62.1	51.6	43.0	16.0	1368
Rural	92.4	79.6	56.5	54.7	51.1	51.5	44.5	32.0	13.6	936
PROVINCIA										
Carchi	87.8	78.3	45.0	39.4	34.1	47.8	63.7	27.3	2.8	363
Imbabura	89.1	81.3	54.9	55.2	43.6	47.9	60.1	29.2	6.2	356
Pichincha	86.3	80.3	56.2	58.9	51.8	64.2	55.0	33.7	5.5	1454
Cotopaxi	85.0	67.1	41.4	39.8	33.7	46.0	53.0	22.6	4.4	254
Tungurahua	86.8	74.6	43.5	45.6	39.5	45.8	46.5	26.5	6.4	347
Bolivar	89.4	72.1	51.3	46.7	39.3	44.5	54.7	31.1	6.3	289
Chimborazo	86.0	73.0	53.9	42.7	41.1	46.9	52.5	27.8	4.8	294
Cañar	85.8	76.0	41.8	44.7	34.4	47.8	54.3	31.3	6.7	280
Azuay	85.5	73.6	39.4	52.0	43.4	43.6	48.0	33.9	9.7	425
Loja	86.6	70.2	52.1	46.7	36.9	43.0	49.5	44.1	7.7	285
Esmeraldas	86.9	85.4	64.2	56.9	57.6	53.8	67.2	38.7	7.1	392
Manabi	94.5	86.6	66.4	67.2	66.0	61.9	47.7	40.9	12.5	452
Los Rios	96.2	87.4	67.8	68.6	62.2	64.1	56.0	40.6	19.5	514
Guayas	87.8	89.4	69.0	69.5	62.3	61.9	51.8	47.3	20.4	1617
El Oro	93.2	86.8	58.6	61.2	59.6	57.0	43.5	33.4	17.6	433
NIVEL DE INSTRUCCION										
Ninguna	90.9	63.5	23.3	22.1	20.6	33.7	42.5	13.8	8.9	221
Primaria incompleta	93.8	71.7	41.2	39.7	38.1	45.9	50.2	22.0	6.4	821
Primaria completa	91.4	79.8	49.5	47.0	41.7	53.3	47.9	25.2	9.3	2150
Secundaria incompleta	88.2	86.0	62.3	64.9	54.9	59.9	53.2	51.4	15.6	2062
Secundaria completa	84.3	87.5	70.9	76.1	69.4	63.9	55.0	42.8	13.4	1350
Superior	84.9	87.7	76.9	76.8	73.7	66.2	58.9	46.9	15.9	1151
CONDICION DE OCUPACION										
No trabaja	88.3	84.8	59.8	61.6	53.7	57.5	50.6	42.1	14.0	4361
Trabaja en casa	88.1	77.0	54.5	52.2	49.9	56.7	54.9	29.7	9.7	1332
Trabaja fuera de casa	88.7	82.5	63.2	63.8	59.0	59.8	55.3	36.0	11.2	2062

FUENTE: ENDEMAIN-94

A nivel de provincias la situación se presenta heterogénea. En las provincias de Cotopaxi, Bolívar, Cañar y Loja existe una mayoría que no vieron ni escucharon mensajes sobre planificación familiar; diferente comportamiento tienen las provincias de la costa, en las cuales las mayores proporciones se inclinan en favor de las que si receptaron los mensajes.

En la ENDEMAIN-94 se averiguó sobre el medio de comunicación en los que vio o escuchó mensajes de planificación familiar; los diferentes medios de comunicación se detallan en el cuadro 5.22. Se aprecia que la radio y la televisión son los medios de comunicación que acaparan los mayores porcentajes. La radio con el 88.4 por ciento, es el primer medio de comunicación a través del cual llegan los mensajes de planificación familiar, un poco más abajo se sitúa la televisión (83%), especialmente por la preferencia que todavía tiene la radio en las áreas rurales; este último medio de comunicación registra porcentajes superiores al 80 por ciento en cualquiera de las características analizadas, no así la televisión que presenta porcentajes fluctuantes, entre los que llama la atención el grupo de ninguna instrucción (63.5%).

5.5 Demanda de esterilización femenina

La demanda comprende aquellas mujeres fecundas no esterilizadas, que no desean más hijos y que están interesadas en hacerse esterilizar, usuarias (métodos temporales) o no de métodos anticonceptivos. El 42.7 por ciento de estas mujeres se manifestó por la esterilización, porcentaje que es mayor en áreas urbanas (45.5%) que en las rurales (39.5%). (Ver Cuadro 5.23)

Porcentajes iguales o superiores al 50 por ciento sólo se dan en Guayaquil, ciudad en la que la mitad de las mujeres están interesadas en este método definitivo.

Los porcentajes de interés aumentan conforme el número de hijos es mayor, alcanzando su cúspide entre aquellas con cuatro hijos (46.3%).

No se determinan comportamientos muy diferentes de interés por la esterilización asociados al grado de escolaridad obtenido.

Aquellas mujeres que por su condición de ocupación, económicamente inactivas, porcentualmente son más interesadas que las activas, quizá por su mayor tiempo de exposición al riesgo de un embarazo. Si bien el porcentaje de deseo de esterilización es mayor para las usuarias (45%) éste no está muy distante del obtenido por las actualmente no usuarias (40.7%), hecho que ameritaría un estudio de mayor profundidad.

CUADRO 5.23
PORCENTAJE DE MEF* INTERESADAS EN HACERSE ESTERILIZAR
SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS	PORCENTAJE	Nº DE CASOS
TOTAL PAIS	42.7	4083
AREA Y REGION		
Urbana	45.5	1970
Rural	39.5	2113
SIERRA	40.6	2432
Quito	48.8	374
Resto urbano	37.8	606
Rural	38.4	1452
COSTA	44.8	1651
Guayaquil	50.0	372
Resto urbano	44.0	618
Rural	41.2	661
NUMERO DE HIJOS VIVOS		
0	33.0	57
1	34.5	388
2	45.1	992
3	44.0	913
4	46.3	637
5	44.3	364
6 y más	40.1	732
INSTRUCCION		
Ninguna	33.0	435
Primaria incompleta	42.9	817
Primaria completa	43.6	1363
Secundaria incompleta	46.6	721
Secundaria completa	43.7	444
Superior	39.8	303
ACTIVIDAD ECONOMICA		
No trabaja	45.2	2276
Trabaja en casa	37.7	806
Trabaja fuera de casa	40.7	1001
USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS		
Usan	45.0	1884
No usan	40.7	2199

* Casadas/unidas, que no desean tener más hijos

FUENTE: ENDEMAIN-94

Capítulo 6

NUPCIALIDAD Y EXPOSICION AL RIESGO DE EMBARAZO

R E S U M E N E J E C U T I V O

La proporción de mujeres casadas o unidas sigue su tendencia descendente, mientras la fracción de solteras tiende a aumentar. Sin embargo, debe tomarse en cuenta el efecto de cambio en la estructura por edad, que ha experimentado la población ecuatoriana.

Las uniones predominantes son matrimonios, el porcentaje de mujeres en unión consensual continúa su tendencia ascendente, particularmente en la costa. La mayoría de las uniones se realizan antes de los 30 años de edad y se concentran en edades jóvenes. Para las generaciones nuevas (menores de 25 años), se observa una menor proporción de uniones antes de cumplir los 15 años.

La edad mediana a la primera unión se mantienen en alrededor de 21 años, en el último quinquenio. Si bien en los últimos años se ha postergado la edad a la primera unión en algunos estratos poblacionales, ésta tiene lugar aún a edades tempranas.

Las edades medianas a la primera relación sexual y a la primera unión, difieren en un año, período variable al analizar otras características.

Una de cada cinco mujeres en edad reproductiva (21,3%) nunca ha tenido relaciones sexuales. La actividad sexual de mujeres solteras no es frecuente, sólo un 13,7 por ciento declara haber tenido relaciones alguna vez.

La duración mediana de la amenorrea posparto es de 7.5 meses, de la abstinencia cerca de 3 meses, no susceptibilidad es de 8.3 meses. Las duraciones promedios presentan diferencias considerables de acuerdo a la edad, nivel educativo y hábitos de lactancia que mantienen las mujeres.

6. NUPCIALIDAD Y EXPOSICION AL RIESGO DE EMBARAZO

La creación y disolución de las uniones, durante la edad fértil de la mujer, es un elemento clave en el estudio de los niveles y diferenciales de la fecundidad. Toma mayor importancia ya que la unión marital constituye la inicialización del período socialmente aprobado para la procreación.

El estudio de la nupcialidad permite identificar en forma más precisa a las mujeres que están directamente involucradas en el proceso reproductivo. La edad de inicio de la vida conyugal y el tiempo de duración de la unión, definen en gran medida la exposición al riesgo de embarazo y, en última instancia, determinan los niveles de fecundidad.

Si la mayor fecundidad se da entre las mujeres casadas/unidas, el estado civil es una variable que puede influir en la conducta reproductiva, por lo que gran parte del análisis se refiere exclusivamente a las mujeres que se encuentran en unión conyugal, entendida ésta como la cohabitación más o menos estable de una pareja, sancionada por la ley o la costumbre.

6.1 Estado conyugal actual

La evolución de la distribución por estado marital de las mujeres en edad fértil, según las diferentes encuestas realizadas en el país, demuestra pequeñas modificaciones. La proporción global de mujeres casadas o unidas sigue su tendencia descendente, mientras la fracción de solteras tiende a aumentar. Sin embargo, debe tomarse en cuenta el efecto de cambio en la estructura por edad que ha experimentado la población ecuatoriana.

En la actualidad más de un tercio de las mujeres en edad fértil son solteras (34.3%) y un 7 por ciento son mujeres con la última unión disuelta, (viudez, separación o divorcio) cuadro 6.1.

En cuanto al tipo de unión, se trata preponderantemente de matrimonios, aunque el porcentaje de mujeres en unión consensual continúa su histórica tendencia ascendente, principalmente en la región costa, donde predomina el estado civil unidas.

CUADRO 6.1

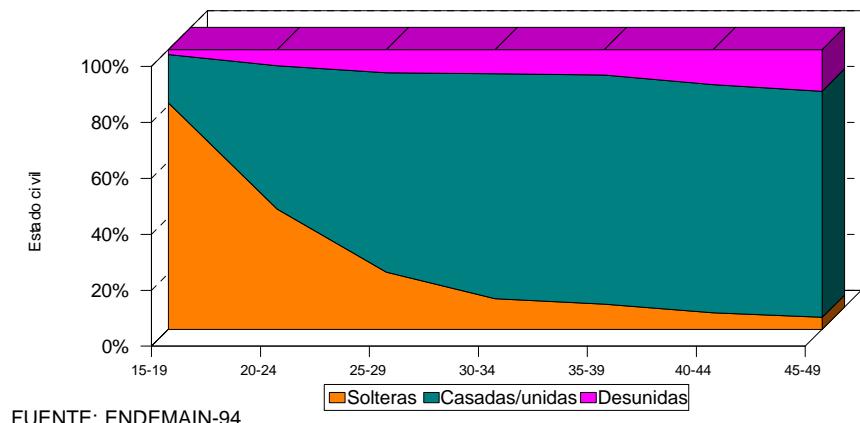
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS SEGUN ESTADO CIVIL O CONYUGAL Y PORCENTAJE EN UNION SEGUN EDAD, COMPARACION CON OTRAS ENCUESTAS.

ESTADO CIVIL O CONYUGAL Y EDAD	ENF-79	ENDESA-87	ENDEMAIN-89		ENDEMAIN-94	
			%	Nº Casos	%	Nº Casos
DISTRIBUCION PORCENTUAL						
ESTADO CONYUGAL						
Solteras	35	31	33	2609	34.3	3507
Casadas o unidas	58	63	60	4776	58.6	9146
Desunidas	7	6	7	576	7.2	929
TOTAL	100	100	100	7961	100	13582
PORCENTAJE EN UNION						
EDAD						
15-19	16	18	16	1742	17.3	2470
20-24	51	55	51	1515	51.3	2453
25-29	75	80	73	1355	71.3	2425
30-34	82	86	82	1114	80.5	2249
35-39	86	84	83	976	82.0	1720
40-44	83	84	80	729	81.7	1318
45-49	86	80	80	530	80.9	947
TOTAL	59	63	60	7961	58.6	13582

FUENTE: ENF-79, ENDESA-87, ENDEMAIN-89 Y ENDEMAIN-94

En cuanto al porcentaje de mujeres en unión, de manera general se puede señalar que entre 1989 y 1994 no se han producido modificaciones sustanciales, sin embargo, por grupos de edad se observa una tendencia al aumento porcentual de solteras menores de 39 años de edad.

Gráfico 6.1
ESTADO CIVIL O CONYUGAL POR EDAD ACTUAL



FUENTE: ENDEMAIN-94

Al analizar la condición marital por edad (Cuadro 6.2 y Gráfico 6.1) se advierte que la mayoría de las uniones se realizan antes de los 30 años de edad y se concentran en edades jóvenes, de manera que a los 20-24 años de edad más de la mitad (51.3%), se han casado o unido, el porcentaje se eleva a cerca de las tres cuartas partes (71.3%) entre las edades de 25-29 años. La universalidad del matrimonio o unión informal se

refleja en el hecho de que la proporción de mujeres que nunca se han unido de 45 a 49 años es solamente 4.3 por ciento, un punto porcentual menor en relación a 1989.

Destaca el incremento de las uniones consensuales de mujeres menores de 25 años de edad. Como era de esperar, existe una mínima proporción de viudas, divorciadas o separadas menores de 20 años, proporción que va en ascenso conforme aumenta la edad, alcanzando su máximo valor en las edades 45-49 años (14.9%); sin embargo, las disoluciones se presentan desde edades tempranas.

El análisis del estado marital por edad, permite concluir que actualmente en Ecuador, las mujeres al final del período fértil (45-49 años), aproximadamente 8 de cada 10 mujeres continúan unidas hasta el final de su vida fértil, 1 desunida y casi 1 permanece soltera.

La estructura por estado civil presenta variaciones según el lugar de residencia y niveles educativos. La proporción de solteras (nunca antes casadas o unidas) es menor entre mujeres que viven en áreas rurales, entre analfabetas o de pocos años de primaria y entre las de mayor edad. Por región y provincias menor proporción de solteras en la costa (cuatro puntos menos que la sierra) y entre las provincias sobresalen El Oro y Los Ríos en la costa; Pichincha, Tungurahua y Chimborazo en la sierra; este hecho constituye un primer indicio de una nupcialidad más temprana en estos dominios.

Las uniones consensuales históricamente son mayores en la costa, principalmente en el área rural; se distinguen las provincias de Los Ríos (44 %), Esmeraldas (39.7%). En contraste, las provincias de menor porcentaje de uniones consensuales son: Loja, Carchi e Imbabura con alrededor del 2 por ciento. Se puede inferir que por una mujer en unión consensual en la sierra, existen más de 5 en la costa.

CUADRO 6.2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES POR ESTADO CIVIL O CONYUGAL ACTUAL, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94.

CARACTERISTICAS	ESTADO CIVIL O CONYUGAL						TOTAL	Número de mujeres
	Soltera	Unida	Casada	Viuda	Divorciada	Separada		
TOTAL	34.3	18.0	40.6	1.2	0.7	5.2	100.0	13582
EDAD								
15-19	81.0	9.4	7.9	0.1	0.1	1.5	100.0	2470
20-24	43.0	18.6	32.7	0.3	0.2	5.2	100.0	2453
25-29	20.5	22.4	48.9	0.9	0.9	6.4	100.0	2425
30-34	11.0	23.5	56.9	0.7	1.0	6.9	100.0	2249
35-39	9.0	21.1	60.9	1.5	1.3	6.2	100.0	1720
40-44	5.9	20.8	60.9	3.4	2.1	6.9	100.0	1318
45-49	4.3	17.2	63.7	5.9	1.0	8.0	100.0	947
AREA Y REGION								
Urbana	34.9	17.5	39.5	1.2	1.0	5.9	100.0	7223
Rural	33.3	18.6	42.1	1.3	0.4	4.2	100.0	6359
Sierra	36.5	5.3	52.2	1.3	1.1	3.7	100.0	7898
Quito	34.6	5.3	53.5	1.2	1.8	3.7	100.0	1261
Resto urbano	40.2	5.1	49.1	0.9	1.3	3.4	100.0	2332
Rural	35.5	5.3	53.2	1.5	0.6	3.9	100.0	4305
Costa	32.3	29.4	30.1	1.2	0.5	6.5	100.0	5684
Guayaquil	33.1	25.2	32.3	0.8	0.3	8.3	100.0	1404
Resto urbano	33.3	26.0	31.5	1.7	0.9	6.7	100.0	2226
Rural	30.3	37.4	26.6	1.0	0.1	4.6	100.0	2054
PROVINCIA								
Carchi	39.9	2.3	52.0	1.5	0.8	3.5	100.0	661
Imbabura	37.0	2.5	55.2	0.8	1.2	3.2	100.0	688
Pichincha	32.2	7.7	53.0	1.2	1.3	4.6	100.0	2084
Cotopaxi	37.5	6.2	50.0	1.5	1.1	3.7	100.0	544
Tungurahua	32.5	3.1	58.4	1.5	0.8	3.6	100.0	632
Bolívar	36.0	8.0	48.0	2.8	0.9	4.3	100.0	606
Chimborazo	33.1	5.0	56.4	1.4	0.6	3.4	100.0	558
Cañar	39.6	4.5	50.8	0.8	1.2	3.1	100.0	676
Azuay	42.9	3.1	49.3	1.1	1.0	2.7	100.0	787
Loja	48.6	1.8	45.5	1.3	0.6	2.2	100.0	662
Esmeraldas	33.0	39.7	19.8	0.5	1.1	5.9	100.0	727
Manabí	34.4	27.3	32.3	1.2	0.5	4.2	100.0	903
Los Ríos	30.4	44.0	16.1	1.2	0.4	7.9	100.0	979
Guayas	32.2	26.6	32.5	1.1	0.3	7.3	100.0	2359
El Oro	29.3	25.3	36.7	2.1	1.1	5.6	100.0	719
NIVEL DE INSTRUCCION								
Ninguno	9.7	26.0	54.8	3.5	0.4	5.5	100.0	841
Primaria incompleta	18.0	25.6	47.3	2.3	0.5	6.2	100.0	2004
Primaria completa	29.8	22.9	40.3	1.0	0.4	5.5	100.0	4253
Secundaria incomp.	48.2	16.4	29.4	0.8	0.7	4.5	100.0	3144
Secundaria completa	37.2	11.2	44.8	1.2	0.9	4.7	100.0	1875
Superior	39.5	5.4	47.2	0.6	2.1	5.2	100.0	1465

FUENTE: ENDEMAIN-94

6.2 Edad a la primera unión conyugal

La edad a la cual la mujer se une por primera vez, constituye potencialmente el inicio de la vida reproductiva y tiene efecto directo en la reducción de la fecundidad; a medida que más se retrasan estos acontecimientos, más se acorta la duración efectiva del período reproductivo y se incrementa la probabilidad de tener menos hijos. La edad a la primera unión es más tardía cuando se dan condiciones favorables de educación, inserción en el mercado laboral, influencia de la urbanización, etc.

CUADRO 6.3

PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS ANTES DE EDADES EXACTAS Y MEDIANA
DE LA EDAD A LA PRIMERA UNION, DE ACUERDO A LA EDAD ACTUAL. ENDEMAIN-94.

GRUPOS DE EDAD ACTUAL	EDADES EXACTAS					NUNCA UNIDA ^{1/}	NUMERO DE MUJERES	MEDIANA DE LA EDAD A LA PRIMERA UNION	
	<15	<18	<20	<22	<25			1989	1994
15-19	4.5	(15.7)	(18.9)	*	*	81.1	2470	*	*
20-24	4.4	23.1	40.4	(52.3)	(56.9)	43.1	2453	(21.3)	21.2
25-29	5.1	24.7	40.9	56.7	72.2	20.6	2425	20.7	21.1
30-34	5.7	29.1	46.7	59.1	73.1	11.0	2249	20.2	20.4
35-39	5.9	27.9	47.3	61.0	73.8	9.0	1720	20.4	20.3
40-44	6.8	28.8	47.0	62.5	78.0	5.9	1318	20.2	20.3
45-49	7.8	27.7	46.0	63.2	78.1	4.3	947	20.6	20.3
TOTAL	5.4	23.8	37.9	48.5	57.6	34.3	13582	20.7	20.7

FUENTE: ENDEMAIN-89 Y ENDEMAIN-94

* No aplicable

0 Experiencia incompleta de la cohorte de mujeres de estas edades.

^{1/} Incluye mujeres que no declararon las edades a la primera unión.

La proporción de mujeres que se han casado o unido antes de las edades exactas (15, 18, 20, 25 años), según la edad actual (cohorte), se presenta en el cuadro 6.3. Para las cohortes de 15 a 19 y 20 a 24 años de edad la experiencia es incompleta.

Las proporciones acumuladas a cada edad indican los cambios y tendencia en la edad a la primera unión de las diferentes cohortes. Se observa una menor proporción de uniones antes de cumplir los 15 años para las generaciones nuevas (menores de 25 años), comparadas con las que tienen más de 40 años al momento de la encuesta. Reducciones de 42 y 35 por ciento entre las cohortes extremas (al cambiar de 7.8 a 4.5 y de 6.8 a 4.4 por ciento, respectivamente). Los diferenciales de las edades extremas son también importantes para aquellas mujeres que se unieron antes de alcanzar la mayoría de edad aunque las brechas son menores.

Los porcentajes acumulados de uniones antes de cumplir los 20 años de edad, para las diferentes generaciones fluctúan entre el 40 al 47 por ciento sin diferencias importantes entre las cuatro últimas generaciones. Cerca de la cuarta parte (24 %) se habían unido o casado antes de los 18 años de edad y el 38 por ciento antes de los 20 años, porcentajes que sin embargo son casi similares a los encontrados en ENDEMAIN-89 y menores de hace quince años atrás, presentados por la ENF-79 y que fueron de 29 y 46 por ciento, respectivamente. La información confirma el hecho de que si bien en los últimos años se ha postergado la edad a la primera unión, ésta tiene lugar aún a edades tempranas.

En las cohortes más jóvenes (de 20-24 años por ejemplo) una proporción más baja se casó antes de los 20 años (40 %), en comparación con las cohortes de mujeres mayores de 40 años entre quienes tal proporción es de aproximadamente el 46 por ciento. Confirma la tendencia actual de evitar la primera unión a edades tempranas. Considerese, sin embargo, la posibilidad de una mala declaración, por olvido, de la edad a la primera unión por parte de las mujeres de mayor edad, lo cual modificaría, de alguna manera, estos diferenciales

6.2.1 Edad mediana a la primera unión

La edad mediana a la primera unión, es una medida resumen de las distribución de mujeres según edad a la primera unión. Para el total la edad mediana a la primera unión es alrededor de 21 años, medida que se ha mantenido igual a lo observado hace un quinquenio (Cuadro 6.4). Sin embargo, existen ciertas modificaciones aunque leves pero de comportamientos diferentes: mientras en la sierra se incrementa en alrededor de medio año, principalmente en la capital de la República y resto urbano (de 21.6 a 22.3 años), en contraste en la costa se da una disminución en los tres dominios. Por nivel de educación, para los niveles extremos superior y analfabetas se dan leves decrementos; según la actividad económica, prácticamente se mantiene, siendo medio año más tarde para aquellas mujeres económicamente activas.

CUADRO 6.4

EDAD MEDIANA A LA PRIMERA UNION, SEGUN CARACTERISTICAS. ENDEMAIN-89 Y 94

CARACTERISTICAS	EDAD MEDIANA	
	1989	1994
TOTAL	20.7	20.7
AREA Y REGION		
Urbana	21.3	21.3
Rural	19.9	20.1
Sierra	21.1	21.5
Quito	21.6	22.3
Resto urbano	21.6	22.2
Rural	20.5	20.8
Costa	20.4	20.1
Guayaquil	21.4	21.2
Resto urbano	20.7	20.4
Rural	19.1	19.0
NIVEL DE INSTRUCCION		
Ninguno	18.9	18.6
Primaria	19.4	19.5
Secundaria	21.3	21.4
Superior	25.3	24.9
ACTIVIDAD ECONOMICA		
No trabaja	20.4	20.4
Trabaja en casa	20.5	20.5
Trabaja fuera de casa	22.2	22.0

FUENTE: ENDEMAIN-94

Al comparar la edad mediana a la primera unión de algunos países de América Latina (cuadro 6.5), la edad promedio de Ecuador se ubica prácticamente en término medio, es levemente inferior que Perú, Paraguay y Colombia; dos años más alta que El Salvador y es similar a Bolivia.

CUADRO 6.5

EDAD MEDIANA A LA PRIMERA UNION, SEGUN ALGUNOS PAISES.

Países	Edad mediana
Perú (1991/91)	21.1
Paraguay (1990)	20.9
Colombia (1990)	21.0
Ecuador (1994)	20.7
Bolivia (1994)	20.6
El Salvador (1994)	18.5

6.3 Edad a la primera relación sexual.

CUADRO 6.6

PORCENTAJE DE MUJERES QUE TUVIERON SU PRIMERA RELACION SEXUAL ANTES DE LOS 15, 18, 22 Y 25 AÑOS
Y EDAD MEDIANA A LA PRIMERA RELACION, SEGUN EDAD ACTUAL. ENDEMAIN-94.

EDAD ACTUAL Y NIVEL DE INSTRUCCION	PORCENTAJE DE MUJERES QUE TUVIERON SU PRIMERA RELACION SEXUAL ANTES DE LOS:					NO HA TENIDO RELACIONES	NUMERO DE MUJERES	EDAD MEDIANA A LA PRIMERA RELACION
	<15	<18	<20	<22	<25			
TOTAL	7.5	30.6	46	55.8	64	30.2	13582	19.8
15-19	6.2	20.5	23.1	*	*	76.9	2470	*
20-24	5.9	30.1	49.1	60.4	63.9	36.1	2453	20.2
25-29	8.1	32.4	50.6	66.7	79.1	14.9	2425	20.0
30-34	8.4	36.4	56.0	68.4	81.8	7.0	2249	19.3
35-39	7.6	35.4	55.9	68.5	80.4	6.0	1720	19.4
40-44	9.9	36.2	54.9	69.9	83.6	3.4	1318	19.4
45-49	10.3	36.5	55.4	71.9	86.7	2.5	947	19.3
NIVEL DE INSTRUCCION								
Ninguno	16.3	56.1	71.3	82.2	88.9	7.2	841	17.3
Primaria incompleta	16.9	49.6	68.4	77.3	82.5	13.2	2004	17.8
Primaria completa	9.7	37.7	54.9	64.3	70.8	24.5	4253	18.8
Secundaria incomp.	4.6	26.6	38.5	46.6	51.9	44.6	3144	19.7
Secundaria completa	2.2	17.0	33.0	46.7	58.5	33.2	1875	21.7
Superior	6.6	7.5	18.7	32.9	49.6	35.8	1465	24.2

* No aplicable
FUENTE: ENDEMAIN-94

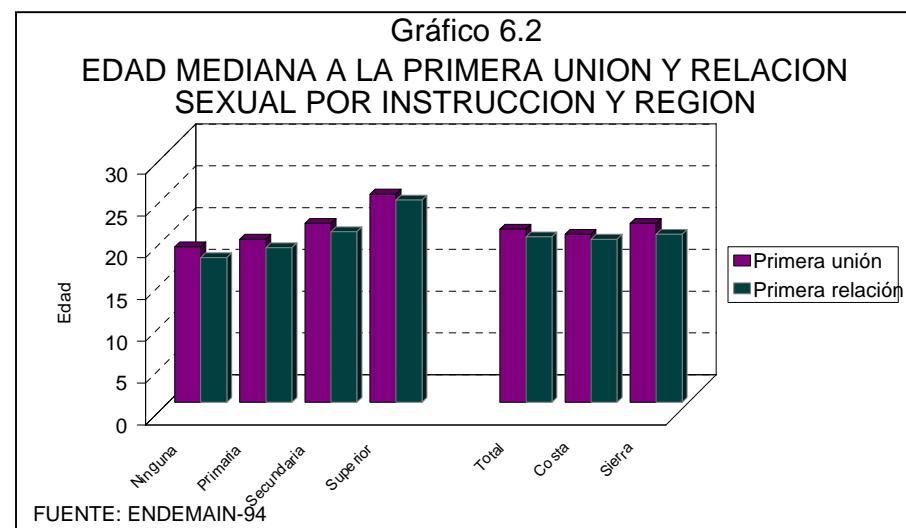
La edad a la primera unión no siempre coincide con el inicio de las relaciones sexuales. La proporción de mujeres que han tenido relaciones sexuales antes de las edades exactas (15, 18, 20, 22, 25 años), según las edades actuales (Cuadro 6.6), denota que, para todas las edades y cohortes esta proporción es persistentemente más alta que la edad a la primera unión. Si se relaciona la edad mediana a la primera relación con la edad mediana a la primera unión, la diferencia es de 1 año.

Las diferencias por cohortes y las proporciones de relaciones sexuales iniciadas antes de las diferentes edades exactas, establece que la edad a la primera relación sexual, ha cambiado en el tiempo. Mientras la proporción que inició su primera relación antes de cumplir los 18 años de edad en las mujeres que actualmente tienen 45 a 49 años de edad era de 36.5 por ciento, en cambio para las de 20 a 24 años es de 30 por ciento, disminución de 7 puntos entre estas dos generaciones.

La edad mediana a la primera relación es de alrededor de los 20 años para todas las mujeres a nivel general, las diferencias son evidentes al comparar las diferentes cohortes en forma transversal, para las cohortes más jóvenes la edad mediana se ubica en los 20 años, un año menos para las cohortes mayores de 30 años.

Las diferencias más evidentes en la edad mediana a la primera relación sexual se observa al clasificar a por el nivel educativo: una diferencia de 7 años entre analfabetas y aquellas que alcanzaron algún año de instrucción superior; cerca de 4, entre las que tienen menos de 6 años de instrucción y las que han finalizado la instrucción secundaria; 2.5 años entre las que han finalizado la secundaria con aquellas que tienen instrucción superior, hecho que confirma la estrecha relación entre la educación y el inicio de la actividad sexual y su incidencia en la fecundidad.

Al comparar la edad mediana de la primera relación con respecto a la edad mediana a la primera unión, según las características de las mujeres, se da una persistente brecha. A nivel total, la diferencia es de casi un año; para las dos regiones que



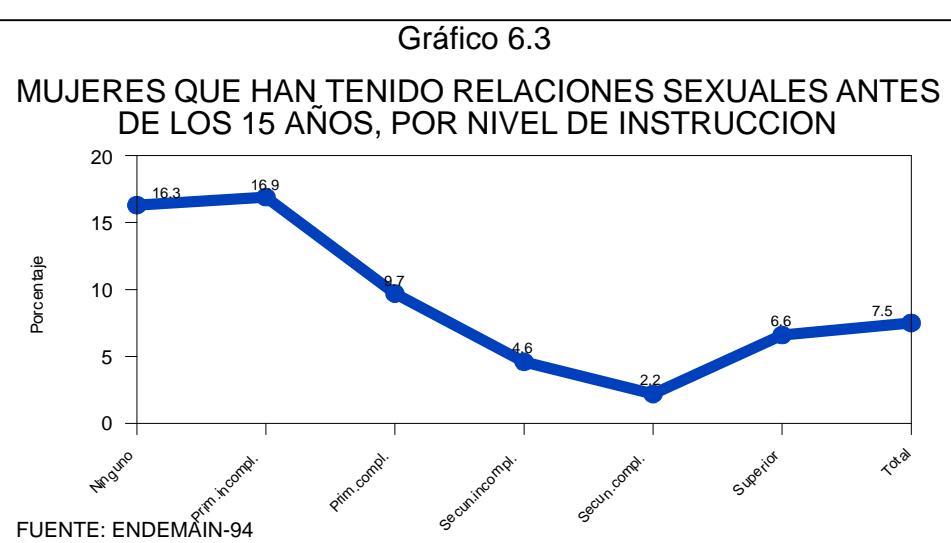
contempla el estudio las diferencias son de alrededor de medio año en la costa y más de un año en la sierra, siendo la brecha de la sierra el doble de la costa revelando diferentes comportamientos culturales en esas regiones del país.

Es evidente que en mujeres con mayor educación es más tardía la experimentación de todos los eventos relacionados con la fecundidad; las brechas de edad entre la primera relación y la primera unión es descendente a medida que se aumenta los años de estudio: así, la diferencia de más de 1 año entre las que carecen de instrucción, 1 para las de instrucción primaria y secundaria y alrededor de medio año para las de instrucción superior.

Los porcentajes de mujeres en edad reproductiva de los diferentes grupos etarios de edad actual, que no han tenido relaciones sexuales descienden a medida que la edad se incrementa, descenso que es pronunciado al pasar del grupo de edad 15-19 a 20-24 años donde más de la mitad de las mujeres se incorporan a la vida sexual (de 76.9% a 36.1%), igual comportamiento se advierte al pasar al siguiente grupo de edad (25-29 años) al descender el celibato de 36.1 a 14.9 por ciento, lo que confirma la mayor participación en el aporte de la fecundidad de estos dos grupos etarios.

La iniciación a la actividad sexual a partir de los 35 años de edad es mínima de tal manera que al finalizar el período reproductivo sólo un 2.5 por ciento se ha mantenido sin actividad sexual.

El nivel de educación no sólo tiende a retrasar la edad al casarse, disminuyendo el riesgo a la exposición al embarazo, sino que también diversifica los intereses de las mujeres y tiende a desarrollar otras actitudes respecto de los patrones de formación de la familia. Los porcentajes de mujeres en edad fértil que nunca han tenido relaciones sexuales cuyo nivel de educación es secundaria es de alrededor de 6 veces mayor de aquellas que son analfabetas y cerca del doble con aquellas que tiene menos de 5 años de instrucción primaria. (Cuadro 6.6)



6.4 Actividad sexual reciente

CUADRO 6.7
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MEF, POR ESTADO CIVIL O CONYUGAL,
SEGUN ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE**

ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE	ESTADO CIVIL			TOTAL
	Solteras	Casadas/ Unidas	Separada/ divorciada y viuda	
Nunca ha tenido relaciones	86.3	0.1	-	21.3
Embarazada	0.8	9.9	2.1	7.0
Con actividad sexual en las ultimas 4 semanas	1.5	69.2	13.1	47.7
Sin actividad sexual en las ultimas 4 semanas *	11.4	20.7	84.8	24.0
TOTAL	100.0	100.	100.0	100

* Incluye abstinencia postparto.
FUENTE: ENDEMAIN-94

Los indicadores de actividad sexual reciente según el estado civil actual de la entrevistada, se presenta en el Cuadro 6.7. La probabilidad de que una mujer quede embarazada está en función directa a la frecuencia de las relaciones sexuales y ausencia de protección anticonceptiva. Según la ENDEMAIN-94, una de cada cinco mujeres en edad reproductiva (21,3%) nunca ha tenido relaciones sexuales, la actividad sexual de las mujeres solteras no es muy frecuente, aunque un 13,7 por ciento han tenido relaciones alguna vez, el 1,5 por ciento tuvo actividad sexual en las últimas cuatro semanas.

Es de esperar que quienes están casadas o unidas, en su mayoría estén activas sexualmente. En efecto, prácticamente el 69,2 por ciento de ellas han tenido relaciones en las últimas 4 semanas. Entre mujeres desunidas (viudas, separadas, divorciadas) 1 de cada 7 es activa sexualmente y solo 1 de cada 10 entre las que se declararon solteras.

Entre las mujeres casadas o unidas, 4 de cada 6 mujeres (69,2%) declararon relaciones sexuales recientes (cuatro semanas anteriores a la encuesta); un 10 por ciento se encontraban embarazadas y el resto (20,7%) se encontraban en abstinencia posparto o sin actividad sexual en las últimas cuatro semanas.

A nivel total de país un 7 por ciento de las mujeres en edad reproductiva se encontraba embarazada al momento de la encuesta (942 mujeres), de las cuales 20 son desunidas y 47 solteras.

6.5 Infertilidad posparto

La probabilidad de un embarazo inmediatamente después del nacimiento de un hijo, depende en parte de la práctica de la lactancia, de la duración de la abstinencia sexual posparto y del período durante el cual no regresa la menstruación.

El intervalo entre dos partos de una mujer puede ser dividido en tres segmentos: a) un período postparto de no susceptibilidad al embarazo debido a la amenorrea (no había regresado el período menstrual) o abstinencia sexual (no habían reiniciado su actividad sexual desde el último parto) b) un período de susceptibilidad durante el cual la menstruación ha regresado y ella tiene actividad sexual y c) el próximo embarazo.

La investigación de ENDEMAIN-94, contiene información de todas las mujeres que habían tenido hijos a partir de enero de 1989 (cuya edad fluctuaba entre 0 y 59 meses al momento de la entrevista) de quienes se cuenta con información sobre: si continuaban amamantando al último hijo, si habían reiniciado las relaciones sexuales y si había tenido su menstruación, así como también la duración de la lactancia, de la abstinencia y de la amenorrea.

En este acápite, se presenta la duración promedio del período postparto de no susceptibilidad atribuido a la amenorrea postparto y a la abstinencia que sigue al parto, para las mujeres actualmente casadas/unidas.

CUADRO 6.8

PROMEDIO EN MESES DE LA AMENORREA, ABSTINENCIA Y NO SUCCEPTIBILIDAD DE POSTPARTO DE MUJERES UNIDAS SEGUN CARACTERISTICAS. ENDEMAIN-94.

CARACTERISTICAS	CONDICION EN EL POSTPARTO			NACIMIENTOS EN SUS ULTIMOS CINCO AÑOS
	Amenorrea	Abstinencia	No susceptibilidad	
TOTAL	7.5	2.7	8.3	8004
GRUPO DE EDAD				
15-29 años	7.3	2.4	7.9	4731
30 y + años	8.1	3.3	8.9	3273
AREA Y REGION				
Urbana	6.5	2.4	7.2	3666
Rural	8.6	3.2	9.4	4338
Sierra	9.2	3.5	10.3	4801
Quito	7.8	2.6	8.9	658
Resto urbano	7.4	3.0	7.9	1176
Rural	10.4	4.0	11.6	2967
Costa	5.9	2.0	6.2	3203
Guayaquil	5.6	2.0	6.1	644
Resto urbano	5.9	2.0	6.3	1188
Rural	6.1	1.9	6.1	1371
PROVINCIA				
Carchi	6.9	2.4	7.2	394
Imbabura	12.4	3.5	12.4	437
Pichincha	8.1	3.2	9.5	1154
Cotopaxi	10.2	3.3	11.0	352
Tungurahua	11.4	2.9	11.4	383
Bolívar	11.0	3.5	11.8	409
Chimborazo	11.1	3.3	11.8	390
Cañar	9.4	5.0	11.5	438
Azuay	7.8	5.4	9.7	457
Loja	9.5	2.7	10.0	287
Esmeraldas	8.4	1.7	8.5	485
Manabí	5.2	1.4	5.2	532
Los Ríos	7.1	2.6	7.5	567
Guayas	5.6	2.0	6.0	1211
El Oro	6.0	2.6	6.5	408
NIVEL DE INSTRUCCION				
Ninguno	11.2	4.4	12.1	690
Primaria incompleta	9.0	3.2	9.8	1497
Primaria completa	7.7	2.7	8.2	2713
Secundaria completa	6.5	2.6	7.4	1481
Secundaria incompleta	7.4	2.2	7.6	952
Superior	5.2	2.0	6.2	671
ACTIVIDAD ECONOMICA				
No trabaja	7.1	2.3	7.5	4683
Trabaja dentro de casa	9.6	3.8	11.0	1571
Trabaja fuera de casa	7.5	3.2	8.5	1750

FUENTE: ENDEMAIN-94

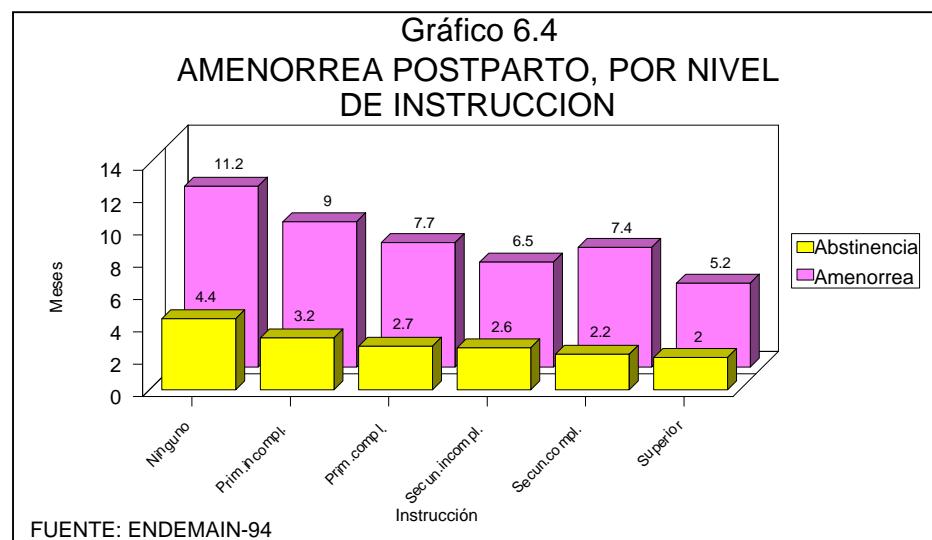
La duración promedio de amenorrea y abstinencia ha sido calculada sobre datos actuales, considerando la proporción de mujeres nacimientos en los últimos cinco años, después de los cuales a la madre no le había retrasado su período muestral y no había reiniciado la actividad sexual desde el último parto, clasificados por el número de meses desde el parto. Se restringe el denominador a los nacimientos de las casadas/unidas, ya que no se considera abstinencia posparto, la falta de cónyuge.

A nivel total del país, la duración mediana de la amenorrea es de 7.5 meses, la abstinencia en cerca de 3 meses, como estas dos categorías no son excluyentes la no susceptibilidad (proporción de mujeres que no les había regresado la menstruación o no habían reiniciado su actividad sexual) es de 8.3 meses. La duración promedio de amenorrea y abstinencia presentan diferencias considerables de acuerdo a las diferentes características de las mujeres.

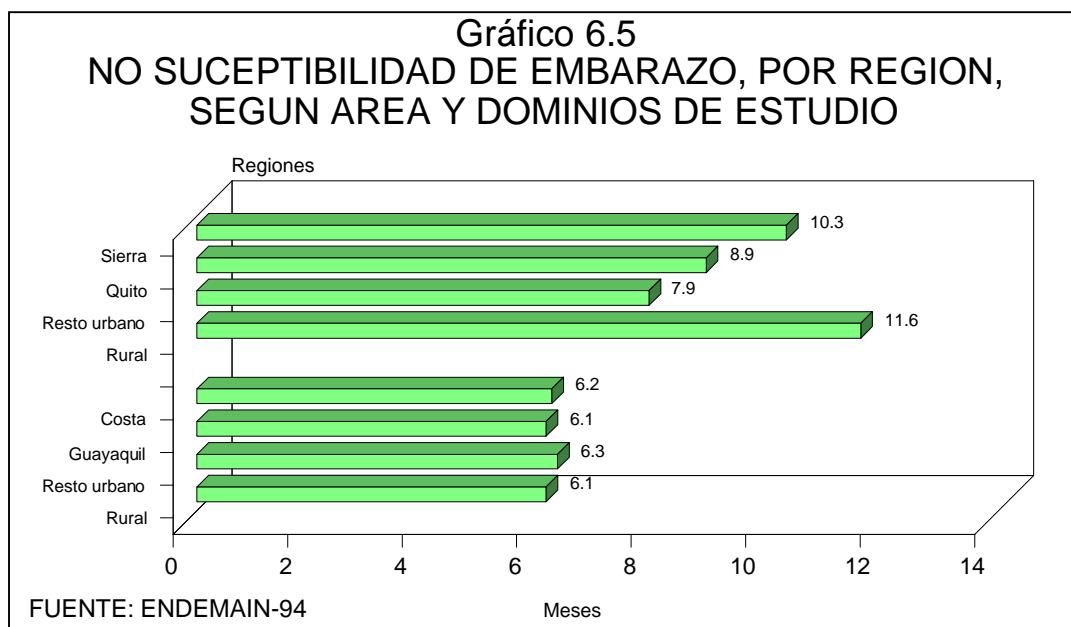
Los promedios de duración de la amenorrea (Cuadro 6.8) son un mes menos entre mujeres menores de 30 años que las de más edad; dos meses menor en el área urbana que la rural, tres meses más alto en la sierra que la costa; a nivel provincial el indicador es heterogéneo y en algunos casos alcanza hasta el año de duración; existe una asociación inversa con los niveles educativos, de tal manera que para mujeres con instrucción superior la duración promedio de la amenorrea es de 5.2 meses en tanto que las analfabetas la duplican (11.2 meses). En estos marcados diferenciales tiene incidencia directa la frecuencia e intensidad de la lactancia materna que influye directamente en tiempo del período anovulatorio. El inicio precoz de la alimentación suplementaria al niño, o la iniciación en el uso de métodos anticonceptivos usados preferentemente por mujeres de áreas urbanas así como de mayor instrucción, altera la continuidad de la lactancia lo que incide en un período más corto de amenorrea como de abstinencia postparto.

La duración promedio de la abstinencia postparto, si bien no es uniforme, las diferencias son más cortas. Se debe destacar que la abstinencia es más alta preferentemente en provincias de la sierra, sobresaliendo

Azuay y Cañar que duplican el promedio nacional (alrededor de 5 meses de abstinencia) y en mujeres sin instrucción más que duplica al tiempo promedio de mujeres con instrucción media y superior (4.4 y 2 meses, respectivamente).



En general los patrones de variación en la duración de la no susceptibilidad postparto son similares a los de amenorrea debido a que la duración de ésta, determina en gran medida, la duración de la no susceptibilidad postparto. La diferencia según nivel educativo es la más pronunciada en la duración del período no susceptible. Las mujeres sin educación formal tienen en promedio 6 meses más de tiempo de postparto no susceptible al embarazo que las mujeres con 10 ó más años de escolaridad, lo cual probablemente obedece a que las primeras tienen una duración promedio de lactancia mayor que las segundas. A pesar de tener un período de no susceptibilidad corto, las mujeres con mayor nivel educativo tienen la fecundidad más baja, interviniendo básicamente el uso de métodos de planificación familiar.



Capítulo 7

PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

R E S U M E N E J E C U T I V O

De los embarazos deseados (64.4%), la mayor proporción se presenta cuando la edad de la mujer es menor. En cambio las proporciones más altas de los embarazos no deseados (19.3%), corresponden preferentemente a las mujeres con menores niveles de instrucción.

Los resultados obtenidos determinan que: el 38.2 por ciento desea tener más hijos, mientras para el 54.6 por ciento su ideal reproductivo se ha cumplido y no desea más hijos.

Las mujeres sin hijos o con sólo un hijo actualmente vivo, desean tener en promedio 2.2 hijos; un hijo menos que aquellas de paridad 3, diferencia que se incrementa a dos hijos al averiguar el promedio ideal deseado por las mujeres de mayor paridez. En la declaración es menester tener en cuenta la actitud psicológica de las mujeres como madres, declarando un número ideal cercano al de su experiencia reproductiva concreta, especialmente de aquellas con alta paridez.

Si se pudiera evitar los nacimientos no deseados, la tasa global de fecundidad disminuiría de 3.6 a 2.9 hijos, una reducción del 19.4 por ciento en el nivel de fecundidad real.

7. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

En este capítulo se estudian las actitudes y preferencias de las mujeres ecuatorianas, con respecto al deseo de su último embarazo o del que tenían al momento de la encuesta, para aquellas mujeres que se encontraban embarazadas; se presenta información sobre la disposición a tener más hijos, el número ideal de hijos que les gustaría tener a lo largo de su período reproductivo y la fecundidad no deseada para los cinco años anteriores a la encuesta.

7.1 Deseo del actual o último embarazo

El análisis incluye a las mujeres en edad fértil, unidas o casadas, con fecundidad declarada en los últimos cinco años que precedieron a la encuesta. A estas mujeres se les preguntó, si habían deseado quedar embarazadas al momento de su concepción más reciente y de no ser así, si querían tener más hijos o hubieran preferido esperar más tiempo. Los embarazos de quienes respondieron que les hubiera gustado que su último embarazo se hubiera producido más tarde se clasificaron como "no previstos" y los de quienes respondieron que no querían tener más hijos, como "no deseado". Los embarazos clasificados como "deseados" son los que se reportaron como tales en el momento que estos ocurrieron.

En base, a esta clasificación del último embarazo, a nivel nacional el 64.4 por ciento de embarazos fue deseado, 16.3 por ciento quería esperar un poco más de tiempo para tenerlo (no previsto) y el 19.3 por ciento no lo deseaba (Cuadro 7.1).

El deseo del último embarazo según el área, muestra algunas diferencias; el 17.1 por ciento de las mujeres urbanas hubieran preferido tener el embarazo más tarde, mientras que en el área rural declaran en el mismo sentido el 15.4 por ciento. En el área rural el porcentaje de mujeres que no deseaban su embarazo (22.3%) es sensiblemente más alto que el de las mujeres residentes en zonas urbanas (16.7%).

En consideración al área de residencia, los embarazos no deseados son siempre mayores en la región sierra que en la costa (ver Cuadro 7.1).

En relación con la edad, los porcentajes mayores de embarazos deseados se originan cuando menor es la edad de las mujeres; los no previstos, con porcentajes superiores al 20 por ciento entre las mujeres de 20 a 29 años (problemas de espaciamiento). Vinculada a la alta paridez de las mujeres de 40 ó más años, los porcentajes de embarazos deseados son menores, fluctuando en torno al 54 por ciento.

CUADRO 7.1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS POR DESEO DEL ULTIMO EMBARAZO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS	DESEO DE EMBARAZO			TOTAL	Nº DE CASOS
	Deseado	No previsto	No deseado		
TOTAL	64.4	16.3	19.3	100.0	5704
AREA					
Urbana	66.1	17.1	16.7	100.0	2815
Rural	62.4	15.4	22.3	100.0	2889
RESIDENCIA					
Sierra	57.4	19.2	23.4	100.0	3400
Quito	60.6	17.8	21.6	100.0	530
Resto urbano	63.4	19.3	17.3	100.0	896
Rural	53.5	19.8	26.7	100.0	1974
Costa	71.3	13.5	15.2	100.0	2304
Guayaquil	62.5	18.3	19.2	100.0	509
Resto urbano	74.3	14.4	11.3	100.0	880
Rural	75.4	8.8	15.8	100.0	915
EDAD					
15-19	78.6	15.1	6.3	100.0	354
20-24	69.3	20.6	10.1	100.0	1330
25-29	63.2	20.4	16.4	100.0	1551
30-34	62.6	15.7	21.7	100.0	1283
35-39	60.4	10.4	29.2	100.0	722
40-44	53.8	5.6	40.6	100.0	356
45-49	54.1	2.5	43.3	100.0	108
NIVEL DE INSTRUCCION					
Ninguno	55.1	5.7	39.2	100.0	441
Primaria incompleta	57.8	15.1	27.2	100.0	952
Primaria completa	63.3	16.4	20.3	100.0	1864
Secundaria incompleta	66.8	19.6	13.7	100.0	1127
Secundaria completa	68.4	18.4	13.2	100.0	752
Superior	74.0	16.0	10.0	100.0	568
NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS					
0	*	*	*	*	*
1	85.8	10.7	3.4	100.0	1353
2	62.5	25.3	12.2	100.0	1414
3	59.6	18.5	21.9	100.0	1110
4	54.9	15.4	29.8	100.0	694
5	51.1	14.4	34.5	100.0	400
6 y más	46.8	9.5	43.6	100.0	714
USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
Usan	63.9	17.7	18.4	100.0	3173
No usan	65.1	14.5	20.4	100.0	2531

* Menos de veinte y cinco casos.

FUENTE: ENDEMAIN-94

El nivel de instrucción y el porcentaje de embarazos no deseados se correlacionan inversamente. Los porcentajes más altos de embarazos no deseados están entre las mujeres con menores niveles de instrucción, los más bajos entre las más educadas.

Relacionando el no deseo del último embarazo con el número de hijos que la mujer ha tenido, entre las que tenían un hijo la proporción que no deseaba su último embarazo fue 3.4 por ciento. Este porcentaje se incrementa 6.4 veces (21.9%) entre las que tenían 3 hijos; entre las que tenían 6 y más hijos, el porcentaje llega al 43.6 por ciento. Como se espera en esta variable a mayor número de hijos mayor porcentaje de no deseo.

Como se observa en el Cuadro 7.1 prácticamente no existen diferencias estadísticamente significativas entre el uso de anticoncepción y el deseo del último embarazo.

7.2 Deseo de más hijos

A las mujeres casadas o unidas, se les preguntó, si deseaban tener más hijos. Los resultados obtenidos determinan que: el 38.2 por ciento desea tener más hijos. Se consideran tanto a aquellas mujeres que desean otro hijo "pronto/ahora" (4.4 %) y las que quieren "más tarde" (33.8%). Para el 54.6 por ciento su ideal reproductivo se ha cumplido y no desea más hijos, el resto de mujeres se declaró como menopáusica (3.1%) y el 4.2 por ciento no estaba todavía decidida.

Entre los indicadores consignados en el Cuadro 7.2 se pueden observar diferencias, aunque estas son porcentualmente pequeñas, en las características geográficas consideradas; así, la proporción de mujeres que no desea más hijos es más alta en el área rural (55.8%) que en la urbana (53.5%), fenómeno que se viene observando desde la encuesta ENDESA-87, el no deseo es más fuerte en la sierra que en la costa, 56.6 por ciento y 52.7 por ciento, respectivamente.

Según la edad, las mayores proporciones de mujeres que no desean más hijos comienzan a producirse entre las mujeres mayores de veinte y cinco años y se hacen considerables entre las mayores de 30 años. Una cuarta parte de las mujeres menores de 20 años, declara no querer tener más hijos a pesar de su temprana edad.

La relación entre el nivel de instrucción y el deseo de no tener más hijos, es inversamente proporcional para el caso ecuatoriano; el porcentaje que no desea más hijos entre las mujeres sin instrucción es 69.4 por ciento, va descendiendo conforme aumenta el nivel de escolaridad, llegando entre las que tienen nivel superior al 42.2 por ciento. El deseo seguramente está influenciado por la mayor paridez que registran las mujeres menos educadas.

El deseo de no tener más hijos está clara y directamente asociado al número de hijos vivos de la mujer; para las que tienen un hijo o todavía no lo tienen, el no deseo es menor, 26.0 y 10.6 por ciento respectivamente (ver Cuadro 7.2). El porcentaje de no deseo es mayor a partir del grupo que tiene dos hijos vivos, se destaca que más de la mitad de las mujeres fecundas que tienen 2 hijos ya no quieren tener más; esta proporción aumenta a más del 72.4 por ciento cuando las mujeres tienen tres hijos.

CUADRO 7.2

DESEO ACTUAL DE HIJOS, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS:
MUJERES CASADAS/UNIDAS DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD(*). DISTRIBUCION PORCENTUAL

CARACTERISTICAS	DESEO ACTUAL			MENO-PAUSICA	INDECISA/ NO SABE	TOTAL	Nº DE CASOS				
	Quiere hijo		No quiere más hijos								
	Pronto/ahora	Más tarde									
TOTAL	4.4	33.8	54.6	3.1	4.2	100.0	7529				
AREA Y REGION:											
- Urbana	4.1	36.0	53.5	2.4	3.9	100.0	3749				
- Rural	4.8	31.1	55.8	3.8	4.5	100.0	3780				
- Sierra	3.4	32.9	56.6	3.2	4.0	100.0	4401				
□ Quito	2.6	36.2	56.0	2.4	2.8	100.0	690				
□ Resto Urbano	4.3	37.5	51.8	3.2	3.1	100.0	1194				
□ Rural	3.3	29.5	58.8	3.6	4.8	100.0	2517				
- Costa	5.4	34.6	52.7	2.9	4.3	100.0	3128				
□ Guayaquil	4.1	35.9	54.1	1.3	4.6	100.0	689				
□ Resto Urbano	4.9	35.0	52.6	3.0	4.4	100.0	1176				
□ Rural	6.9	33.2	51.7	4.2	4.0	100.0	1263				
EDAD:											
15-19	4.2	65.7	24.7	0.1	5.3	100.0	540				
20-24	3.6	54.0	36.5	0.1	5.7	100.0	1523				
25-29	3.5	43.5	48.9	0.1	4.0	100.0	1773				
30-34	5.6	28.1	61.7	0.6	3.9	100.0	1485				
35-39	6.8	13.7	74.5	1.7	3.3	100.0	906				
40-44	3.7	5.7	79.2	8.4	2.5	100.0	722				
45-49	3.8	3.4	67.6	22.0	3.2	100.0	520				
INSTRUCCION:											
- Ninguna	2.9	13.2	69.4	11.1	3.5	100.0	622				
- Primaria incompleta	4.1	21.9	65.0	4.5	4.6	100.0	1264				
- Primaria completa	4.9	30.7	59.2	3.2	4.0	100.0	2479				
- Secundaria incompleta	3.7	41.9	48.5	1.3	4.6	100.0	1471				
- Secundaria completa	3.7	44.5	46.1	0.9	4.8	100.0	967				
- Superior	6.9	47.0	42.2	1.2	2.7	100.0	726				
Nº DE HIJOS VIVOS:											
0	18.7	62.2	10.6	3.4	5.1	100.0	587				
1	6.0	61.4	26.0	1.1	5.6	100.0	1656				
2	2.3	36.6	55.9	1.3	4.0	100.0	1880				
3	2.2	19.6	72.4	2.2	3.5	100.0	1292				
4	1.9	11.2	81.0	3.1	2.8	100.0	798				
5	2.2	8.5	77.7	8.4	3.3	100.0	453				
6 y +	0.8	3.9	83.3	8.7	3.3	100.0	863				

(*) Incluye mujeres actualmente embarazadas y excluye mujeres esterilizadas

FUENTE: ENDEMAIN-94

7.3 Número ideal y actual de hijos

Diferencias importantes se observan entre el ideal de hijos y la paridez de la población femenina en análisis.

CUADRO 7.3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ENTREVISTADAS POR NUMERO DE HIJOS SOBREVIVIENTES, SEGUN NUMERO Y PROMEDIO IDEAL DE HIJOS . ENDEMAIN-94.

NUMERO Y PROMEDIO IDEAL DE HIJOS	NUMERO DE HIJOS SOBREVIVIENTES							TOTAL
	0	1	2	3	4	5	6 y +	
NUMERO IDEAL								
0	2.9	1.1	1.1	1.2	0.6	1.2	0.6	1.7
1	12.4	18.3	5.6	5.8	4.3	2.5	2.0	9.5
2	57.8	52.7	46.1	19.1	30.5	23.4	20.1	43.5
3	16.9	19.9	32.6	44.9	10.9	22.1	19.6	23.1
4	5.4	4.0	11.1	18.0	36.0	7.9	15.1	11.0
5	1.2	1.2	4.3	4.3	8.1	27.9	5.9	3.8
6 y +	0.5	1.1	4.0	4.0	6.7	11.8	26.4	4.3
Otra respuesta	2.9	1.7	2.7	2.7	2.8	3.4	10.3	3.1
Promedio ideal	2.2	2.2	2.6	3.1	3.3	3.8	4.3	2.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
NUMERO DE MUJERES	3682	2256	2387	2009	1288	721	1239	13582

FUENTE: ENDEMAIN-94

Según el Cuadro 7.3, las mujeres sin hijos o con sólo un hijo actualmente vivo, desean tener en promedio 2.2 hijos, un hijo menos que aquellas de paridad 3, diferencia que se incrementa a dos hijos al averiguar el promedio ideal deseado por las mujeres de mayor paridez.

Este comportamiento diferente en los ideales reproductivos, que están relacionados con la edad de las mujeres, muestra que han ocurrido cambios generacionales en las preferencias sobre fecundidad. En la declaración es menester reflejar la actitud psicológica de las mujeres como madres, declarando un número ideal cercano al de su experiencia reproductiva concreta, especialmente de aquellas con alta paridez.

CUADRO 7.4

PROMEDIO IDEAL DE HIJOS, POR NÚMERO DE HIJOS SOBREVIVIENTES, SEGUN
CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94.

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS	NUMERO DE HIJOS SOBREVIVIENTES							TOTAL
	0	1	2	3	4	5	6 y +	
TOTAL	2.2	2.2	2.6	3.1	3.3	3.8	4.3	2.7
EDAD								
15-19	2.2	2.1	2.6	1.8	-	-	-	2.2
20-24	2.2	2.2	2.6	2.9	3.2	2.6	-	2.3
25-29	2.2	2.2	2.5	3.0	3.0	3.6	4.0	2.5
30-34	1.9	2.0	2.6	3.0	3.2	3.7	4.0	2.8
35-39	1.8	2.2	2.6	3.2	3.5	3.6	4.2	3.1
40-44	1.8	2.5	2.6	3.0	3.6	4.0	4.5	3.4
45-49	1.5	2.1	2.6	3.4	3.4	4.2	4.4	3.6
AREA Y REGION								
Urbana	2.1	2.1	2.5	3.0	3.2	3.7	3.9	2.5
Rural	2.2	2.2	2.6	3.1	3.5	3.9	4.6	2.9
Sierra	2.2	2.2	2.5	3.0	3.3	3.5	4.1	2.6
Quito	2.0	2.1	2.4	2.9	3.0	3.3	3.7	2.4
Resto urbano	2.2	2.3	2.5	3.0	3.3	3.2	3.7	2.6
Rural	2.2	2.2	2.6	3.0	3.5	3.7	4.2	2.8
Costa	2.1	2.1	2.6	3.1	3.4	4.1	4.6	2.7
Guayaquil	2.1	2.0	2.5	3.0	3.1	3.2	3.7	2.5
Resto urbano	2.1	2.2	2.7	3.2	3.4	4.4	4.2	2.7
Rural	2.2	2.2	2.6	3.3	3.6	4.3	5.1	3.0
PROVINCIA								
Carchi	2.1	2.2	2.6	2.9	3.0	3.7	4.1	2.6
Imbabura	2.2	2.1	2.7	3.5	3.8	3.7	4.9	3.0
Pichincha	2.0	2.2	2.4	2.8	3.0	3.4	3.6	2.5
Cotopaxi	2.1	2.3	2.6	3.1	3.5	3.5	4.0	2.7
Tungurahua	2.1	2.3	2.6	3.2	3.5	4.0	4.0	2.7
Bolívar	2.0	2.1	2.5	2.9	3.3	3.4	4.0	2.6
Chimborazo	2.0	2.0	2.5	2.8	3.7	4.4	3.8	2.6
Cañar	2.5	2.4	2.7	3.2	3.5	3.6	4.1	2.9
Azuay	2.5	2.3	2.6	3.0	3.2	3.4	4.4	2.8
Loja	2.4	2.3	2.5	3.1	3.5	3.1	4.3	2.7
Esmeraldas	2.1	2.4	2.6	3.2	3.5	4.1	4.4	2.9
Manabí	2.3	2.2	2.8	3.3	3.6	4.6	5.2	3.0
Los Ríos	2.2	2.0	2.6	3.2	3.3	3.7	3.8	2.7
Guayas	2.0	2.0	2.5	3.1	3.3	4.0	4.4	2.6
El Oro	2.2	2.1	2.9	3.1	3.3	3.6	4.9	2.8
NIVEL DE INSTRUCCION								
Ninguno	1.7	2.5	2.9	3.1	3.9	4.5	4.4	3.6
Primaria incompleta	2.1	2.2	2.8	3.1	3.5	3.8	4.4	3.2
Primaria completa	2.2	2.2	2.5	3.1	3.4	3.8	4.4	2.8
Secundaria incompleta	2.1	2.0	2.5	3.0	2.9	3.8	3.5	2.4
Secundaria completa	2.1	2.1	2.6	3.0	3.4	3.2	3.8	2.4
Superior	2.2	2.3	2.6	3.0	3.5	3.6	3.9	2.4
INDICE SOCIOECONOMICO DE LA VIVIENDA								
Bajo	2.3	2.3	2.6	3.2	3.6	4.0	4.6	3.1
Medio	2.1	2.2	2.6	3.0	3.2	3.7	4.3	2.7
Alto	2.1	2.1	2.5	3.0	3.4	3.8	3.9	2.5

FUENTE: ENDEMAIN-94

Exceptuándose los grupos de mujeres de paridez menor a dos hijos, los mayores porcentajes declarados, sitúan en el mismo nivel el número ideal de hijos con el número de hijos sobrevivientes. Por ejemplo: en el grupo de paridez 3, el número ideal 3 es el más declarado (44.9 %); aunque con porcentajes diferentes acontece lo mismo en los restantes grupos de paridez, creando una diagonal coincidente entre el número de sobrevivientes y el número ideal.

El promedio de hijos deseados por los dos primeros grupos, obedece a la diferente actitud reproductiva de mujeres que en su casi totalidad son jóvenes; en el Cuadro 7.4, se observa que para la mayoría de estas mujeres el promedio de hijos ideales es de dos hijos.

En relación al área, los promedios ideales en la parte rural son mayores a los aspirados por mujeres residentes en áreas urbanas, sin embargo hay que resaltar que las diferencias no son mayores, máxime si éstas se comparan con información de hace una década.

En las restantes variables consideradas no se advierten diferencias mayores. Las consideraciones anteriormente efectuadas, se pueden generalizar para cuando el análisis se refiere a regiones, provincias, niveles de instrucción e índice socioeconómico de la vivienda.

7.4 Planificación de la Fecundidad

La planificación de la fecundidad, es abordada considerando las tasas de fecundidad deseada y observada. La fecundidad observada fue analizada en detalle en el capítulo IV del presente informe. La fecundidad deseada expresa el nivel de fecundidad que teóricamente resultaría si todos los nacimientos no deseados se hubieran evitado.

La tasa global de fecundidad deseada, calculada a partir de las tasas específicas de fecundidad deseada, clasifica los nacimientos de acuerdo al deseo de tener o no el hijo, por lo tanto, a diferencia de la tasa observada, el numerador excluye los nacimientos no deseados.

Esta medida resumen de la fecundidad, indica el número promedio de nacimientos deseados que tendría una cohorte de mujeres durante su período reproductivo, si las mujeres experimentaran las tasas de fecundidad deseadas durante los cinco años anteriores a la encuesta.

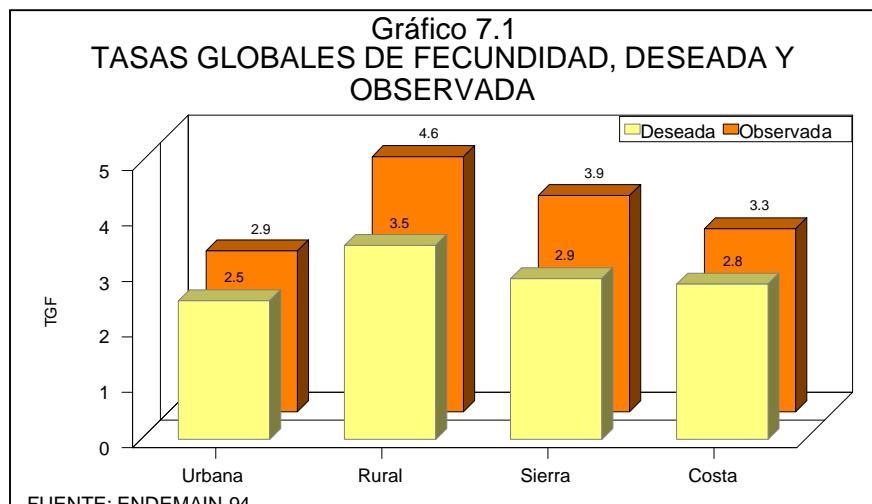
CUADRO 7.5

TASAS DE FECUNDIDAD ESPECÍFICAS (*) Y GLOBAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS,
POR FECUNDIDAD DESEADA, NO DESEADA Y OBSERVADA, SEGÚN EDAD.

EDAD	TASAS DE FECUNDIDAD				
	DESEADA			NO DESEADA	OBSERVADA
	AHORA	DESPUES	TOTAL		
15-19	72.0	11.5	83.5	7.2	91.2
20-24	131.3	32.0	163.3	21.0	184.3
25-29	116.0	28.6	144.5	28.8	174.0
30-34	81.7	17.8	99.5	32.0	131.9
35-39	52.5	7.0	59.5	28.8	88.9
40-44	22.8	2.2	25.0	20.0	45.6
45-49	3.1	0.3	3.4	3.5	7.0
TGF	2.4	0.5	2.9	0.7	3.6

(*) Por mil mujeres
FUENTE: ENDEMAIN-94

Como se visualiza en el Cuadro 7.5, la tasa de fecundidad observada por la encuesta es de 3.6 hijos. Si se pudiera evitar los nacimientos no deseados, la tasa sería de 2.9 hijos, es decir, una reducción del 19.4 por ciento en el nivel de fecundidad real. La diferencia se amplía a más de un hijo, cuando se considera dentro de la tasa de fecundidad deseada la de aquellas mujeres cuyos embarazos fueron deseados en el momento que éstos se produjeron (ahora), ya que por definición la fecundidad deseada se compone de las que deseaban "ahora" y aquellas que hubieran querido esperar.



En el área rural la tasa de fecundidad no deseada (un hijo) es el doble de la tasa urbana (0.5 hijos). En general, para todos los casos el no deseo es mayor en la sierra que en la costa (ver Gráfico 7.1).

Las provincias de Bolívar, Loja, Cotopaxi y Chimborazo presentan tasas altas de no deseo, 1.8, en la primera y 1.4 hijos en las tres restantes respectivamente. En el caso de la provincia de Bolívar el 35 por ciento de la tasa observada no es deseada, porcentaje que exime de mayores comentarios; en el otro lado, solo el 8 por ciento de la tasa observada no es deseada en la provincia de Los Ríos (Cuadro 7.6).

Las diferencias entre las tasas de fecundidad deseada, es de tres hijos entre la población femenina sin instrucción y aquellas con nivel superior y de más de dos hijos entre las de índice socioeconómico bajo y las que habitan en viviendas de índice socioeconómico alto.

CUADRO 7.6

TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD, DESEADA, NO DESEADA
Y OBSERVADA, SEGUN CARACTERISTICAS

CARACTERISTICAS	TASAS DE FECUNDIDAD		
	DESEADA	NO DESEADA	OBSERVADA
TOTAL	2.9	0.7	3.6
PROVINCIA			
Carchi	3.1	0.7	3.8
Imbabura	3.4	1.0	4.4
Pichincha	2.6	0.7	3.3
Cotopaxi	3.5	1.4	5.0
Tungurahua	2.8	0.9	3.7
Bolívar	3.3	1.8	5.1
Chimborazo	3.5	1.4	5.0
Cañar	3.2	0.9	4.1
Azuay	3.3	0.6	3.9
Loja	2.7	1.4	4.1
Esméraldas	3.4	1.2	4.7
Manabí	3.0	0.4	3.4
Los Ríos	3.3	0.3	3.7
Guayas	2.6	0.4	3.1
El Oro	3.0	0.5	3.4
NIVEL DE INSTRUCCION			
Ninguno	4.4	1.8	6.2
Primaria incompleta	4.2	1.2	5.4
Primaria completa	3.2	0.8	4.0
Secundaria incompleta	2.6	0.4	3.1
Secundaria completa	2.3	0.3	2.6
Superior	1.4	0.2	2.1
INDICE SOCIOECONOMICO DE LA VIVIENDA			
Bajo	4.3	1.4	5.7
Medio	3.1	0.8	3.9
Alto	2.1	0.3	2.4

FUENTE: ENDEMAIN-94

Capítulo 8

ADULTAS JOVENES (MUJERES DE 15 A 24 AÑOS)

R E S U M E E J E C U T I V O

La maternidad en el Ecuador se inicia a temprana edad. Un tercio de las mujeres de 15 a 24 años de edad ya eran madres; el 27.1 por ciento concibieron premaritalmente. El promedio ideal se sitúa en dos hijos.

Del total de estas mujeres casadas o unidas un 23 por ciento no quiere tener más hijos, (61,0%) prefieren espaciar los nacimientos o tener su primer hijo más tarde.

De todas las mujeres de 15-24 años de edad, 41 por ciento reportó haber tenido experiencia sexual. Los porcentajes de primeras experiencias sexuales en edades inferiores a los 15 años de edad, son más notorios en la costa, siendo predominante en áreas rurales, donde 1 de cada 6 mujeres de 15 a 24 años de edad (18.8%) que declararon experiencia sexual, tuvieron su primera relación antes de cumplir los 15 años de edad. Las mujeres con experiencia sexual, (59%) dijeron que la primera experiencia fue antes de la unión

Sólo cerca del cinco por ciento declaró haber utilizado anticonceptivos, en sus primeras relaciones. Para mujeres con relación antes de la unión solamente 4 por ciento usaron anticonceptivos, siendo con El Salvador y Guatemala los países de más bajo uso en América Latina. Los métodos preferentemente utilizados fueron gestígenos orales en un tercio de los casos y el condón en más de un cuarto, que en conjunto representan el 60 por ciento del uso total.

8. ADULTAS JOVENES (MUJERES DE 15 A 24 AÑOS)

El comportamiento sexual y reproductivo de las adultas jóvenes (mujeres entre 15 y 24 años de edad) constituye objeto de atención prioritaria. La alta incidencia de una fecundidad elevada que presentan las mujeres al comienzo del período reproductivo, relacionada a una iniciación sexual temprana en condiciones de inmadurez física, psicológica y posiblemente en situaciones sociales y económicas adversas, constituye el marco general de análisis del presente capítulo.

Si bien los embarazos a muy temprana edad constituyen parte del patrón cultural de algunos grupos sociales, principalmente de las áreas rurales, sin embargo, representa un obstáculo significativo en el progreso y mejoramiento de la condición de la mujer; generalmente estos embarazos no son deseados, preferentemente en parejas no estables o en uniones consensuales, que en muchos casos terminan en abandono a la mujer y al hijo, repercutiendo negativamente en el desarrollo de los hijos y agravando la situación de la madre soltera, o embarazos que terminan en abortos inducidos o provocados, practicados generalmente en forma empírica y en condiciones sanitarias inadecuadas.

8.1. Fecundidad de adolescentes

La edad a la cual las mujeres inician su vida reproductiva constituye uno de los factores demográficos determinantes de la fecundidad y de consecuencias importantes para: la salud de la madre y el niño; la familia y la sociedad.

El porcentaje de mujeres adolescentes (15 a 19 años de edad) que ya son madres o estaban embarazadas por primera vez al momento de la encuesta representa el 17.5 por ciento

La proporción de adolescentes que ya son madres es mayor en el área rural (16.2%) que en el área urbana (11.1%); a nivel de regiones ligeramente más alta en la sierra, sin diferencias perceptibles a nivel de área rurales de las dos regiones. Entre las dos ciudades más pobladas del país, Quito presenta una proporción ligeramente más alta de madres jóvenes que Guayaquil.

Al relacionar la fecundidad con el nivel de instrucción de la mujer, el comportamiento reproductivo determina una relación inversa; a menor instrucción mayor proporción de madres. Según el Cuadro 8.1, en mujeres adolescentes analfabetas y con algún grado de instrucción primaria, el 32.3 por ciento son madres y un 6.9 por ciento se encuentran esperando su primer hijo, proporción que desciende a medida que los años de instrucción aumentan. Las adolescentes con secundaria completa y algún año de instrucción superior, presentan porcentajes de madres o embarazadas por primera vez que es cerca de 4 veces menor (9%) a lo que acontece con las mujeres analfabetas, o con algún grado de instrucción primaria.

CUADRO 8.1
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADOLESCENTES (15-19 AÑOS) SEGUN CARACTERISTICAS. ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS	PORCENTAJE:		NO TIENEN HIJOS NI EMBARAZADAS	TOTAL	NUMERO DE ADOLESCENTES 15-19
	SON MADRES	EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ			
TOTAL	13.3	4.2	82.5	100.0	2470
AREA Y REGION					
Urbana	11.1	3.5	85.3	100.0	1236
Rural	16.2	5.1	78.7	100.0	1234
Sierra	13.9	2.8	83.3	100.0	1372
Quito	13.3	2.4	81.8	100.0	183
Resto urbano	9.1	2.2	84.3	100.0	395
Rural	16.4	3.2	88.7	100.0	794
Costa	12.9	5.3	80.4	100.0	1098
Guayaquil	11.7	3.0	85.3	100.0	250
Resto urbano	10.8	5.3	83.9	100.0	408
Rural	16.0	7.2	76.7	100.0	440
NIVEL DE INSTRUCCION					
Ninguno y Primaria incompl.	32.3	6.9	60.8	100.0	285
Primaria completa	16.7	4.7	78.6	100.0	817
Secundaria incompleta	8.6	3.5	87.8	100.0	1100
Secundaria comp. y Superior	9.0	3.4	87.6	100.0	268

FUENTE: ENDEMAIN-94

8.1.1. Fecundidad de adultas jóvenes (15-24 años)

La maternidad en el Ecuador se inicia a temprana edad. Según el cuadro 8.2, cerca

de un quinto de las mujeres de 15 a 24 años de edad ya tenían un hijo y un 13.3 por ciento entre 2 y más hijos. Si bien los porcentajes de madres entre los 15 y 16 años de edad son bajos, estos ascienden vertiginosamente a medida que los años avanzan; para mujeres que ya han alcanzado la mayoría de edad, un quinto son madres, de las cuales 16 por ciento tienen un hijo y el 4.2 por ciento dos o más hijos; en mujeres que han alcanzado los 20 años, 3 de cada 7 son madres, de las cuales el 14 por ciento reporta 2 o más hijos. Para las mujeres de 24 años, 3 de cada 5 (63.4%) ya han tenido por lo menos un hijo y cerca del 40 por ciento han tenido 2 o más hijos. Cabe especificar que madres cuya edad se ubica en el rango de 20 a 24 años de edad declararon hasta 6 hijos nacidos vivos; sin embargo, un importante 40 por ciento tenían entre 2 y 4 hijos.

A nivel de áreas, es en la rural donde se produce un mayor porcentaje de madres adultas jóvenes. Un quinto declararon tener un hijo y el 17 por ciento tienen dos o más. La maternidad de las adultas jóvenes es más elevada para mujeres sin educación, 6 de cada 10 ya tienen hijos y en partes casi iguales reportaron un hijo y dos o más, comportamiento que se invierte totalmente para el caso de mujeres con instrucción secundaria y superior, en las cuales cerca de las tres cuartas partes (75.1. y 77.1% respectivamente) no son madres, mientras las que reportaron tener hijos se concentran preferentemente en un hijo. Los diferenciales son evidentes según el estrato socio económico de la vivienda, mientras en las del nivel bajo, un quinto tienen dos o más hijos, sólo un 6 por ciento del estrato alto. Por estado civil se observa un comportamiento esperado, mayor incidencia de maternidad en las casadas o unidas quienes presentan mayor fecundidad; sin embargo alrededor de un cinco por ciento de las solteras tienen por lo menos un hijo, mientras que en las mujeres separadas, viudas o divorciadas cerca de 9 de cada 10 son madres que han sido abandonadas.

CUADRO 8.2
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTAS JOVENES DE 15 A 24 AÑOS POR NUMERO
DE HIJOS Y PROMEDIO DE HIJOS SEGUN CARACTERISTICAS**

CARACTERISTICAS	NUMERO DE HIJOS			TOTAL	PROMEDIO DE HIJOS (15-24)	NUMERO DE MUJERES (15-24)
	0	1	2 Y +			
TOTAL	68.6	18.1	13.3	100	0.5	4923
EDAD						
15	97.9	2.1	-	100	-	518
16	95.7	3.6	0.7	100	0.1	487
17	86.1	11.1	2.8	100	0.2	480
18	79.5	16.2	4.2	100	0.3	518
19	70.7	21.6	7.7	100	0.4	467
20	58.1	28.3	13.6	100	0.6	491
21	47.6	27.9	24.6	100	0.8	424
22	42.9	31.1	26.1	100	0.9	506
23	39.4	28.0	32.5	100	1.1	502
24	36.6	24.8	38.6	100	1.3	530
AREA Y REGION						
Urbana	71.8	17.4	10.9	100	0.4	2526
Rural	64.4	19.0	16.6	100	0.6	2397
Costa	69.5	17.2	13.3	100	0.5	2137
Sierra	67.6	19.1	13.3	100	0.5	2786
PROVINCIA						
Carchi	64.7	21.6	13.7	100	0.6	244
Imbabura	73.4	17.6	8.9	100	0.4	241
Pichincha	66.6	19.8	13.6	100	0.5	674
Cotopaxi	61.8	20.0	18.2	100	0.6	203
Tungurahua	63.9	23.3	12.8	100	0.5	233
Bolívar	65.0	20.8	14.2	100	0.6	207
Chimborazo	62.1	21.5	16.4	100	0.6	195
Cañar	68.5	15.5	16.0	100	0.5	255
Azuay	70.5	18.0	11.5	100	0.5	282
Loja	76.0	13.7	10.4	100	0.4	252
Esmeraldas	62.5	19.8	17.7	100	0.6	292
Manabí	71.0	15.7	13.4	100	0.5	353
Los Ríos	62.2	16.6	21.4	100	0.7	408
Guayas	71.6	17.4	11.0	100	0.4	816
El Oro	69.1	18.5	12.4	100	0.5	268
NIVEL DE INSTRUCCION						
Ninguno	37.6	30.4	32.0	100	1.2	113
Primario	59.4	19.7	20.9	100	0.7	2103
Secundario	75.1	16.2	8.7	100	0.4	2365
Superior	77.1	19.5	3.4	100	0.3	342
INDICE SOCIO-ECONOMICO DE LA VIVIENDA						
Bajo	55.9	22.0	22.1	100	0.8	1015
Medio	63.4	19.9	16.7	100	0.6	2250
Alto	79.5	14.5	6.0	100	0.3	1650
ESTADO CIVIL						
Soltera	94.8	4.5	0.7	100	0.1	2687
Casada/Unida	21.5	40.6	37.8	100	1.3	2080
Sep/Viu/Div.	14.9	63.3	21.7	100	1.2	156

FUENTE: ENDEMAIN-94

El promedio de hijos de todas las mujeres de 15 a 24 años de edad (cuadro 8.2) es ascendente con la edad, a nivel total es de 0.5 hijos, casi triplicado a 1.3 para las mujeres de 24 años de edad, promedio similar para las analfabetas y aquellas alguna vez unidas.

8.2 Preferencias reproductivas de adultas jóvenes

CUADRO 8.3

DESEO DE HIJOS Y PROMEDIO IDEAL DE HIJOS DE ADULTAS JOVENES CASADAS O UNIDAS (15-24 AÑOS),
SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94.

CARACTERISTICAS	DESEO ACTUAL			TOTAL	PROMEDIO IDEAL DE HIJOS	Nº DE CASOS
	Quiere hijos	No quiere más hijos	Indecisa			
TOTAL	61.0	32.6	6.4	100.0	2.4	2080
GRUPOS DE EDAD						
15-19	69.9	24.7	5.4	100.0	2.2	540
20-24	57.1	36.2	6.8	100.0	2.5	1540
AREA Y REGION						
Urbana	60.2	33.1	6.8	100.0	2.3	1020
Rural	61.9	32.2	5.9	100.0	2.5	1060
Sierra	60.2	34.3	5.5	100.0	2.4	1103
Quito	55.0	43.1	1.9	100.0	2.1	172
Resto urbano	63.9	29.8	6.3	100.0	2.4	321
Rural	60.7	32.7	6.6	100.0	2.5	610
Costa	61.5	31.4	7.1	100.0	2.4	977
Guayaquil	60.9	30.7	8.4	100.0	2.1	173
Resto urbano	60.2	31.7	8.1	100.0	2.4	354
Rural	63.0	31.7	5.3	100.0	2.5	450
NIVEL DE INSTRUCCION						
Ninguno y Primaria incomp.	55.2	37.7	7.1	100.0	2.7	347
Primaria completa	56.7	37.0	6.3	100.0	2.5	772
Secundaria incompleta	61.6	32.9	5.5	100.0	2.2	575
Secundaria comp.y Superior	72.1	20.9	7.1	100.0	2.3	386
Nº DE HIJOS						
0	83.6	10.2	6.2	100.0	2.2	360
1	67.6	25.4	7.0	100.0	2.3	886
2	43.0	52.1	4.9	100.0	2.6	570
3 y más	26.9	65.3	7.8	100.0	2.9	264

FUENTE: ENDEMAIN-94

Las preferencias de fecundidad de las adultas jóvenes (15-24 años de edad) casadas o unidas, se observa a través del deseo de tener más hijos (o su primer hijo en caso de las que no tenían), información que se clasifica en tres grupos: el primero, conformado por las que quieren hijos, el segundo por las que no desean más hijos y por aquellas que se encuentran indecisas. Además se explicita a través del promedio ideal de hijos, si pudiera elegir exactamente los hijos que tendría en toda su vida.

8.2.1. Deseo de hijos

En las metas reproductivas es muy importante tener en cuenta el ritmo de formación de la familia por diversas razones entre las cuales se destacan las consecuencias de salud, principalmente los nacimientos de períodos intergenésicos cortos, ya que tiende a disminuir las probabilidades de sobrevivencia de los hijos y a complicar los embarazos de las madres muy jóvenes; otro aspecto se relaciona con la edad de la madre al tener el primer hijo y las complicaciones socio-económicas y del desarrollo personal de la mujer.

Para el total de las mujeres entre los 15 y 24 años de edad, casadas o unidas (Cuadro 8.3), un 32.6 por ciento no quiere tener más hijos (o no desea tener hijos), mientras el (60.0%) quiere hijos, sin distinguir el tiempo que desearía esperar.

Es menester destacar que entre adolescentes de 15 a 19 años de edad, una cuarta parte ya no desean tener más hijos o no tener hijos, proporción que asciende a 36.2 por ciento para el siguiente grupo etario (20-24), grupo que es el de mayor aporte a la fecundidad total de todas las mujeres en edad fértil.

El deseo de no tener (más) hijos está relacionado inversamente a las variables que están influenciando en una fecundidad más alta, así los porcentajes de no deseo son mayores según el ámbito geográfico (áreas rurales, Sierra, y la ciudad de Quito); de acuerdo al nivel de instrucción sobresalen las mujeres analfabetas y de primaria incompleta (37.7%), se trata de mujeres que han iniciado su vida reproductiva a edades tempranas y tienen una mayor fecundidad. El porcentaje de no deseo de hijos de las analfabetas y primaria incompleta, casi duplica a lo observado en las que tienen instrucción secundaria completa y superior.

El deseo de tener (más) hijos esta relacionado inversamente con el número de hijos nacidos vivos tenidos, a medida que asciende el número de hijos tenidos, el deseo de tener más desciende. De las madres con 3 y más hijos, un 26.9 por ciento mencionó querer más hijos, mientras entre las que aún no tienen hijos el deseo es de 83.6 por ciento, de las cuales la generalidad desea tenerlos más tarde.

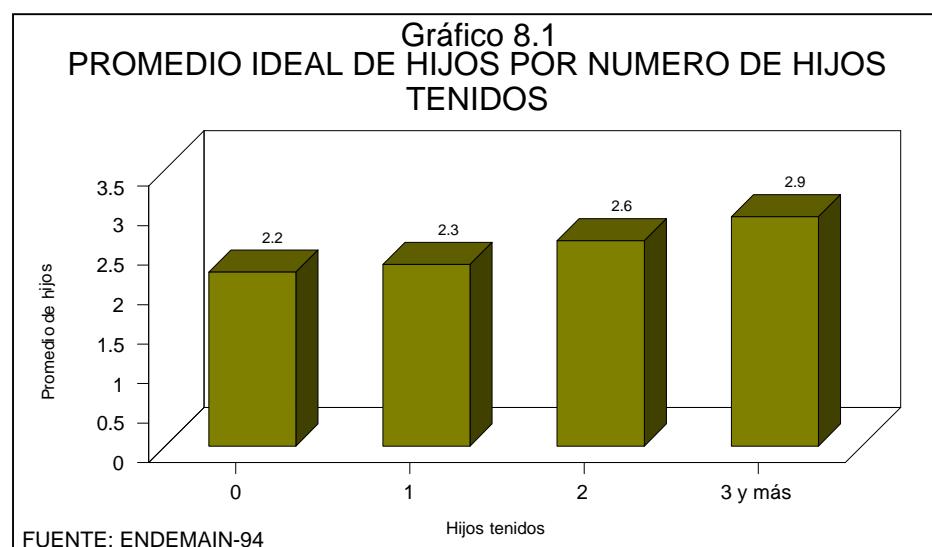
8.2.2 Promedio ideal de hijos

El número de hijos deseados por mujeres adultas jóvenes es un indicador de las aspiraciones reproductivas de estas generaciones. Puede dar una idea del nivel probable de la fecundidad futura en la medida en que estas mujeres logren sus metas, en cuanto al tamaño de familia deseada.

La información del número de hijos deseados (Cuadro 8.3) fue obtenida mediante preguntas distintas dependiendo de la experiencia reproductiva de las mujeres. A las nulíparas se les preguntó "¿si pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría

en toda su vida, cuántos serían?", mientras que para aquellas que ya eran madres, "¿Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendrían en toda su vida, cuántos serían?". Estas preguntas presentan limitaciones, ya que al ser una pregunta hipotética, las respuestas son independientes de las aspiraciones personales (sin considerar las aspiraciones del futuro compañero o del compañero) o reflejar la norma social esperada, para el caso de adultas jóvenes que ya son madres es posible que su actitud a futuro esté condicionada por el nivel reproductivo alcanzado.

Para el cálculo, del número promedio ideal de hijos, se excluyó la información no numérica "los que dios mande", "los que vengan". (solamente 3% son excluidos). El promedio ideal para las adultas jóvenes se sitúa en alrededor de dos hijos y medio, sin claras



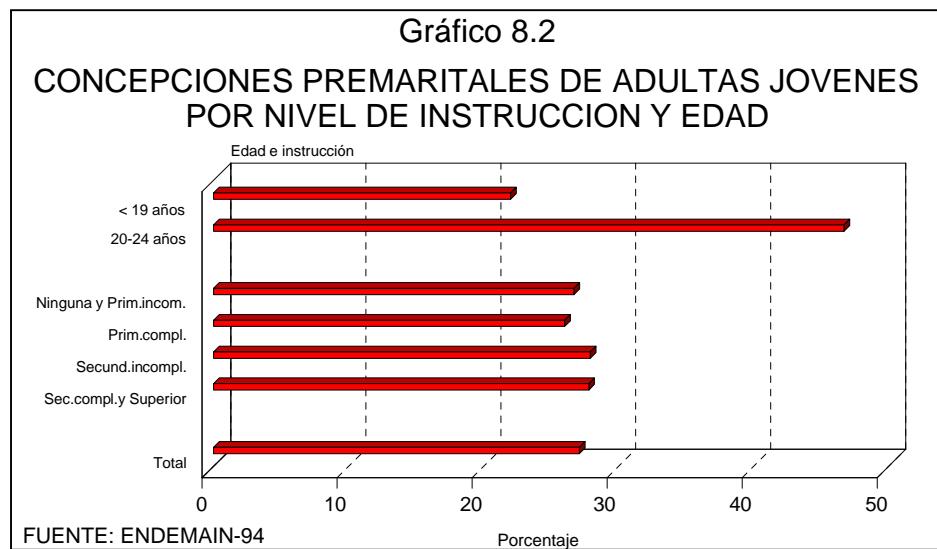
diferenciaciones a nivel de los dominios de estudio, sin embargo al clasificar por el número de hijos nacidos vivos tenidos, el ideal de hijos mencionados parece tener consecuencias en el comportamiento reproductivo pasado (Gráfico 8.1), en vez de una anticipación de lo que podría pasar en el futuro, los valores obtenidos reflejan un ideal de hijos ya tenidos. Unicamente para las madres con dos o más hijos el promedio se ubica en alrededor de tres hijos.

8.3 Concepciones premaritales

Los determinantes y las consecuencias de la actividad sexual premarital en la adolescencia y de adultas jóvenes son temas que han recibido recientemente una especial importancia. Por estas razones es de particular utilidad la medición del grado de cambio en la propensión a tener relaciones sexuales premaritales, sus factores asociados y las tendencias a través del tiempo.

En el Cuadro 8.4, se estima el porcentaje de primeros hijos que fueron concebidos premaritalmente (de mujeres algunas vez embarazadas y alguna vez unidas), comparando la fecha del nacimiento del primer hijo con la

fecha de la primera unión. En general, con este cálculo, el 27,1 por ciento de mujeres alguna vez en unión de 15-24 años de edad concibieron premaritalmente.



CUADRO 8.4

PORCENTAJE DE HIJOS QUE FUERON CONCEBIDOS PREMARITALMENTE^{1/} DE MUJERES ALGUNA VEZ EMBARAZADAS^{2/} DE 15-24 AÑOS, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO			Nº DE CASOS
	Antes de casarse/unirse	Primeros 7 meses de matrimonio/union	Total de concepciones pre-maritales	
TOTAL	11.7	15.4	27.1	1375
RESIDENCIA				
Sierra	18.3	21.7	40.0	683
Quito	18.1	33.1	51.2	131
Resto urbano	15.7	14.1	29.8	213
Rural	19.8	19.3	39.1	339
Costa	7.3	11.3	18.6	692
Guayaquil	8.4	17.7	26.1	141
Resto urbano	7.8	8.9	16.7	252
Rural	6.7	9.0	15.7	299
EDAD A LA PRIMERA UNION				
< 19	8.4	13.6	22.0	1099
20-24	24.5	22.2	46.7	276
NIVEL DE INSTRUCCION				
Ninguno y Primaria incomp.	15.6	11.1	26.7	161
Primaria completa	13.3	12.7	26.0	493
Secundaria incompleta	10.9	17.0	27.9	420
Secundaria comp.y Superior	8.8	19.0	27.8	301

^{1/} Por fecha del primer nacimiento relacionado con la fecha de la primera unión.

^{2/} Excluye mujeres embarazadas por primera vez.

FUENTE: ENDEMAIN-94

Los mayores diferenciales en las proporciones de nacimientos concebidos premaritalmente se presenta entre las dos regiones en estudio, donde la sierra presenta el doble que la costa (40 y 18.6% respectivamente), diferencia explicable quizás por la mayor frecuencia de uniones consensuáles o libres en esta región que posiblemente dan inicio a partir de la primera relación sexual; en cambio en la sierra, existe un predominio de matrimonios legales y culturalmente en algunos grupos sociales, el matrimonio se realiza posteriormente al nacimiento del o los hijos.

De acuerdo a la edad de la primera unión, entre las mujeres unidas de 20 a 24 años, la proporción de los embarazos premaritales son el doble de lo que acontece cuando la mujer se ha casado o unido antes de los 20 años de edad (22 y 46.7 % en ese orden). A nivel del total de las concepciones premaritales, no existe una clara asociación por educación, pero la proporción de nacimientos dentro de los primeros siete meses de unión, es más alta para aquellas mujeres que tuvieron educación secundaria o superior (Cuadro 8.4).

8.4 Primera experiencia sexual y uso de anticonceptivos

Entre las mujeres adultas jóvenes, el 24.2 por ciento, reportó haber tenido relaciones sexuales premaritales, según la edad, los porcentajes de experienciasexual, asciende con la edad, encontrando su máximo valor en 23 años (37.8%), en mujeres de 19 años (23%) han tenido experiencia sexual antes de la unión en relación al 15 por ciento de mujeres casadas unidas de la misma edad. La experiencia sexual premarital, es más alta en las áreas rurales de las dos regiones, en Quito (26.3%) en Guayaquil (25.6%). Según el nivel de instrucción a mayor educación, los porcentajes de experienciapremarital son menores. (Cuadro 8.5).

Los porcentajes, cuando la primera experiencia sexual, acontece durante el matrimonio o unión, son menores a los reportados como premaritales, en todos los casos, exceptuándose en el resto urbano de la sierra y para aquellas mujeres de instrucción superior.

CUADRO 8.5

PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-24 AÑOS DE EDAD, POR EXPERIENCIA SEXUAL DECLARADA,
SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS	PRIMERA EXPERIENCIA SEXUAL			TOTAL	Nº DE CASOS
	Antes de unión	Casadas/un ida	no ha tenido relaciones		
TOAL	24.2	16.5	59.3	100.0	4923
Edad en años cumplidos					
15	6.6	2.3	91.2	100.0	518
16	10.3	4.3	85.4	100.0	487
17	17.1	7.4	75.5	100.0	480
18	23.9	9.7	66.5	100.0	518
19	23.4	14.5	62.1	100.0	467
20	30.6	21.9	47.5	100.0	491
21	34.2	25.6	40.2	100.0	424
22	36.8	29.6	33.6	100.0	506
23	37.8	32.2	30.0	100.0	502
24	36.4	33.7	29.8	100.0	530
Area					
Urbana	22.5	14.8	62.7	100.0	2526
Rural	26.5	18.9	54.6	100.0	2397
Sierra	26.3	12.9	60.8	100.0	401
Quito					
Resto Urbano	16.0	17.7	66.3	100.0	841
Rural	25.5	18.6	55.9	100.0	1544
Costa	25.6	11.1	63.3	100.0	463
Guayaquil					
Resto urbano	22.2	16.9	60.9	100.0	821
Rural	27.8	19.3	52.9	100.0	853
Nivel de instrucción					
Ninguno	34.1	28.7	37.2	100.0	113
Prim. incompleta	36.0	26.1	37.8	100.0	492
Prim. completa	30.4	18.8	50.8	100.0	1611
Sec. incompleta	19.4	11.6	68.9	100.0	1702
Sec. completa	21.6	17.6	60.8	100.0	663
Superior	14.0	16.3	69.7	100.0	342

FUENTE: ENDEMAIN-94

A nivel total entre las mujeres adultas jóvenes un 59.3 por ciento no ha tenido experiencias sexuales, los valores más altos corresponden a las mujeres más jóvenes, residentes de áreas urbanas y con mejor nivel de instrucción.

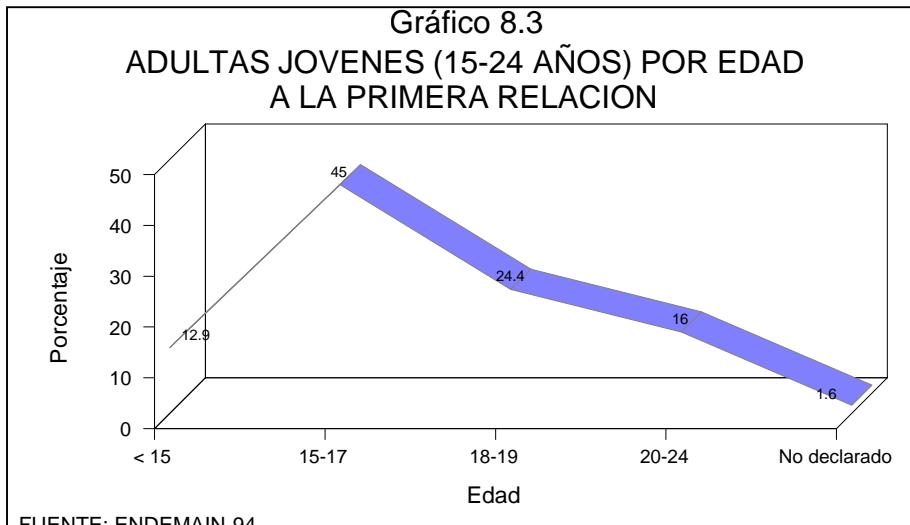
CUADRO 8.6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15-24 AÑOS, QUE TUVIERON RELACIONES SEXUALES, POR EDAD A LA PRIMERA RELACION, SEGUN RESIDENCIA E INSTRUCCION

RESIDENCIA E INSTRUCCION	EDAD A LA PRIMERA RELACION					TOTAL	Nº DE CASOS
	< 15	15-17	18-19	20-24	NO DECLARADO		
TOTAL	12.9	45.0	24.4	16.0	1.6	100	2526
RESIDENCIA							
Sierra	9.3	46.1	26.8	15.8	2.0	100	1398
Quito	6.7	46.7	25.9	18.5	2.2	100	204
Resto urbano	7.5	43.0	28.0	20.4	1.1	100	377
Rural	11.0	47.2	26.6	12.8	2.3	100	817
Costa	15.9	44.2	22.4	16.1	1.3	100	1128
Guayaquil	13.0	43.5	22.4	19.3	1.8	100	207
Resto urbano	14.8	40.2	25.6	17.8	1.5	100	411
Rural	18.8	48.0	19.7	12.6	0.9	100	510
NIVEL DE INSTRUCCION							
Ninguno y Primaria incomp.	27.3	48.1	16.0	6.7	2.0	100	425
Primaria completa	16.8	47.5	23.5	11.2	0.9	100	961
Secundaria incompleta	8.6	52.3	24.4	12.7	2.0	100	685
Secundaria comp.y Superior	1.5	28.1	32.3	36.0	2.2	100	455

FUENTE: ENDEMAIN-94

Las proporciones de mujeres adultas jóvenes que tuvieron experiencia sexual de acuerdo a la edad de su primera relación, alcanzan un máximo entre las edades 15 a 17 años e inicia un descenso pronunciado hasta los 20-24 años de edad (Gráfico 8.3).



Este comportamiento se visualiza también de acuerdo al lugar de residencia con pequeñas modificaciones en los niveles alcanzados. La forma de la curva guarda la misma relación, de acuerdo a los niveles de instrucción, principalmente para las analfabetas y primaria incompleta y secundaria incompleta (menos de 6 años). La cúspide de la curva se dilata entre las edades 15-17 y 18-19 años para las mujeres adultas jóvenes que alcanzaron secundaria completa y superior

La primera experiencia sexual antes de cumplir los quince años de edad es inversamente asociada con la educación: a menos años de estudio mayor porcentajes de mujeres cuya primera experiencia fue antes de cumplir los 15 años, las diferencias son de 18 veces mayor en mujeres analfabetas y primaria incompleta, comparadas con las de instrucción secundaria completa y superior.

Los porcentajes de primeras experiencia sexuales en edades inferiores a los 15 años de edad, son más pronunciados en la costa (15.9% en relación a la sierra), predominante en áreas rurales, donde 1 de cada 6 mujeres de 15 a 24 años de edad (18.8%) que declararon experiencia sexual, tuvieron su primera relación antes de cumplir los 15 años de edad, porcentaje que se incrementa al 67 por ciento antes de alcanzar la mayoría de edad. (ver Cuadro 8.6)

CUADRO 8.7

PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-24 AÑOS DE EDAD, QUE USO METODOS ANTICONCEPTIVOS
EN LA PRIMERA RELACION, POR ESTADO CIVIL, SEGUN EDAD

EDAD	ESTADO CIVIL A LA PRIMERA RELACION					
	TOTAL MUJERES		ANTES DE UNION		CASADAS O UNIDAS	
	Porcentaje	Nº de casos	Porcentaje	Nº de casos	Porcentaje	Nº de casos
TOTAL	4.8	2526	3.9	1435	6.1	1091
< 18	4.4	1488	3.7	919	5.7	569
18-19	4.5	635	4.0	335	5.2	300
20-24	6.5	358	4.7	160	8.4	198
No declarado	3.9	45	*	21	*	24

FUENTE: ENDEMAIN-94

Las adultas jóvenes que declararon actividad sexual y utilizaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual fueron apenas el 4.8 por ciento, prevalencia que casi se ha mantenido en los últimos cinco años a nivel total (5% en ENDEMAIN-89); aunque es menester indicar que los niveles alcanzados para las edades a la primera relación se han modificado principalmente para aquellas cuya relación fue antes de cumplir la mayoría de edad, en algunos casos la prevalencia se ha duplicado.

El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual antes de la unión es 4 por ciento para todas las mujeres, siendo para mujeres cuya primera experiencia fue después de casadas o unidas, 6 por ciento, valor que incide en el porcentaje de todas las mujeres. El nivel de uso de 4 por ciento es igual a El Salvador y Guatemala que son los más bajos en América Latina.

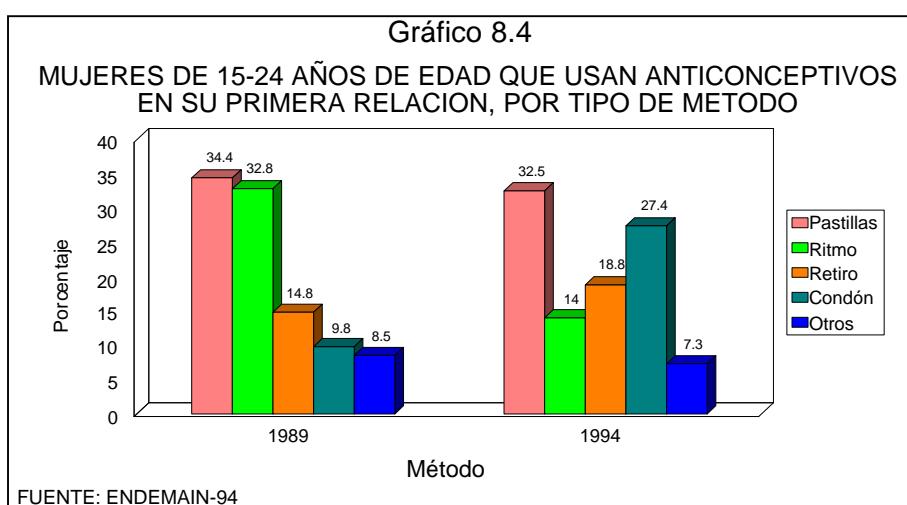
La prevalencia anticonceptiva a la primera relación, es en general más alta para las mujeres que se encontraban casadas o unidas, que para los que eran solteras. La mayor diferencia entre estas mujeres, se produce en el grupo de 20-24 años de edad (8.4 vrs 4.7), para casadas y solteras respectivamente.

Los métodos mayormente utilizados (Gráfico 8.4) fueron anticonceptivos orales en un tercio de los casos y el condón en más de un cuarto, estos que en conjunto representan el 60 por ciento del uso total; dentro de los otros métodos cobra importancia el retiro (18.8%) y el ritmo (14.4 %). A pesar del bajo número de casos de mujeres solteras o desunidas, el tipo de método predominantemente utilizado en su primera relación sexual fue el condón seguido en orden aunque distante por el retiro.

En el mismo gráfico al comparar los años 1989 y 1994 el uso del ritmo bajo considerablemente, en cambio el uso del condón se triplicó.

De acuerdo a la prevalencia anticonceptiva en la primera relación sexual de mujeres adultas jóvenes la gran mayoría estaba en riesgo de embarazarse en su primera relación, por no utilizar anticonceptivos.

Aquellas que planificaron su relación, un porcentaje importante utilizó métodos menos efectivos, como el retiro y el ritmo, preferentemente en mujeres cuya relación fue premarital.



8.5 Actividad sexual

CUADRO 8.8
PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-24 AÑOS, ACTIVAS SEXUALMENTE, QUE TUVIERON RELACIONES SEXUALES EN EL MES ANTERIOR A LA ENCUESTA Y USARON ANTICONCEPTIVOS, SEGUN ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	PORCENTAJE DE ACTIVAS SEXUALMENTE	Nº DE CASOS	PORCENTAJE USANDO ANTICONCEPTIVOS	Nº DE CASOS
Casadas/unidas	75.3	2080	49.4	1534
No unidas	12.1	476	33.9	55
TOTAL	61.1	2556	48.7	1589

FUENTE: ENDEMAIN-94

La probabilidad que una mujer quede embarazada, está en función de la frecuencia de relaciones sexuales en ausencia de protección anticonceptiva. Con el fin de determinar el riesgo del embarazo de las mujeres jóvenes, se investigó sobre la actividad sexual. El 40.7 por ciento de todas las encuestadas de 15-24 años de edad declararon actividad sexual

alguna vez, de ellas el 61.1 por ciento se encontraban sexualmente activas, es decir, reportaron relaciones sexuales durante el mes anterior a la entrevista; 75.3 por ciento de las casadas o unidas y un octavo de las no unidas (solteras, viudas, divorciadas o separadas).

Del total de mujeres que se encontraban activas sexualmente, cerca de la mitad (48.7%) utilizaron algún método, principalmente las mujeres casadas o unidas (Cuadro 8.8)

CUADRO 8.9
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15-24 AÑOS, QUE HAN TENIDO RELACIONES EN EL ULTIMO MES, POR ESTADO CIVIL, SEGUN FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES

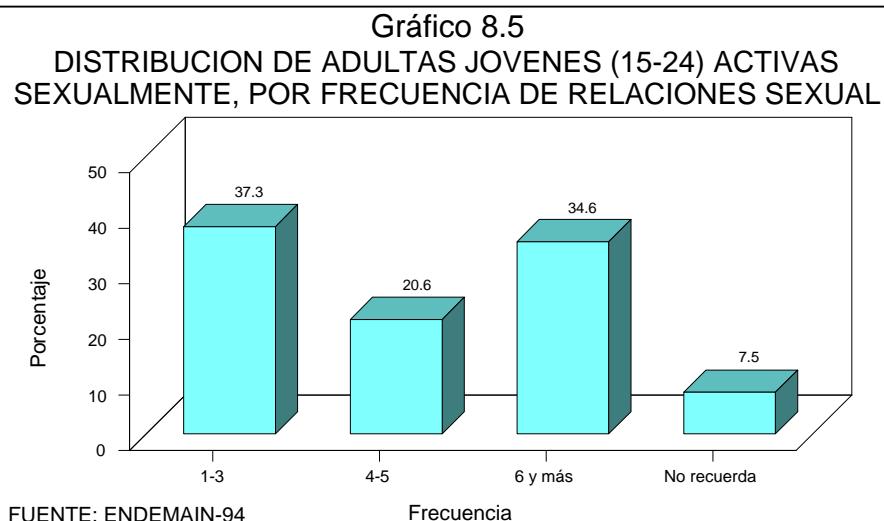
FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES	ESTADO CIVIL		TOTAL
	Casadas/ unidas	No casadas/ no unidas	
1-3	36.2	62.8	37.2
4-5	20.5	20.9	20.6
6 y más	35.9	5.1	34.6
No recuerda/no responde	7.3	11.2	7.5
TOTAL	100	100	100
Nº de casos	1534	55	1589

FUENTE: ENDEMAIN-94

La frecuencia de las relaciones sexuales tiene comportamientos diversos de acuerdo al estado civil de la mujer; para aquellas que se encuentran en unión la mayor frecuencia se concentra en 6 y más veces al mes (35.9%); mientras que en las mujeres solteras o

desunidas las mayores frecuencias se presentan en el rango de 1 a 3 veces mensualmente (62.8%), sin duda porque las relaciones en este grupo son más eventuales.

La distribución para las casadas se encuentra en los dos extremos 1 a 3 y 6 y más relaciones sexuales por mes. (Cuadro 8.9)



Capítulo 9

MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

R E S U M E E J E C U T I V O

La mortalidad infantil ecuatoriana registra una tendencia decreciente; la encuesta sitúa en 40 defunciones de niños menores a un año por cada mil nacidos vivos. Las muertes neonatales (22 por mil) representan el 55 por ciento, de la mortalidad infantil. En el decurso de siete años se ha operado un descenso del 31 por ciento en la mortalidad infantil, a pesar de lo cual el nivel continúa siendo alto.

La probabilidad de que un niño ecuatoriano muera antes de cumplir 5 años de vida es de 51 por cada 1000 nacidos vivos. Los mayores descensos de la mortalidad se producen entre los niños de 1 a 4 años.

La mortalidad infantil urbana es de 28 por cada 1000 nacidos vivos, un poco más de la mitad de la rural, la cual llegó a un nivel de 51 por 1000 nacidos vivos, reflejo de las precarias condiciones socioeconómicas de esta última.

Un niño cuya madre es analfabeta, tiene 7 veces más riesgo de morir que aquel cuya madre cuenta con instrucción superior. Según el nivel socioeconómico, los niños del nivel bajo tienen el doble de probabilidades de morir que los del nivel alto.

La mortalidad infantil es más alta para hombres que para mujeres (42 y 36 respectivamente); altas tasas de mortalidad se producen en madres con más de 30 años, debido a factores de riesgo reproductivo relacionados con la edad.

Si bien se han operado cambios importantes, todavía encontramos niveles de mortalidad infantil tan altos como los que registran países africanos. La "baja" mortalidad observada en las provincias de Pichincha y Guayas, rebasa en tres veces la observada en países desarrollados. No es difícil concluir que los esfuerzos realizados no han sido suficientes y los avances reconocidos se presentan desiguales.

9. MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

La mortalidad infantil es una variable demostrativa del nivel económico y social en el que se desenvuelve una población determinada.

A través del tiempo se observa que las disminuciones logradas en esta materia, están en función de las magnitudes con las que se incrementan los niveles de vida de la población.

Los reportes estadísticos muestran, que la salud de los seres humanos es más vulnerable en los primeros años de su vida, decrece a partir de los cinco años y se vuelve a incrementar a niveles altos en las edades finales del ciclo vital (60 y más años).

En el presente capítulo nos referiremos a la mortalidad infantil, (defunciones ocurridas antes del primer año), dividida en dos rangos de edad: la neonatal (0-28 días) y la postneonatal (de 29 días a 11 meses y 29 días) y la mortalidad en la niñez que clasifica las defunciones ocurridas de los 12 a los 59 meses cumplidos. De esta manera se cubre gran parte de los aspectos más relevantes del estudio de la mortalidad.

En la ENDEMAIN-94 se obtuvo la historia de nacimientos de cada una de las mujeres entrevistadas, en la que se averiguó el sexo, fecha de nacimiento, edad actual y la condición de sobrevivencia de cada hijo nacido vivo. En el caso de los nacidos vivos que fallecieron se registró la edad a la que ocurrió el deceso. Esta información permite la estimación directa e indirecta de los niveles, tendencias y diferenciales de mortalidad infantil y de la niñez en los 10 años previos a la encuesta.

El informe analiza los niveles, tendencias y diferenciales, a través de las tasas de mortalidad infantil (1q0), que indica la probabilidad que tiene un niño de morir antes de cumplir su primer año de vida, (4q1) la probabilidad de morir entre el primer año y antes de cumplir los cuatro años y finalmente la mortalidad de la niñez (5q0), probabilidad de muerte hasta los cinco primeros años de vida.

9.1 Niveles y tendencias

Al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos, la mortalidad infantil ecuatoriana registra una tendencia decreciente; al comparar la encuesta ENDESA-87, en la que, para el quinquenio 82-87 se registra una tasa de 58 por mil y la ENDEMAIN 94 la cual sitúa el nivel en 40, se observa una disminución en la tasa de mortalidad infantil, a pesar de lo cual, el último nivel registrado continúa siendo alto. La estadística indica que en los promedios de muertes infantiles por mil nacidos vivos se ha operado un descenso del 31 por ciento en el decurso de siete años.

CUADRO 9.1
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y DE LA NIÑEZ
SEGUN VARIAS ENCUESTAS

ENCUESTAS	Mortalidad neonatal (MN)	Mortalidad postneonatal (MPN)	Mortalidad infantil (1q0)	Mortalidad en la niñez (4q1)	Mortalidad en menores de cinco años (5q0)
ENDESA (82-87)	36	22	58	25	82
ENDEMAIN-89 (87) ^{a)}	-	-	53	17	70
ENDEMAIN-94 (89-94)	22	18	40	12	51

a/ Método indirecto para 1989

El descenso de las tasas, ha implicado también una disminución en las muertes neonatales (hasta 28 días de vida; no obstante estas constituyen la mayor proporción de las muertes ocurridas antes del primer año de vida. En el Cuadro 9.1, con datos de la ENDESA-87, en la tasa de mortalidad infantil que fue de 58 por cada mil nacidos vivos para el período 1982-87, el aporte de las muertes neonatales fue del 62 por ciento. Cuando la tasa de mortalidad infantil baja a 40 para el período 1989-94, el peso de las muertes neonatales disminuye a 55 por ciento. Esta sin embargo, no es la tendencia esperada, las declinaciones de la mortalidad conllevan aumentos relativos en el peso de las muertes neonatales, lo cual nos llevaría a pensar que el nivel general de mortalidad estaría subestimado, como consecuencia principalmente de omisiones en las muertes neonatales. Las explicaciones para que se produzcan omisiones en los registros de estas muertes, se deben a que frecuentemente la declaración de fechas de nacimiento y defunción son de mala calidad; también se anota que aquellas defunciones que se producen en las primeras horas o primeros días de vida, componentes importante de las muertes neonatales, en la mayoría son consideradas como mortinatos y por lo tanto no declarados realmente como nacidos vivos y luego fallecidos, afectando la integridad del registro.

De requerirse inferencias específicas, estas deberán basarse en análisis exhaustivos de la historia de nacimientos.

En el período de referencia (1989-1994), la probabilidad de que un niño ecuatoriano muera antes de cumplir 5 años de vida es de 51 por cada 1000 nacidos vivos, treinta y ocho por ciento más baja que la probabilidad determinada por la ENDESA-87 (82 por cada mil nacidos vivos). En términos porcentuales los mayores descensos de la mortalidad se producen entre los niños de 1 a 4 años, que en los últimos siete años ven aumentar sus probabilidades de vivir en más del cincuenta por ciento.

CUADRO 9.2
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ*, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS:
JUNIO DE 1989 A MAYO DE 1994

CARACTERISTICAS	EDAD DEL NIÑO AL MORIR			EN LA NIÑEZ (1-4 años)	TOTAL (0-4 años)	Nº de nacimientos			
	INFANTIL		Postneonatal						
	Total	Neonatal							
TOTAL PAÍS	40	22	18	12	51	8938			
AREA Y REGION:									
- Urbana	30	18	12	7	35	4022			
- Rural	52	28	24	16	67	4916			
- Sierra	47	25	22	16	63	5414			
□ Quito	24	19	5	11	34	716			
□ Resto Urbano	40	19	21	7	47	1285			
□ Rural	58	30	28	21	78	3416			
- Costa	32	19	13	7	38	3524			
□ Guayaquil	28	14	14	6	33	717			
□ Resto Urbano	27	18	9	6	33	1304			
□ Rural	38	23	15	9	47	1503			
INSTRUCCION:									
- Ninguna	79	41	38	23	101	787			
- Primaria	44	24	20	16	59	4724			
- Secundaria	31	20	11	3	34	2070			
- Superior	11	7	4	1	13	726			
INDICE SOCIOECONOMICO DE LA VIVIENDA:									
- Bajo	56	31	25	17	73	2613			
- Medio	38	21	17	12	50	4171			
- Alto	27	17	10	5	31	2154			

* Tasas por mil nacidos vivos

FUENTE: ENDEMAIN-94

La mortalidad infantil urbana es de 30 por cada 1000 nacidos vivos, un poco más de la mitad de la rural, la cual llegó a un nivel de 52 por 1000 nacidos vivos. Así mismo, la mayor concentración de defunciones en el período neonatal en el área urbana (60 % de las muertes infantiles), comparada con el 54 por ciento en la rural, es fiel reflejo de las diferentes condiciones imperantes en los lugares y entornos de estos dos contextos.

Según el mismo Cuadro 9.2, la mortalidad infantil y en la niñez de la región costa es más baja que la de la sierra, hecho que está determinado por los menores niveles de mortalidad en el área rural de la primera: 38 de mortalidad infantil y 9 de mortalidad en la niñez (1-4 años), en comparación con 58 y 21 por mil, en ese orden en la segunda. Tanto en Quito como en Guayaquil y otras ciudades de la costa la mortalidad infanto-juvenil no presenta variaciones significativas.

Los datos corroboran que el factor más importante en la generación de diferenciales de la mortalidad infantil es el nivel de instrucción alcanzado por las madres. A nivel país, el niño

cuya madre es analfabeta tiene 7 veces más riesgo de morir en el primer año, que aquél cuya madre cuenta con instrucción superior. En estos dos grupos de mujeres según el nivel de instrucción, casi la mitad de las muertes infantiles de mujeres sin instrucción son postneonatales (48 %), en comparación al 36 por ciento en el caso de hijos de mujeres con los más altos niveles de instrucción. En general, las más grandes diferencias en la mortalidad de niños menores de 5 años se da en la mortalidad postneonatal y en la niñez.

Otras diferencias en la mortalidad son con respecto a las características de la vivienda y al nivel socioeconómico como medida resumen de estas condiciones. El diferencial en la mortalidad es amplio, al grado que los niños del nivel bajo tienen una probabilidad de morir que supera en más de la mitad a la estimada para los del nivel alto.

CUADRO 9.3

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ, SEGUN REGION Y PROVINCIAS:
JUNIO DE 1984 A MAYO DE 1994

REGION Y PROVINCIAS	EDAD DEL NIÑO AL MORIR			EN LA NIÑEZ (1-4 años)	TOTAL (0-4 años)	Nº de nacimientos
	INFANTIL					
	Total	Neonatal	Postneonatal			
TOTAL PAIS	44	24	20	13	56	17442
SIERRA:	47	26	21	17	64	10513
- Carchi	42	25	17	10	52	860
- Imbabura	51	27	24	16	66	974
- Pichincha	32	16	16	16	47	2456
- Cotopaxi	74	32	42	27	100	786
- Tungurahua	49	29	20	18	66	812
- Bolívar	56	34	22	13	69	936
- Chimborazo	100	61	39	20	118	842
- Cañar	39	27	12	16	55	946
- Azuay	34	20	14	17	50	1009
- Loja	48	26	22	13	60	892
COSTA:	39	21	18	9	48	6929
- Esmeraldas	58	32	26	15	72	1137
- Manabí	35	15	20	7	41	1117
- Los Ríos	59	35	24	9	68	1220
- Guayas	33	18	15	10	42	2563
- El Oro	38	24	14	1	39	892

En la mayoría de las provincias, el número de nacimientos obtenidos no fue suficiente para realizar cálculos fidedignos, por este motivo para el análisis de la mortalidad a nivel de provincias fue recomendable ampliar el período de referencia a los 10 años anteriores a la encuesta (junio de 1984 a mayo de 1994). Según el Cuadro 9.3, como en casi todos los resultados obtenidos en la encuesta, las provincias de Pichincha y Guayas tienen algunas características muy parecidas entre sí y muy diferentes a las de otras provincias del país, donde la mortalidad infantil es del doble o triple, como el caso extremo de la provincia del Chimborazo cuya cifra llegó a 100 por mil como promedio para los 10 años anteriores a la encuesta. Otras provincias con alta mortalidad infantil son Cotopaxi y

Bolívar en la sierra (74 y 56 por mil, respectivamente), y Los Ríos y Esmeraldas en la costa (59 y 58 por mil, en ese orden).

9.2 Diferenciales

Los resultados obtenidos reflejan contrastes marcados entre las diversas áreas geográficas en análisis, consecuencia directa de su diferente desarrollo social y económico. Si bien se han operado cambios importantes, todavía encontramos niveles de mortalidad infantil tan altos como los que registran países africanos, la "baja" mortalidad observada en las provincias de Pichincha y Guayas, rebasa en tres veces la observada en países desarrollados. No es difícil concluir que los esfuerzos realizados no han sido suficientes y los avances reconocidos se presentan desiguales.

Una serie de variables biológicas se presentan en la primera parte del cuadro 9.4. Estas variables relacionan los patrones de mortalidad infantil con el sexo del niño, la edad de la madre al nacimiento del hijo, el orden de nacimiento y el intervalo (en meses) entre un nacimiento y el anterior.

En una segunda parte se presentan las características que rodearon el alumbramiento, a través de las variables: atención prenatal, tipo de asistencia materna, peso del niño al nacimiento y condición de prematuridad. Finalmente se concluye el análisis con variables exógenas referidas al equipamiento y disponibilidad de servicios en la vivienda.

La sobremortalidad masculina, que se produce con fuerza en las edades extremas de los seres humanos, es una conocida característica demográfica, que también tiene cumplimiento en el Ecuador. La mortalidad infantil es más alta para hombres que para mujeres (42 y 36 por mil respectivamente), no existe diferencia en la mortalidad postneonatal, el desbalance se ocasiona en la mortalidad neonatal, en la cual, la mortalidad femenina es un veinte y cuatro por ciento más baja, reflejo de la mejor constitución biológica de la mujer al nacer, la cual aumenta para este género, la influencia de los otros factores asociados a la sobrevivencia infantil.

La edad de la madre al tener el hijo presenta una relación en forma de "J" para la mortalidad infantil, esta forma que se presenta en la mortalidad neonatal, infantil y de la niñez, es menos pronunciada en la mortalidad postneonatal. Los indicadores mas bajos se registran para los niños de mujeres de 20 a 29 años. Altas tasas de mortalidad en las de 30 años y más de edad al nacimiento del hijo, lo que puede vincularse a las condiciones biológicas del embarazo y parto de la madre, que en estas edades constituyen factores de alto riesgo reproductivo.

Los riesgos de mortalidad en relación al orden de nacimiento, son crecientes cuando más hijos han tenido la madre. Una clara asociación positiva se observa, las mujeres con más de siete hijos más que duplican las tasas de mortalidad de las que sólo tienen uno.

CUADRO 9.4
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ PARA EL PERÍODO DE 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA
POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS	Mortalidad neonatal (MN)	Mortalidad postneonatal (MPN)	Mortalidad infantil (1q0)	Mortalidad en la niñez (5q0)	Número de nacimientos
TOTAL	22	17	40	51	8938
SEXO					
Hombre	25	17	42	54	4578
Mujer	19	17	36	45	4330
EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO DEL NIÑO					
15-19 años	20	22	42	53	1506
20-29 años	18	14	32	41	4922
30-39 años	25	16	41	51	2193
40-49 años	63	39	102	149	287
ORDEN DE NACIMIENTO					
1	15	14	29	39	2460
2-3	21	14	35	42	3511
4-6	24	19	43	60	2053
7 y +	40	28	68	87	884
INTERVALO INTERGENESICO					
< 2 años	22	20	42	49	1761
2-3 años	19	19	38	52	2527
4 y +	23	10	33	39	1562
ATENCION PRENATAL					
Ninguna	35	27	62	87	2280
1er. trimestre	19	11	30	32	4893
2do. y 3er. trimestre	16	18	34	48	1740
TIPO DE ASISTENCIA MATERNA					
Médico/Obstetriz/Enfermera	17	13	30	36	5260
Partera	21	19	40	58	1787
Familiar/otro	24	28	62	80	1470
Parto sola	75	31	106	111	396
PESO DEL NIÑO AL NACER					
< 5.5 libras	32	30	62	71	1181
5.5 y más libras	7	11	18	26	5352
PREMATURO*					
Si	142	54	196	203	368
No	16	15	31	43	8545
DISPONIBILIDAD DE SERVICIO HIGIENICO					
Si	20	11	31	36	4015
No	24	23	47	63	4923
FUENTE DE ABASTECIMIENTO					
Por tubería	20	16	36	44	5917
Otra forma	26	21	47	63	3021
TIENE REFRIGERADOR					
Si	16	11	27	32	2657
No	26	21	47	61	6281

* Nacidos dos semanas o más antes de tiempo

FUENTE: ENDEMAIN-94

En la asociación entre el intervalo intergenésico y la mortalidad infantil, los nacimientos con intervalos más cortos son los que tienen riesgo de muerte más elevados. La asociación descrita se cumple para la mortalidad postneonatal, infantil; para estos casos se observan reducciones de 10 por mil en cada tasa; no acontece lo mismo en la mortalidad neonatal, la tasa de 23 por mil es la más alta del grupo, debido a un importante aporte de mujeres de más de 35 años que se embarazaron imprevistamente y al parecer no tan exitosamente.

En el Cuadro 9.4 se presentan también los diferenciales de la mortalidad atendiendo a indicadores del proceso del embarazo y parto, los datos corresponden a los cinco años anteriores a la encuesta, por lo cual se excluye la experiencia de los niños que nacieron antes de ese fecha.

**CUADRO 9.5
MORTALIDAD INFANTIL NEONATAL (TEMPRANA Y TARDIA) PARA EL PERIODO DE 5 AÑOS
ANTERIORES A LA ENCUESTA POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94**

CARACTERISTICAS	Mortalidad neonatal temprana (0 - 7 días)	Mortalidad neonatal tardía (8 - 28 días)	Mortalidad neonatal (0 - 28 días)	Nº casos
TOTAL	18	4	22	8938
Urbano	16	2	18	4022
Rural	20	8	28	4916
SIERRA	19	6	25	5414
Quito	17	2	19	716
Resto Urbano	17	2	19	1285
Rural Sierra	20	10	30	3413
COSTA	17	2	19	3524
Guayaquil	14	-	14	717
Resto Urbano	15	3	18	1304
Rural	20	3	23	1503
NIVEL DE INSTRUCCION				
Secundaria	36	5	41	787
Superior	17	7	24	4724
Ninguna	18	2	20	2701
Primaria	7	-	7	726
INDICE SOCIOECONOMICO				
Bajo	21	10	31	2613
Medio	17	4	21	4171
Alto	16	1	17	2154

FUENTE: ENDEMAIN-94

Expuesto el limitante, se puede mencionar que el control prenatal está asociado con un menor riesgo de muerte en el período infantil, con una tasa de mortalidad infantil de 30 por 1000 para los niños en que la madre recibió control en el primer trimestre, en comparación a la tasa de 62 por 1000 (más del doble) para los casos en que la madre no recibió control.

CUADRO 9.5 (continuación)
**TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL (TEMPRANA Y TARDIA) PARA EL PERÍODO DE 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA
 POR CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94**

CARACTERÍSTICAS	Mortalidad neonatal temprana (0 - 7 días)	Mortalidad neonatal tardía (8 - 28 días)	Mortalidad neonatal (0 - 28)	Nº Casos
SEXO				
Hombre	21	4	25	4592
Mujer	14	5	19	4346
EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO DEL NIÑO				
15-19 años	15	5	20	1506
20-29 años	15	3	18	4922
30-39 años	20	5	25	2193
40-49 años	45	18	63	287
ORDEN DE NACIMIENTO				
1	14	1	15	2463
2-3	16	5	21	3514
4-6	18	6	24	2061
7 y +	30	10	40	900
INTERVALO INTERGENÉSICO				
< 2 años	18	4	22	1761
2 años	16	7	23	1653
3 años	17	2	19	874
4 y +	18	4	23	1562
ATENCIÓN PRENATAL				
Ninguna	27	8	35	2280
1er. trimestre	15	4	19	4893
2do. y 3er. trimestre	14	2	16	1740
TIPO DE ASISTENCIA MATERNA				
Médico/Obstetricia/Enferme.	14	3	17	5260
Partera	17	4	21	1787
Familiar/otro	27	7	34	1470
Parto sola	44	31	75	396
PESO DEL NIÑO AL NACER				
< 5.5 libras	22	10	32	1181
5.5 y más libras	6	1	7	5352
PREMATURO*				
Si	111	31	142	368
No	13	3	16	8545
DISPONIBILIDAD DE SERVICIO HIGIÉNICO				
Si	18	2	20	4015
No	18	6	24	4923
FUENTE DE ABASTECIMIENTO DE AGUA				
Por tubería	16	4	20	5917
Otra forma	21	5	26	3021
TIENE REFRIGERADOR				
Si	15	1	16	2657
No	20	6	26	6281

FUENTE: ENDEMAIN-94

El direccionamiento de los diferenciales de peso al nacimiento y prematuridad está de acuerdo a lo esperado: los niños de bajo peso al nacer tienen riesgos más elevados de morir, al igual que los niños prematuros, con diferenciales importantes, especialmente en el período neonatal.

La tenencia de servicio higiénico, agua por tubería y refrigerador, son otros indicadores que advierten diferencias en los niveles de mortalidad; independientemente de la clasificación analizada (neonatal, postneonatal o en la niñez), la no disponibilidad de una de estas variables incrementa los riesgos de muerte. Las diferencias más amplias, para los tres casos, se producen en la mortalidad de la niñez, (de cero a cinco años), período de tiempo en el que la influencia de estos factores es decisiva (Cuadro 9.4).

El componente de mayor relevancia en el estudio de la mortalidad, se refiere a la mortalidad neonatal, sus reducciones son más difíciles de lograrlas, debido a que se encuentra asociada a una serie de causas congénitas y por lo tanto menos prevenibles.

Por la importancia que reviste esta información, en adelante nos referiremos exclusivamente a mortalidad neonatal. Para su análisis se ha dividido en mortalidad neonatal temprana, aquella que se produce en los primeros siete días y tardía la que se ocasiona desde los ocho hasta los veinte y ocho días del nacimiento del niño (Cuadro 9.5).

Aunque con excepciones los procesos inmunológicos del niño comienzan a los ocho días de su nacimiento, protegido en mayor o menor medida únicamente por las condiciones que rodearon el embarazo y parto de su madre y sin duda ayudado por la lactancia materna, la primera semana de su vida es crucial para su supervivencia. Los datos revelan que a nivel nacional el 82 por ciento de las muertes neonatales se produjeron en la primera semana (mortalidad neonatal temprana), por debajo de este promedio se encuentra el área rural del país (71%), la región sierra (76%) y concretamente su área rural (67%). En general se puede apreciar que dentro de la mortalidad neonatal, la mortalidad temprana es la más alta. Los niveles más bajos que registra la región serrana se atenúan debido a que en contraste, los valores absolutos son los más altos en todos los contextos geográficos considerados, sin embargo no dejan de ser un hallazgo nuevo en el estudio de la mortalidad andina.

Según la instrucción de las madres, la mortalidad neonatal temprana es cinco veces mayor en los hijos de las madres que no alcanzaron ningún nivel, respecto de las que han cursado la instrucción superior.

En atención al índice socioeconómico, medida resumen de las condiciones de la vivienda, la característica de la mortalidad se asemeja a lo que acontece en el área rural de la sierra, cuando la consideración es del nivel bajo, para los niveles medio y alto las proporciones de mortalidad temprana superan el 80 por ciento de la mortalidad neonatal.

Continuando con el análisis de la mortalidad neonatal, en el cuadro 9.5, las distintas variables observan un patrón de comportamiento similar, las mayores proporciones las detenta la mortalidad neonatal temprana.

Al inicio del análisis, la menor mortalidad neonatal temprana femenina, se explicaría por presencia en este sexo de dobles cromosomas X, los cuales facilitan el origen de un mayor número de anticuerpos; vale recordar que los hombres sólo poseen un cromosoma asociado a Y, lo cual incide en la mayor sobremortalidad masculina neonatal temprana.

Las restantes variables del Cuadro 9.5 muestran una asociación positiva: a mayor edad de la madre, orden de nacimiento, menor atención prenatal, ausencia de atención profesional en el parto, bajo peso, prematuros, y ausencias de servicios básicos en la vivienda, los riesgos de morir se acentúan y son más evidentes en la mortalidad temprana.

Capítulo 10

MORTALIDAD MATERNA

R E S U M E N E J E C U T I V O

ENDEMAIN 94 es la primera encuesta ecuatoriana que ha usado el método de la supervivencia de las hermanas, para realizar la estimación de la mortalidad materna.

Las estimaciones sugieren que la mortalidad materna ha disminuido de aproximadamente 300 por 100.000 nacidos vivos durante 1981-1987 a alrededor de 160 por 100.000 durante el período más reciente de 1988-1994; significa que aproximadamente 460 mujeres mueren cada año en Ecuador durante el embarazo, el parto o el puerperio, lo que constituye un nivel inaceptablemente elevado.

En el país, debido al riesgo reproductivo una de cada 149 mujeres que alcanzan la edad fértil muere como consecuencia del embarazo. En países desarrollados este riesgo es de una de cada 6.000 (Estados Unidos) o de una de cada 10.000 (países nórdicos).

Las mujeres de la Sierra tienen un riesgo mayor de morir que las de las Costa. Para el período (1981-1994), en la Sierra fue de 250 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en la Costa de 197 por 100.000 nacidos vivos.

10. MORTALIDAD MATERNA

La campaña internacional para “Una Maternidad Sin Riesgos” iniciada en 1987 ha enfocado la atención en las tasas inaceptablemente altas de la mortalidad materna en muchos países en desarrollo¹. Un plan para la reducción de la mortalidad materna en las Américas fue aprobado en 1990 por los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud y tiene como meta reducir la tasa de mortalidad materna en 50% para el año 2000². Una de las razones por la que no se ha dado importancia a este problema es el subregistro y la falta de datos fidedignos sobre su verdadera magnitud. Muchas mujeres, especialmente de zonas rurales, dan a luz y mueren en sus casas. Estas muertes domiciliares frecuentemente no están reportadas en las estadísticas vitales. La mayoría de las muertes maternas reportadas son hospitalarias y por lo tanto no se dispone de datos poblacionales.

El desarrollo reciente del método de la supervivencia de las hermanas permite la estimación de la mortalidad materna usando información recogida durante encuestas domiciliarias. ENDEMAIN 94 es la primera encuesta ecuatoriana que ha usado esta metodología para obtener un estimado de la mortalidad materna en Ecuador basado en la población.

El presente capítulo comienza con estimados de la mortalidad materna en Ecuador durante tres períodos, su tendencia a través del tiempo y una explicación de la metodología usada para obtener estas estimaciones. Posteriormente se presentan los estimados obtenidos de la mortalidad materna en la Costa y en la Sierra. Se concluye con los hallazgos sobre el lugar de la muerte materna (hospital o domicilio) para dos períodos de tiempo y el comportamiento de la mortalidad materna con respecto al momento de la muerte.

10.1 *La mortalidad materna nacional*

Se estimaron las razones de mortalidad materna para tres períodos. El Cuadro 10.1 presenta los estimados para un período de 14 años antes de la encuesta (1981-1994). El Cuadro 10.2 compara las razones estimadas de la mortalidad materna obtenidas para el período 1981-1987 con las del período 1988-1994. A nivel nacional, la razón de mortalidad materna estimada por esta encuesta durante el período 1981-1994 es de 220 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos para mujeres de 15-49 años de edad. Estimados para los dos períodos indican un descenso en la razón de la

1 World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programmer: Progress Report 1987-1990. WHO/MCH/90.11 Geneva, WHO, 1990.

2 Organización Panamericana de Salud. Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1991; 110:448-54.

mortalidad materna de 302 por 100.000 nacidos vivos durante 1981-1987 a 159 por 100.000 nacidos vivos durante 1988-1994.

La metodología utilizada en la encuesta permitió la estimación de la mortalidad materna usando información de las entrevistadas sobre la supervivencia de sus respectivas hermanas (hijas de la misma madre). Para cada hermana de la entrevistada se indagó primero si murió o vivía.

CUADRO 10.1
MORTALIDAD MATERNA NACIONAL EN LOS CATORCE AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA (1981-1994),
ESTIMADA USANDO INFORMACION DE LA SUPERVIVENCIA DE LAS HERMANAS DE LAS ENTREVISTADAS.

EDAD DE LA HERMANA (AÑOS)	Número de muertes maternas	Porcentaje de muertes maternas	Años - Mujer expuestos	Tasas de mortalidad materna*	Tasa de Fecundidad (por mujer)	Razón de Mortalidad Materna (por 100.000 nacimientos)
15-24	42	20.0	203.036	0.209	0.143	146
25-34	49	26.5	154.850	0.318	0.173	184
35-49	35	17.3	99.193	0.352	0.080	438
TOTAL (15-49)				0.281	0.127	220

* Por mil mujeres

FUENTE: ENDEMAIN-94

Si había muerto se determinó la edad al morir, el año de la muerte y si la muerte ocurrió durante un embarazo, parto, o en las seis semanas después de un parto. Las defunciones que ocurrieron durante un embarazo, parto o en las seis semanas después, fueron clasificadas como muertes maternas. Esta información permite calcular tasas de mortalidad materna por grupos etáreos durante períodos de tiempo bien definidos. Los estimados son para mujeres de 15 a 49 años de edad.

En el Cuadro 10.1 se presentan los resultados para el período 1981-1994 para tres grupos etáreos (15-24, 25-34 y 35-49). La cuarta columna presenta la estimación de la tasa de mortalidad materna para cada grupo. Las tasas expresan el número anual de muertes maternas por 1000 mujeres durante el período de 1981-1994. En la quinta columna se encuentran las tasas específicas de fecundidad para el mismo período, expresadas como nacimientos anuales por mujer. Las tasas de fecundidad están calculadas usando información sobre los nacimientos y años-mujer de exposición de las mujeres entrevistadas (no de las hermanas de las entrevistadas). La razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos para cada grupo etáreo está calculada dividiendo la tasa de mortalidad materna para la tasa de fecundidad para cada grupo etáreo y multiplicando el cociente por 100. El estimado para cada grupo etáreo no es tan confiable como el estimado para todas, las mujeres de 15-49 años de edad. El estimado para mujeres entre 35-49 años es particularmente inestable debido al reducido número de muertes maternas y de años de exposición.

La razón total de 220 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos para mujeres entre 15-49 años de edad está calculada de la misma manera, dividiendo la tasa de mortalidad materna (0.281 muertes materna anuales por 1000 mujeres de 15-49 años) entre la tasa general de fecundidad (0.127 nacimientos anuales por mujer de 15-49 años) y multiplicando el resultado por 100. La tasa de mortalidad materna y la tasa general de fecundidad presentadas en este cuadro están ajustadas a lo que ocurriría usando las tasas específicas por edad y la distribución por edad actual de las mujeres entrevistadas. Esto se hace porque la experiencia de las hermanas de las entrevistadas no representa toda la experiencia de las mujeres de 15-49 años de edad en los catorce años previos a la encuesta.

Para investigar tendencias de la razón de la mortalidad materna se dividió el período de catorce años en dos y se analizó información para los dos períodos. Como se observa en el cuadro 10.2 datos obtenidos en ENDEMAIN-94 sugieren que la razón de mortalidad materna ha disminuido de aproximadamente 300 por 100.000 nacidos vivos durante 1981-1987 a alrededor de 160 por 100.000 durante el período más reciente de 1988-1994. Los estimados para estos dos períodos tienen errores estandar más grandes ya que el número de hermanas y el número de muertes maternas es menor. Por lo tanto no son tan confiables como el estimado para el período de 14 años. Esto es particularmente cierto para los estimados de grupos etáreos individuales. Sin embargo, el número grande de mujeres entrevistadas y de muertes maternas identificadas hacen muy probable que estos resultados reflejen una realidad nacional y que la razón de mortalidad materna haya disminuido.

CUADRO 10.2
MORTALIDAD MATERNA NACIONAL EN DOS PERIODOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, ESTIMADA
USANDO INFORMACION DE LA SUPERVIVENCIA DE LAS HERMANAS DE LAS ENTREVISTADAS.

EDAD DE LA HERMANA (AÑOS)	Número de muertes maternas	Porcentaje de muertes maternas	Años - Mujer expuestos	Tasas de mortalidad materna*	Tasa de Fecundidad (por mujer)	Razón de Mortalidad Materna (por 100.000 nacimientos)
PERIODO 1981-1987						
15-24	25	24.0	98.130	0.251	0.155	162
25-34	32	35.7	66.645	0.481	0.192	251
35-49	21	27.6	32.338	0.651	0.121	538
TOTAL (15-49)				0.430	0.143	302
PERIODO 1988-1994						
15-24	18	16.3	104.906	0.170	0.124	127
25-34	17	17.9	88.205	0.196	0.158	124
35-49	14	11.1	66.855	0.207	0.067	306
TOTAL (15-49)				0.188	0.118	159

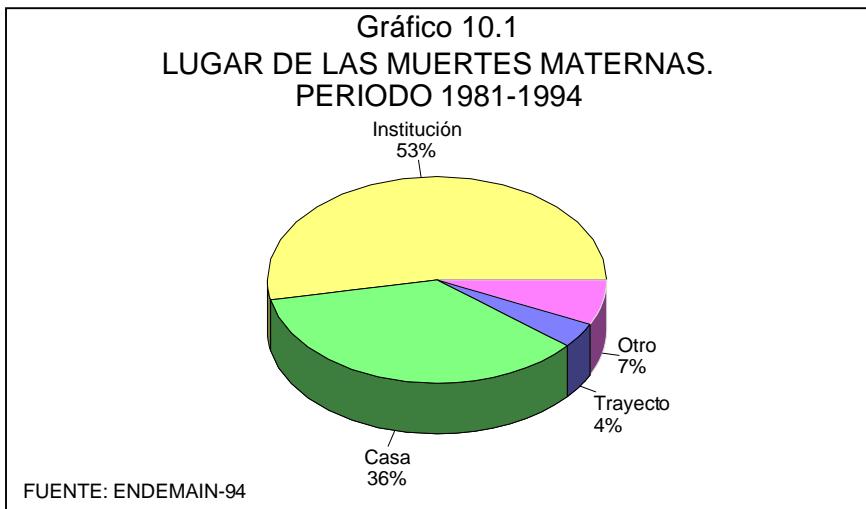
* Por mil mujeres

FUENTE: ENDEMAIN-94

El dato reportado oficialmente para 1993 por las estadística vital publicada por el INEC es de 120 por 100.000 nacidos vivos que comparando con el estimado de ENDEMAIN-94, de 160 por 100.000 nacidos vivos sugiere que hay un subregistro de aproximadamente 25 por ciento de las muertes maternas en Ecuador. Aunque parece que la razón de mortalidad materna nacional ha disminuido en los últimos catorce años, una razón de 160 por 100.000 nacidos vivos todavía significa que aproximadamente 460 mujeres mueren cada año en Ecuador durante el embarazo, el parto o el puerperio. El riesgo reproductivo es una medida del riesgo que una mujer tiene de morir como consecuencia del embarazo después de alcanzar la edad fértil³. Esta medida incluye tanto el riesgo obstétrico de morir durante un embarazo (razón de mortalidad materna) como el riesgo de salir embarazada (tasa de fecundidad). Usando datos de ENDEMAIN-94 se estima que el riesgo reproductivo para mujeres ecuatorianas es de 0.0067. Esto significa que una de cada 149 mujeres que alcanzan la edad fértil muere como consecuencia del embarazo. En países desarrollados el riesgo es de una de cada 6.000 (Estado Unidos) o de una de cada 10.000 (países nórdicos)⁴.

10.2 Lugar de la muerte materna

El Gráfica 10.1 muestra que de las muertes maternas reportadas en los últimos catorce años en ENDEMAIN-94, solamente 53 por ciento ocurrieron en una institución (hospital o clínica). El 36 por ciento de las muertes maternas ocurrieron en la casa, el 4 por ciento en el trayecto y el 7 por ciento en otro lugar. En todas las encuestas nacionales desde de 1979 la cobertura profesional de los partos es mayor a 53 por ciento. Por lo tanto un porcentaje disproportional de las muertes están ocurriendo fuera del hospital. Esto sugiere que existen problemas con el sistema de referencia de emergencias obstétricas. En una situación ideal todas las muertes maternas deberían ocurrir en el hospital donde existe la mejor posibilidad de salvar la vida de la mujer.



³ Organización Panamericana de Salud. Maternal mortality in the Americas. *Epidemiological Bulletin*. 1993; **14**(1):1-9

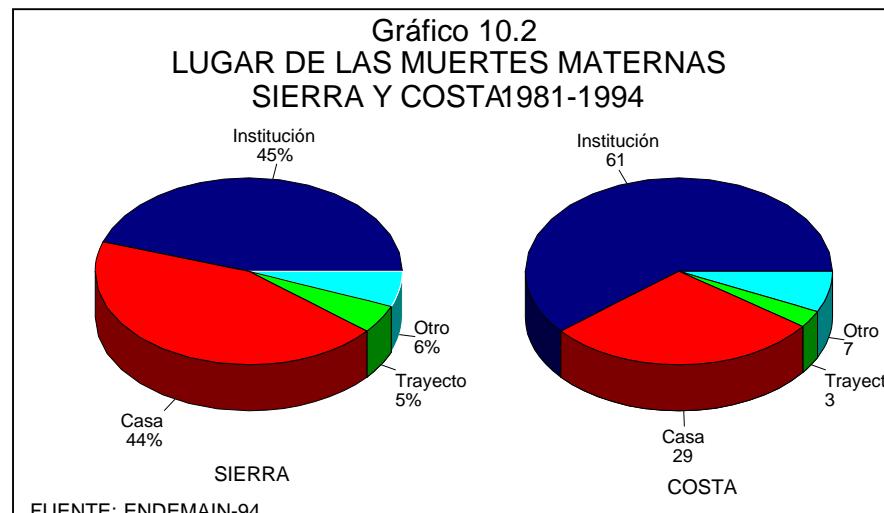
⁴ Mahler, H. The Safe Motherhood Initiative: A call to action *Lancet* 1987; **i**:268-70

10.3 La mortalidad materna en la costa y en la sierra

El Cuadro 10.3 presenta la

estimación de la mortalidad materna en la Sierra y en la Costa durante el período de 1981-1994. Se encontró que mujeres de la Sierra tienen un mayor riesgo de morir como consecuencia del embarazo, parto y puerperio, que mujeres de la Costa. La estimación de la razón de la mortalidad materna para este período en la Sierra fue de 250 por 100.000 nacidos vivos mientras que en la Costa era de 197 por 100.000 nacidos vivos. No se pudieron analizar las tendencias ya que debido al número reducido de mujeres no es posible obtener estimaciones confiables.

El gráfico 10.2 muestra las diferencias en el lugar de las muertes maternas. Mientras en la Sierra solamente 45 por ciento de las muertes maternas entre 1981-1994 ocurrieron en una institución, en la Costa este porcentaje sube a 61 por ciento. Este dato es parecido a la



diferencia entre la Sierra y la Costa en la atención del parto. En la Sierra 57 por ciento de las mujeres dan a luz en instituciones, mientras en la Costa es el 70 por ciento. Esto, se relaciona con a diferencia en la magnitud de la mortalidad materna en estas regiones. Sin embargo, en las mismas para seguir reduciendo las tasas de la mortalidad materna sería importante mejorar el sistema de referencia de emergencias obstétricas para que estas mujeres reciban el mejor tratamiento y se evite sus muertes.

CUADRO 10.3

**MORTALIDAD MATERNA POR REGIONES EN LOS TRECE AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA (1981-1994),
ESTIMADA USANDO INFORMACION DE LA SUPERVIVENCIA DE LAS HERMANAS DE LAS ENTREVISTADAS.**

EDAD DE LA HERMANA (AÑOS)	Número de muertes maternas	Porcentaje de muertes maternas	Años - Mujer expuestos	Tasas de mortalidad materna*	Tasa de Fecundidad (por mujer)	Razón de Mortalidad Materna (por 100.000 nacimientos)
SIERRA						
15-24	24	21.3	88.119	0.278	0.139	200
25-34	22	30.6	67.083	0.323	0.183	177
35-49	18	18.9	43.795	0.423	0.097	437
TOTAL (15-49)				0.332	0.132	250
COSTA						
15-24	18	18.4	114.917	0.157	0.147	107
25-34	28	23.9	87.766	0.315	0.163	193
35-49	16	15.8	55.398	0.296	0.636	465
TOTAL (15-49)				0.241	0.122	197

* Por mil mujeres

FUENTE: ENDEMAIN-94

Capítulo 11

SALUD MATERNA

R E S U M E N E J E C U T I V O

La cobertura de atención prenatal es del 74.7 por ciento; en los entornos urbanos la atención prenatal se sitúa en 82.9 por ciento, mientras en áreas rurales es solo el 66.1 por ciento.

Diferencias en la cobertura de la atención prenatal, pueden observarse con claridad, cuando las variables se refieren al nivel de instrucción, el nivel socioeconómico de las viviendas, orden de nacimiento y lugar de atención

De las mujeres que recibieron control prenatal (74.7), seis de cada diez mujeres se han realizado entre 5 y 9 controles prenatales. En el área rural, de las 66.1 por ciento que han tenido control prenatal, el 50 por ciento tienen 1 a 4 controles prenatales en toda la gestación, lo que revela su menor accesibilidad a los servicios.

La cobertura de la vacuna antitetánica en los embarazos es del 64.3 por ciento, durante los últimos cinco años. Mayores coberturas tienen las jóvenes, residentes en áreas urbanas, preferentemente situadas en la costa. Hay una tendencia decreciente de esta vacunación cuando es mayor la paridez de la mujer.

ENDEMAIN-94, es la primera encuesta ecuatoriana que brinda información sobre morbilidad materna. Se reportaron: rupturas prolongadas de membranas, parto prolongado, sangrado con desmayo durante el parto, probable eclampsia y retención placentaria. Las morbilidades maternas que aumentaron la mortalidad peri natal, incluyeron el sangrado antenatal moderado y severo, eclampsia, hipertensión crónica y ruptura prolongada de las membranas.

11. SALUD DE LA MADRE

Uno de los objetivos de la ENDEMAIN-94, igual que en otras encuestas precedentes, es conocer el nivel de atención de la salud materna, para que entre otros usuarios, los responsables de los programas de salud pública lo correlacionen con el indicador elevado de mortalidad materna que ostenta el país y dispongan de datos para la reformulación de intervenciones.

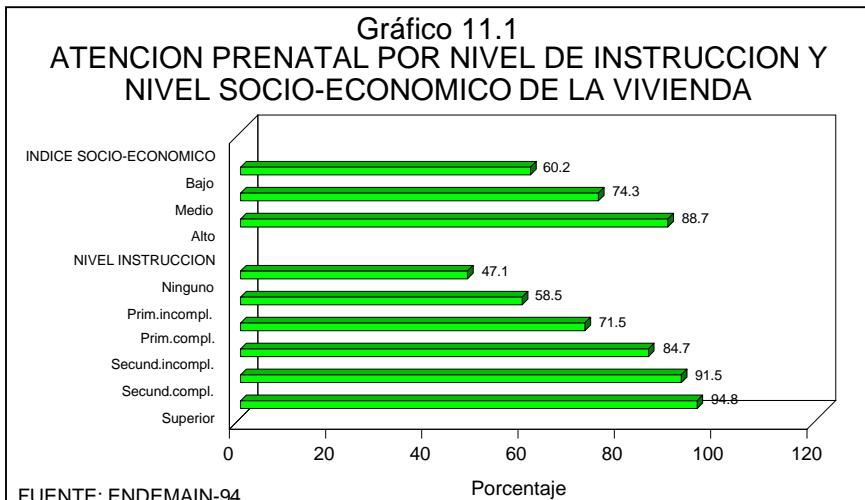
11.1 Atención prenatal, asistencia del parto y control posparto

En el presente capítulo se abordan los principales indicadores del uso de los servicios de salud materno e infantil de: control prenatal, aplicación de toxoide antitetánico, lugar de ocurrencia del parto, tipo de parto, control posparto, exámenes para detección oportuna del cáncer cérvico uterino. Los datos se refieren a madres que habían tenido hijos a partir de enero de 1989 hasta junio de 1994.

11.1.1 Atención prenatal

El oportuno y periódico control del desarrollo del embarazo, disminuye el riesgo de muerte tanto materna como fetal y favorece la adecuada atención del parto.

Del total de niños nacidos entre enero de 1989 a junio de 1994, en las tres cuartas partes sus madres concurrieron al control prenatal por lo menos una vez. Este tipo de control es más generalizado en madres con nivel de instrucción superior (94.8%), de estrato socioeconómico de la vivienda alto (88.7%), de madres primerizas (80.7%), de entornos urbanos (82.9%), especialmente en las ciudades de Quito (86.3%) y Guayaquil (82.3%).



Entre las provincias sobresale Pichincha (84.4%), Carchi (83.5%), Tungurahua (81.2%) y Guayas (80.2%), en el extremo opuesto, son deficitarias Azuay y Cañar con menos del 65 por ciento de control prenatal. Es bastante preocupante que entre madres analfabetas, sólo cerca de la mitad (47.1%) tengan por lo menos un control, con el agravante de que se trata de madres de mayor fecundidad y condiciones económicas y sociales adversas.(Cuadro 11.1)

CUADRO 11.1
ATENCION PRENATAL Y LUGAR DE ATENCION DE NIÑOS NACIDOS VIVOS ENTRE JUNIO/89 - MAYO/94, SEGUN CARACTERISTICAS

CARACTERISTICAS	ATENCION PRENATAL		LUGAR DE ATENCION									TOTAL	Nº DE CASOS
	Recibió	Nº de casos	M.S.P.	IESS	Junta de Beneficencia	Otro Sector Público	Clínica/ Médico privado	APROFE	CEMOPLAF	Otro Sector Privado	Otro/ no sabe		
TOTAL	74.7	8837	47.0	6.4	3.8	1.3	36.2	1.2	1.5	1.4	1.1	100.0	6599
AREA Y REGION													
Urbana	82.9	4010	40.3	6.6	5.4	1.9	40.9	1.1	2.0	0.7	1.1	100.0	3329
Rural	66.1	4827	55.9	6.1	1.8	0.4	30.1	1.3	0.9	2.3	1.2	100.0	3270
Sierra	73.7	5323	52.4	8.6	0.1	2.1	31.7	0.6	1.7	1.5	1.3	100.0	3941
Quito	86.3	711	39.9	9.4	-	6.3	39.2	0.1	2.1	0.8	2.2	100.0	616
Resto urbano	80.6	1282	41.3	9.6	0.1	1.8	41.0	1.1	2.9	1.2	1.0	100.0	1044
Rural	67.0	3330	62.5	7.8	0.0	0.4	24.6	0.6	1.1	2.0	0.9	100.0	2281
Costa	75.7	3514	41.8	4.3	7.5	0.4	40.7	1.7	1.3	1.2	1.0	100.0	2658
Guayaquil	82.3	715	28.5	5.6	17.3	0.4	45.4	1.4	0.8	0.1	0.5	100.0	599
Resto urbano	82.6	1302	49.1	4.1	2.4	0.4	38.4	1.4	2.5	0.8	0.8	100.0	1070
Rural	64.7	1497	45.2	3.2	4.6	0.5	39.2	2.4	0.5	2.6	1.7	100.0	989
PROVINCIA													
Carchi	83.5	451	73.3	1.8	-	-	21.9	0.2	1.4	1.2	0.2	100.0	369
Imbabura	76.6	467	65.3	7.7	-	-	21.4	-	2.1	3.5	-	100.0	367
Pichincha	84.4	1254	47.1	7.3	0.1	4.2	35.9	0.3	2.1	1.2	1.8	100.0	1061
Cotopaxi	69.5	402	66.4	10.8	-	0.3	18.6	0.4	1.6	2.0	-	100.0	294
Tungurahua	81.9	414	50.1	6.8	-	0.5	41.0	-	-	0.8	0.8	100.0	342
Bolívar	62.4	469	76.1	5.2	0.6	-	13.9	0.3	2.7	0.8	0.3	100.0	303
Chimborazo	66.9	429	56.7	10.9	-	1.4	24.7	-	5.5	-	0.8	100.0	297
Cañar	64.1	478	50.3	11.6	-	0.5	29.8	3.5	-	1.1	3.2	100.0	317
Azuay	59.2	507	35.4	14.7	-	0.5	44.4	1.4	-	1.4	2.2	100.0	307
Loja	62.8	452	58.6	7.7	-	2.2	24.1	1.9	-	5.2	0.3	100.0	284
Esmeraldas	72.7	558	49.2	4.9	-	0.4	30.2	-	11.1	3.4	0.8	100.0	410
Manabí	67.2	556	50.1	3.2	1.4	-	40.8	1.2	0.5	2.8	-	100.0	373
Los Ríos	71.6	632	52.5	2.9	1.8	0.4	37.5	2.4	1.5	0.5	0.5	100.0	463
Guayas	80.2	1328	35.3	4.9	12.9	0.6	41.9	2.1	0.4	0.5	1.4	100.0	1078
El Oro	76.3	440	44.1	3.3	0.5	0.3	47.1	1.5	-	1.8	1.5	100.0	334
NIVEL DE INSTRUCCION													
Ninguno	47.1	746	70.5	5.9	0.4	0.3	16.5	0.3	0.3	4.6	1.2	100.0	354
Primaria incompleta	58.5	1658	64.1	4.4	1.5	0.4	23.8	1.9	0.5	2.6	1.0	100.0	1003
Primaria completa	71.5	3014	55.0	4.5	4.8	0.6	30.2	1.3	1.2	1.6	0.7	100.0	2208
Secundaria incompleta	84.7	1649	47.8	3.8	5.0	1.5	35.9	1.3	1.9	1.0	1.7	100.0	1391
Secundaria completa	91.5	1046	29.0	8.3	5.2	1.7	50.6	0.9	2.7	0.1	1.5	100.0	962
Superior	94.8	724	17.7	17.0	1.1	3.4	57.6	0.4	1.8	0.4	1.0	100.0	681
INDICE SOCIOECONOMICO DE LA VIVIENDA													
Bajo	60.2	2553	62.1	5.0	3.6	-	23.0	1.4	0.6	3.5	0.9	100.0	1564
Medio	74.3	4140	55.0	4.5	4.4	0.7	30.9	1.3	1.4	1.0	0.8	100.0	3120
Alto	88.7	2144	26.7	9.8	3.3	2.8	51.9	0.8	2.4	0.6	1.8	100.0	1915
ORDEN DE NACIMIENTO													
1	80.7	2442	40.3	5.6	4.5	1.5	42.6	1.1	1.9	1.2	1.2	100.0	1983
2-3	78.9	3500	45.8	7.1	4.4	1.4	36.4	1.3	1.5	1.0	1.2	100.0	2750
4-5	69.7	1570	54.0	6.1	2.5	1.1	31.0	0.9	1.8	1.9	0.9	100.0	1092
6 y más	56.8	1325	62.2	6.9	1.8	0.1	23.7	1.4	0.2	2.8	0.9	100.0	774

FUENTE: ENDEMAIN-94

De las madres que concurrieron al control prenatal, se analiza el lugar de atención, la frecuencia y la oportunidad con la que se realizó el control.

A nivel del país, se destaca la concurrencia a los establecimientos del sector público (58.5%) predominando en el mismo los servicios del Ministerio de Salud Pública en 8 de cada diez casos (47%) y el IESS cubre el 6.4 por ciento; las clínicas y médicos privados participan en más de un tercio de los controles prenatales a nivel general.

Las coberturas que presentan los diferentes establecimientos del sector público y privado, de acuerdo a los ámbitos geográficos, tienen comportamientos porcentuales diferentes. Si bien en todos los casos existe un predominio de la cobertura de los establecimientos del Ministerio de Salud, el aporte porcentual del médico o clínica privada en áreas urbanas, especialmente de la sierra entre ellas Quito, y en las provincias desprovistas de otros establecimientos de salud los porcentajes son importantes.

La cobertura del IESS en la sierra tiene el valor significativo de 8.6 por ciento en tanto que en la costa la Junta de Beneficencia tiene su mayor cobertura de 7.5 por ciento, de manera preferente en Guayaquil (17.3%).

La atención prenatal según nivel de instrucción mantiene diferenciales importantes: las mujeres sin instrucción recurren en 70.5 por ciento a los servicios del MSP por los costos bajos. Es considerable que la mitad de mujeres con secundaria completa y el 57.6 por ciento con instrucción superior confían sus controles prenatales a clínicas y médicos privados.

De acuerdo al nivel socio-económico, el 62.1 por ciento de las de estrato bajo se hacen controles de embarazo en el MSP, mientras las de nivel alto recurren en la mitad de los casos al médico o clínicas privados.

Según el orden de nacimiento, el porcentaje de madres que concurren a los establecimientos del Ministerio de Salud Pública va en ascenso a medida que el orden del nacimiento de los hijos avanza. (Cuadro 11.1)

En relación al número de controles prenatales, puede revelar indirectamente los factores culturales que inciden para que las embarazadas presten mayor o menor cuidado a su salud reproductiva, así como los factores de accesibilidad a los establecimientos prestadores de servicios. Otro factor de inferencia es el número de controles, el nivel óptimo es de 12 consultas, una consulta mensual hasta la trigésima segunda semana de embarazo, una cada dos semanas hasta la trigésima sexta semana y una consulta semanal hasta el momento del parto (Normas de atención materno-infantil MSP).

CUADRO 11.2

ATENCION PRENATAL*, POR NUMERO DE CONTROLES Y TRIMESTRE DEL PRIMER CONTROL,
SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS	Nº DE CONTROLES				TRIMESTRE DEL 1ER. CONTROL			TOTAL	Nº DE CASOS
	1 - 4	5 - 8	9 y más	No recuerda	1ero	2do.	3ero.		
TOTAL	35.9	42.2	21.4	0.5	75.9	19.7	4.5	100.0	6599
AREA Y REGION									
Urbana	25.1	46.8	27.9	0.1	82.3	15.0	2.7	100.0	3329
Rural	50.0	36.1	12.9	1.0	67.4	25.8	6.7	100.0	3270
Sierra	39.6	40.3	19.8	0.3	70.6	23.4	5.9	100.0	3941
Quito	20.2	48.4	31.1	0.3	79.4	17.7	2.9	100.0	616
Resto urbano	28.3	45.2	26.4	0.1	80.9	15.7	3.4	100.0	1044
Rural	52.8	34.7	12.2	0.3	62.6	29.1	8.3	100.0	2281
Costa	32.3	44.1	22.9	0.7	81.0	16.0	3.0	100.0	2658
Guayaquil	20.4	45.3	34.3	-	85.9	12.4	1.7	100.0	599
Resto urbano	30.0	48.0	21.9	0.2	82.1	14.9	3.0	100.0	1070
Rural	45.6	38.5	13.9	2.0	75.3	20.5	4.2	100.0	989
PROVINCIA									
Carchi	29.3	50.7	20.0	-	72.8	25.3	1.8	100.0	369
Imbabura	41.7	45.5	12.6	0.2	64.3	27.0	8.6	100.0	367
Pichincha	27.7	46.1	25.8	0.3	74.4	21.6	4.1	100.0	1061
Cotopaxi	59.9	30.2	9.6	0.3	60.7	27.8	11.5	100.0	294
Tungurahua	47.2	33.2	19.1	0.5	68.2	21.3	10.5	100.0	342
Bolívar	46.7	43.6	9.1	0.6	64.4	26.4	9.3	100.0	303
Chimborazo	53.7	32.7	13.3	0.3	67.4	26.6	6.0	100.0	297
Cañar	44.6	42.2	13.2	-	70.7	24.5	4.8	100.0	317
Azuay	37.1	36.0	27.0	-	76.3	18.5	5.2	100.0	307
Loja	58.6	29.9	11.4	-	66.0	29.0	4.9	100.0	284
Esmeraldas	43.1	45.8	10.3	0.8	72.3	24.3	3.4	100.0	410
Manabí	37.1	45.7	16.5	0.7	76.3	20.4	3.2	100.0	373
Los Ríos	39.6	46.9	12.5	0.9	76.9	20.7	2.4	100.0	463
Guayas	28.5	42.0	28.7	0.8	84.2	12.8	2.9	100.0	1078
El Oro	26.7	48.4	29.9	-	83.1	13.1	3.8	100.0	334
NIVEL DE INSTRUCCION									
Ninguno	64.8	33.0	2.0	0.2	53.1	35.2	11.7	100.0	354
Primaria incompleta	59.8	30.8	8.6	0.8	59.9	30.6	9.5	100.0	1003
Primaria completa	44.6	40.1	14.8	0.6	72.3	22.5	5.2	100.0	2208
Secundaria incompleta	27.8	47.6	24.5	0.1	79.6	18.2	2.2	100.0	1391
Secundaria completa	20.7	47.1	31.6	0.7	86.0	11.8	2.2	100.0	962
Superior	8.0	48.3	43.3	0.4	93.0	6.0	1.0	100.0	681
INDICE SOCIOECONOMICO DE LA VIVIENDA:									
Bajo	60.4	31.0	7.9	0.8	61.6	31.1	7.3	100.0	1564
Medio	39.1	42.6	17.8	0.5	74.3	20.6	5.1	100.0	3120
Alto	16.2	48.7	34.8	0.2	87.0	11.3	1.7	100.0	1915
ORDEN DE NACIMIENTO									
1	30.1	44.4	24.6	0.9	78.1	18.1	3.7	100.0	1983
2-3	33.2	42.5	24.1	0.1	79.2	17.2	3.6	100.0	2750
4-5	42.4	39.9	17.0	0.7	73.0	21.4	5.6	100.0	1092
6 y más	54.0	37.6	8.1	0.2	61.4	30.6	8.0	100.0	774

* DE NIÑOS NACIDOS VIVOS ENTRE JUNIO/89 A MAYO/94

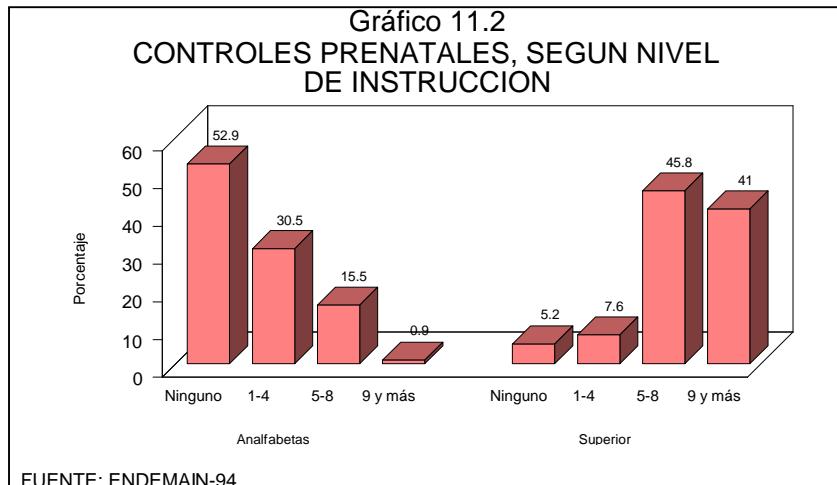
FUENTE: ENDEMAIN-94

Como lo muestra el Cuadro 11.2, a nivel nacional, 2 de cada 5 mujeres encuestadas (35.9%), de las que declararon atención prenatal, se realizaron entre 1 y 4 niveles considerados insuficiente. Situación que se muestra más crítica en: áreas rurales principalmente sierra (52.8%); las provincias Cotopaxi (59.9%) y Loja (58.6%); mujeres sin instrucción (64.8%); de índice socio-económico de la vivienda bajo (60.4%) y de paridez mayor a 5 hijos (54%). Porcentajes que indican la precaria situación en la que se desenvuelve la atención prenatal.

Entre las gestantes que han tenido más de 9 controles se encuentran apenas algo superior a un quinto de las madres, en el área urbana totalizan un 27.9 por ciento, mientras este mismo parámetro en la rural es de 12.9 por ciento.

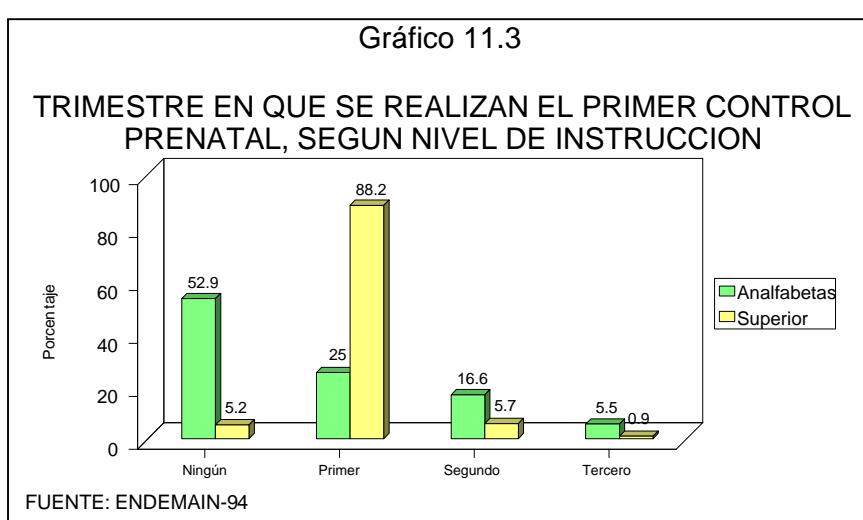
Segregando las gestantes que superan los nueve controles y consiguientemente están mejor protegidas, se observa los valores máximos alcanzados en: Guayaquil (34.3%), la provincia de El Oro (29.9%), mujeres con nivel de instrucción secundaria completa (31.6%) y algún año de instrucción superior (43.3%), estrato socio-económico de la vivienda alto (34.8%).

En referencia al trimestre de embarazo en que se realiza el primer control prenatal, que representa la precocidad de preocupación de la madre por su embarazo y en términos de servicios, la precocidad de "captación de gestantes". Los datos nacionales indican para las mujeres que indicaron recibir atención prenatal, las tres cuartas partes declararon atención prenatal (75.9%) en el primer trimestre, indicador aceptable, el 19.7 por ciento en el segundo y el 4.5% de las tardías en el tercer trimestre.



La estructura porcentual del primer control de acuerdo al número de trimestre, es heterogéneo de acuerdo a las diferentes características de la mujer gestante.

Entre aquellas mujeres que concurren al primer control tardíamente (tercer trimestre), se encuentran valores importantes en el área rural de la sierra (8.3%), las provincias centrales de Cotopaxi y Tungurahua (11.5 y 10.5%, respectivamente), mujeres analfabetas (11.7%) y de índice socio económico de la vivienda bajo (7.3%).



11.1.2 Vacuna antitetánica durante el embarazo

La aplicación de la vacuna antitetánica durante el embarazo para prevenir al niño de contraer el tétanos neonatal, enfermedad de alta letalidad (alto riesgo de morir), así como el riesgo del tétanos obstétrico de la embarazada, producto de las deficientes condiciones de higiene e inmunización que rodea al parto en especial los no atendidos profesionalmente y de las zonas de alta prevalencia.

A nivel nacional, la ENDEMAIN 94 encuentra una cobertura de 64.3 por ciento de aplicación de esta vacuna en los embarazos de los últimos cinco años anteriores a la encuesta.

Este tipo de inmunización es más común entre madres jóvenes (menores de 20 años) quienes tienen un 71.2 por ciento de cobertura, que se reduce al 56.9 por ciento en las mayores de 35 años.

De acuerdo al orden de nacimiento, hay una tendencia decreciente de esta vacunación con la mayor paridez.

En el área urbana la cobertura de esta vacuna es de 68.5 por ciento y en la rural de 59.9 por ciento.

Las diferencias significativas se muestran entre la región costa con 84.9 por ciento, donde se supone mayor incidencia por efectos climáticos, que en la sierra donde la cobertura se reduce a casi a la mitad (43.7%). En general los valores porcentuales más altos de vacuna toxoide antitetánico se encuentran en la región costa. (Cuadro 11.3)

CUADRO 11.3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NACIMIENTOS EN LOS PASADOS CINCO AÑOS, POR VACUNA ANTITETANICA DURANTE EL EMBARAZO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS	VACUNA ANTITETANICA				
	Si recibió	No recibió	No sabe	Total	Nº de nacimientos
TOTAL	64.3	35.0	0.7	100.0	8837
EDAD					
< 20 años	71.2	28.5	0.3	100.0	530
20-34 años	65.6	33.9	0.6	100.0	6633
35 y más años	56.9	41.9	1.3	100.0	1674
ORDEN DE NACIMIENTO					
1	67.3	32.5	0.3	100.0	2442
2-3	66.1	33.1	0.8	100.0	3500
4-5	61.9	37.4	0.7	100.0	1570
6 y más	56.0	42.8	1.2	100.0	1325
AREA Y REGION					
Urbana	68.5	30.7	0.8	100.0	4010
Rural	59.9	39.6	0.5	100.0	4827
Sierra	43.7	55.3	1.0	100.0	5323
Quito	30.5	67.7	1.8	100.0	711
Resto urbano	49.6	49.6	0.8	100.0	1282
Rural	46.2	53.1	0.7	100.0	3330
Costa	84.9	14.7	0.4	100.0	3514
Guayaquil	85.6	13.6	0.7	100.0	715
Resto urbano	88.3	11.3	0.3	100.0	1302
Rural	81.2	18.6	0.2	100.0	1497
PROVINCIA					
Carchi	68.1	31.5	0.4	100.0	451
Imbabura	54.5	44.8	0.7	100.0	467
Pichincha	40.0	58.6	1.4	100.0	1254
Cotopaxi	45.9	53.4	0.7	100.0	402
Tungurahua	57.8	41.8	0.4	100.0	414
Bolívar	60.0	38.7	1.3	100.0	469
Chimborazo	39.0	60.0	1.0	100.0	429
Cañar	53.1	45.5	1.4	100.0	478
Azúay	30.3	69.2	0.5	100.0	507
Loja	39.9	59.7	0.4	100.0	452
EsmERALDAS	73.6	26.1	0.3	100.0	558
Manabí	82.4	17.3	0.3	100.0	556
Los Ríos	87.6	12.0	0.4	100.0	632
Guayas	87.5	12.0	0.5	100.0	1328
El Oro	81.2	18.5	0.4	100.0	440
NIVEL DE INSTRUCCION					
Ninguno	40.0	59.4	0.6	100.0	746
Primaria incompleta	55.4	44.0	0.6	100.0	1658
Primaria completa	66.9	32.3	0.7	100.0	3014
Secundaria incompleta	77.4	21.9	0.7	100.0	1649
Secundaria completa	67.0	32.6	0.4	100.0	1046
Superior	58.9	40.0	1.0	100.0	724

FUENTE: ENDEMAIN-94

Según nivel de instrucción, las que no tienen ninguna, tienen cobertura inferior al promedio nacional, con 40 por ciento; incrementa la aplicación hasta 77.4 por ciento entre las embarazadas con secundaria incompleta, desciende a 67 por ciento entre las que tenían secundaria completa y notoriamente a las de instrucción superior con 58.9 por ciento.

11.1.3 Lugar de ocurrencia del parto

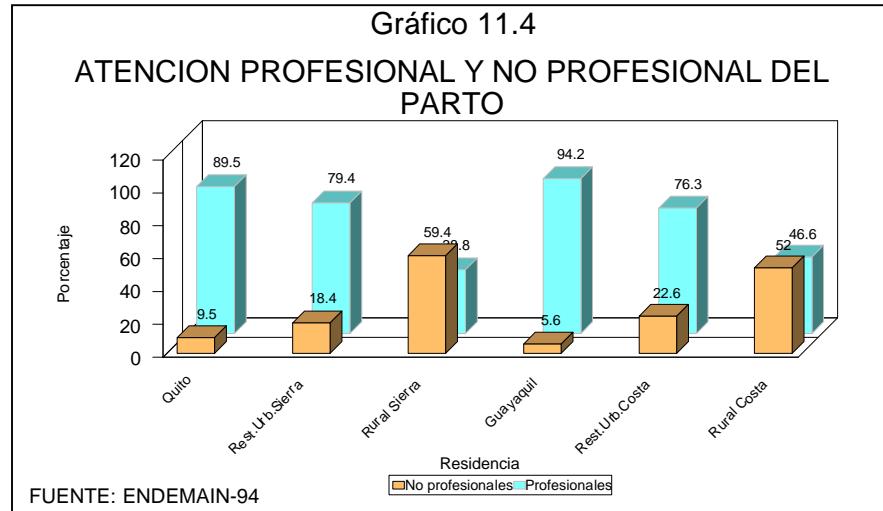
La clasificación del lugar de atención del parto, tiene que ver con accesibilidad, cobertura

de los diversos servicios de atención materno infantil que tienen las embarazadas, explica en algún grado los niveles de morbilidad y mortalidad materno-infantil, que esto determina.

Sólo 6 de 10 partos fueron atendidos por un profesional, la atención se eleva a 84.3 por ciento en el área urbana, mientras en la rural es la mitad (41.9%).

Este análisis para los seis dominios de estudio revela, que la ciudad de Guayaquil tiene el nivel más elevado de atención profesional del parto (94.2%), seguido por la cobertura de Quito (89.5%), ciudades en las que se encuentra centralizada la mayor parte de la oferta de salud. Situación contraria se observa en la sierra rural (38.8%) (Gráfico 11.4).

Destacamos cifras superiores al setenta por ciento de atención profesional en las provincias de: Guayas, Pichincha, Carchi y El Oro, que demuestran las enormes diferencias existentes en otros ámbitos geográficos del país.



En referencia con los niveles de instrucción de las madres, la atención profesional del parto, es sólo 25.8 por ciento para las que no tienen instrucción; se incrementa notablemente en las que tienen secundaria incompleta y completa; hasta llegar a casi la totalidad (96.5%) en las que alcanzaron instrucción superior.

CUADRO 11.4
LUGAR DE ATENCION DEL PARTO, SEGUN CARACTERISTICAS. ENDEMAIN-94.

CARACTERISTICAS	LUGAR DE ATENCION DEL PARTO										OTRO/ NO SABE	TOTAL	Nº DE CASOS			
	PROFESIONAL					NO PROFESIONAL										
	M.S.P.	IESS	Junta de Beneficencia	Otro Sector Público	Clínica/ Médico priv.	En casa con partera	En casa con familiar	Parto sola								
TOTAL	32.8	4.5	8.2	1.1	16.9	19.1	12.4	3.7	1.3	100.0	8837					
AREA Y REGION																
Urbana	39.7	6.9	13.9	2.0	21.7	9.4	4.3	1.0	1.0	100.0	4010					
Rural	25.6	1.9	2.3	0.2	11.9	29.3	20.8	6.4	1.6	100.0	4827					
Sierra	35.2	6.0	0.1	2.0	14.1	17.8	17.6	5.6	1.7	100.0	5323					
Quito	49.8	12.9	0.1	7.7	19.0	3.9	4.3	1.3	1.0	100.0	711					
Resto urbano	47.8	9.9	0.0	1.4	20.3	11.0	5.7	1.7	2.3	100.0	1282					
Rural	26.0	2.3	0.0	0.2	10.3	24.8	26.2	8.5	1.7	100.0	3330					
Costa	30.4	3.0	16.4	0.3	19.7	20.4	7.2	1.7	0.9	100.0	3514					
Guayaquil	20.7	4.3	46.0	0.1	23.1	3.2	2.1	0.3	0.2	100.0	715					
Resto urbano	43.9	3.8	5.0	0.6	23.0	16.4	5.3	0.9	1.0	100.0	1302					
Rural	25.0	1.4	5.7	0.2	14.4	36.3	12.4	3.3	1.4	100.0	1497					
PROVINCIA																
Carchi	62.7	0.4	0.2	-	12.9	9.2	11.7	1.3	1.5	100.0	451					
Imbabura	37.7	5.7	-	0.2	8.0	18.7	22.7	6.1	0.9	100.0	467					
Pichincha	44.2	8.9	0.1	4.9	19.5	8.8	9.3	3.5	0.8	100.0	1254					
Cotopaxi	20.5	3.0	-	0.1	8.4	23.7	33.9	9.7	0.7	100.0	401					
Tungurahua	36.1	4.7	-	0.4	22.8	9.6	13.9	10.6	2.0	100.0	414					
Bolívar	24.5	0.7	0.4	-	5.8	21.5	29.2	16.7	1.3	100.0	469					
Chimborazo	22.4	6.5	-	0.7	9.0	20.2	29.7	10.6	1.0	100.0	429					
Cañar	31.7	0.7	0.2	0.2	13.8	27.6	13.4	5.5	6.9	100.0	478					
Azuay	31.8	6.9	-	0.3	12.3	31.3	13.2	1.0	3.2	100.0	507					
Loja	27.7	3.7	-	1.0	7.4	27.5	27.9	3.1	1.7	100.0	452					
EsmERALDAS	32.8	2.4	-	0.6	13.2	33.0	14.8	3.0	0.1	100.0	558					
Manabí	31.2	2.2	2.2	-	15.0	36.0	10.1	2.5	0.8	100.0	556					
Los Ríos	34.1	1.6	2.2	0.4	25.7	27.7	5.6	2.2	0.5	100.0	632					
Guayas	26.8	3.7	30.2	0.3	20.4	12.2	4.8	0.5	1.0	100.0	1328					
El Oro	42.3	3.1	1.2	0.8	24.0	12.1	10.0	4.4	2.1	100.0	440					
NIVEL DE INSTRUCCION																
Ninguno	19.4	0.7	1.5	0.5	3.7	28.4	33.2	11.6	0.8	100.0	746					
Primaria incompleta	26.2	0.4	4.2	0.4	7.5	31.7	20.4	8.5	0.7	100.0	1658					
Primaria completa	33.1	1.9	8.2	0.4	12.5	24.2	14.7	3.1	1.8	100.0	3014					
Secundaria incompleta	43.5	3.5	12.4	1.5	20.4	11.5	4.9	1.0	1.3	100.0	1649					
Secundaria completa	35.8	7.6	11.0	2.5	31.1	7.4	2.6	0.4	1.6	100.0	1046					
Superior	27.7	22.7	8.2	3.2	34.7	1.6	1.4	0.0	0.5	100.0	724					
INDICE SOCIOECONOMICO DE LA VIVIENDA:																
Bajo	20.4	0.8	3.9	-	7.1	33.8	26.1	6.8	1.0	100.0	2553					
Medio	39.7	2.2	9.4	0.7	13.8	19.3	10.0	3.6	1.3	100.0	4140					
Alto	33.0	11.5	10.2	2.9	31.1	5.2	3.6	0.9	1.7	100.0	2144					
ORDEN DE NACIMIENTO																
1	38.1	5.6	10.5	1.7	21.6	12.8	7.8	1.2	0.7	100.0	2442					
2-3	34.0	5.4	8.9	1.3	18.6	17.5	10.1	2.5	1.7	100.0	3500					
4-5	28.5	3.2	6.8	0.7	12.5	24.3	16.2	5.8	2.0	100.0	1570					
6 y más	23.2	1.2	3.3	0.2	7.6	30.9	23.5	9.4	0.7	100.0	1325					

FUENTE: ENDEMAIN-94

La atención profesional del parto se presta en establecimientos del MSP (32.8%), en clínicas o médicos privados (16.9%); con porcentajes inferiores al 10 por ciento, la Junta de Beneficencia de Guayaquil (8.2%), IESS (4.5%).

La ocurrencia del parto en establecimientos del MSP, tiene mayor peso

en el área urbana y en la región sierra. En los dominios de estudio, tienen cobertura significativamente más alta que el promedio nacional: Quito con 49.8 por ciento, el resto urbano la sierra y costa (47.8% y 43.9% respectivamente).

En provincias, la atención del MSP sobresale en Carchi (62.7%); Pichincha (44.2%) y El Oro (42.3%). Según el nivel de instrucción la cobertura más alta tienen las mujeres con secundaria incompleta 43.5 por ciento. Por nivel socioeconómico, las de estrato medio (39.7%) y por orden de nacimiento, las que tienen un hijo con (38.1%).

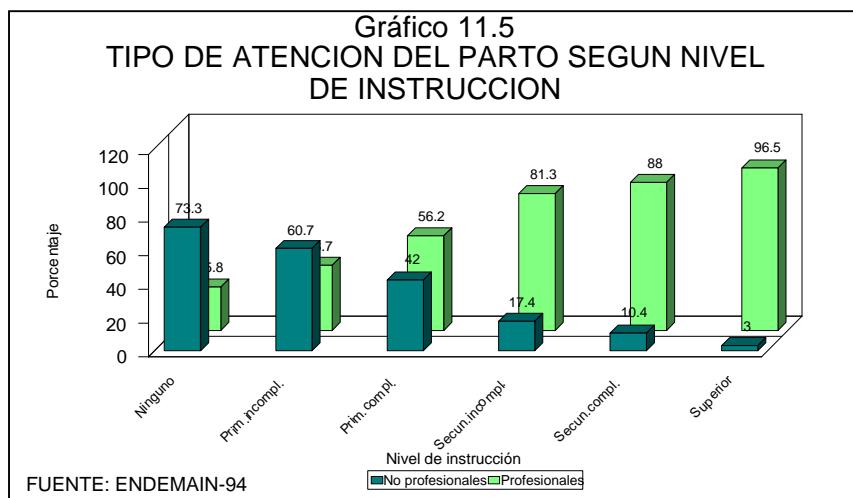
El parto en clínica/médico privado, da valores apreciables en el área urbana y en la región costa. Guayaquil y el resto urbano costa detentan el porcentaje más alto (23%).

A nivel provincial destacan con cifras mayores al 20 por ciento: Los Ríos (25.7%), El Oro (24%), Tungurahua (22.8%) y Guayas (20.4%).

La tercera parte de los partos fueron atendidos por personal no profesional. En la categoría "en casa con partera" (capacitadas y no capacitadas), el 19.1 por ciento de los casos, seguida de "en casa con un familiar" (12.4%); un 3.7 por ciento de mujeres ecuatorianas, en los albores del siglo XXI tienen sus hijos solas.

Las condiciones precarias de atención del parto en las áreas rurales se reflejan en el alto porcentaje de atención no profesional (56.5%) del parto, en esta área una de cada cinco mujeres tiene su hijo en su casa.

Los partos sin atención llegan al 8.5 por ciento en zonas rurales de la sierra. En provincias esta lamentable condición del parto alcanza a 16.7 por ciento en Bolívar, 10.6 por ciento en Tungurahua y Chimborazo. Dan a luz solas el 9.4 por ciento de las que tienen más de 6 hijos en el orden de nacimientos.



11.1.4 *Tipo de asistencia durante el parto*

CUADRO 11.5

TIPO DE ASISTENCIA PROFESIONAL DEL PARTO*, SEGUN CARACTERISTICAS. ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS	TIPO DE ASISTENCIA PROFESIONAL DEL PARTO							
	Médico	Obstetriz	Enfermera	Aux. de enfermería	Otro	No sabe	Total	Nº de casos
TOTAL	89.9	7.7	1.0	0.1	0.3	0.9	100.0	5254
AREA Y REGION								
Urbana	89.3	8.5	0.8	0.1	0.3	1.0	100.0	3295
Rural	91.2	6.2	1.5	0.2	0.1	0.7	100.0	1959
Sierra	95.4	2.3	1.4	0.1	0.3	0.4	100.0	2918
Quito	97.3	1.6	0.9	-	-	0.1	100.0	633
Resto urbano	93.3	3.8	1.3	0.1	0.9	0.6	100.0	1012
Rural	95.3	1.9	1.9	0.2	0.2	0.4	100.0	1273
Costa	85.4	12.2	0.7	0.1	0.2	1.3	100.0	2336
Guayaquil	84.3	12.9	0.9	-	0.2	1.7	100.0	668
Resto urbano	86.2	11.7	0.4	0.1	0.3	1.2	100.0	982
Rural	86.0	11.8	0.9	0.1	0.1	1.1	100.0	686
PROVINCIA								
Carchi	97.7	1.0	1.3	-	-	-	100.0	340
Imbabura	97.2	1.4	1.0	-	0.3	-	100.0	231
Pichincha	96.4	2.1	1.0	0.1	0.2	0.3	100.0	966
Cotopaxi	96.2	3.3	-	0.4	-	-	100.0	140
Tungurahua	94.6	0.3	4.0	0.7	-	0.3	100.0	270
Bolívar	94.7	1.2	4.1	-	-	-	100.0	146
Chimborazo	92.7	5.2	1.1	-	-	1.0	100.0	165
Cañar	93.3	4.1	1.1	-	0.7	0.7	100.0	225
Azuay	92.8	3.1	2.2	-	1.3	0.6	100.0	257
Loja	94.6	2.9	1.0	-	1.0	0.5	100.0	178
Esmeraldas	96.5	2.1	0.6	0.6	-	0.3	100.0	265
Manabí	89.2	6.8	0.3	-	-	3.7	100.0	275
Los Ríos	83.3	14.7	0.8	-	0.2	1.0	100.0	421
Guayas	83.3	14.5	0.8	-	0.3	1.1	100.0	1069
El Oro	89.5	8.4	1.1	0.5	0.3	0.3	100.0	306
NIVEL DE INSTRUCCION								
Ninguno	89.0	2.8	7.1	-	-	1.2	100.0	161
Primaria incompleta	86.1	9.0	2.6	0.1	-	2.2	100.0	585
Primaria completa	90.5	6.5	1.0	0.2	0.5	1.3	100.0	1617
Secundaria incompl.	88.7	9.3	0.8	0.1	0.2	0.9	100.0	1286
Secundaria completa	92.0	7.2	0.3	0.1	0.3	0.2	100.0	902
Superior	91.4	8.3	0.2	0.1	0.1	-	100.0	693
INDICE SOCIOECONOMICO DE LA VIVIENDA:								
Bajo	87.6	8.9	1.8	0.1	0.1	1.5	100.0	754
Medio	88.1	8.8	1.5	0.1	0.2	1.3	100.0	2621
Alto	93.0	6.1	0.2	0.0	0.4	0.2	100.0	1879
ORDEN DE NACIMIENTO								
1	90.2	7.9	0.9	0.1	0.4	0.6	100.0	1826
2-3	90.0	7.7	1.1	0.1	0.1	1.0	100.0	2257
4-5	89.3	7.9	1.0	0.2	0.5	1.1	100.0	737
6 y más	89.2	7.1	1.3	0.2	0.2	2.1	100.0	434

* Partos ocurridos entre Junio/89 y Mayo/94 que recibieron atención profesional

FUENTE: ENDEMAIN-94

La mayoría de los partos fueron atendidos por profesionales médicos (89.9%), ligeramente superior en áreas urbanas y en mayor proporción en la sierra (95.4%). Este tipo de asistencia profesional es casi la totalidad (97.3%) en la ciudad de Quito.

Al 7.7 por ciento, le atendió una obstetriz. Es importante la atención del parto de estas profesionales en la costa (12.2%), especialmente en la ciudad de Guayaquil (12.9%).

En provincias se observan diferencias; en las serranas las cifras de atención de profesionales médicos superan el 90 por ciento, mientras en la costa se identifica alta atención por obstetriz: Los Ríos (14.7%), Guayas (14.5%), El Oro (8.4%), todas éstas por encima del promedio, que a nivel nacional registra la atención de estas profesionales.

11.1.5 Tipo de parto

Los hallazgos de ENDEMAIN-94 expresados en el Cuadro 11.6, indican que el 82.9 por ciento fueron por vía vaginal, el 17.1 por ciento se atendieron mediante cesárea.

Las notables diferencias que se identifican según algunas características, no obedecen presumiblemente a razones biológicas, se explicarían por motivaciones dependientes del nivel de instrucción, del nivel socioeconómico, u orientaciones de la cultura de práctica obstétrica de instituciones donde se realiza la asistencia del parto.

Los partos por vía vaginal tienen un valor más elevado en el área rural con 91.3 por ciento. En contraparte en el área urbana las cesáreas se practican en 25.2 por ciento. Los porcentajes más elevados de este procedimiento quirúrgico, se registran en Guayaquil (32.3%) y Quito (24.5%).

En 7 de las provincias consideradas se encuentran niveles de parto vaginal superiores a 91%, con el valor más alto en Cotopaxi con 95.3%. Las provincias en que la práctica de cesáreas es más alta que el promedio nacional son Guayas con 25.7% y Pichincha 21.1%. En las otras provincias de la costa también se practica en niveles significativos, a excepción de Esmeraldas.

El análisis según nivel de instrucción muestra diferencias notables, en el tipo de parto; entre las que no tienen ningún nivel aprobado, el 5.6 por ciento se atienden con cesárea, mientras las mujeres con instrucción superior son atendidas con este procedimiento en 39.7 por ciento. Según índice socioeconómico, las de estrato bajo tienen parto vaginal en el 93 por ciento, mientras las de nivel alto lo tienen en solo el 70 por ciento.

El tipo de parto según lugar de atención: los hospitales y maternidades del MSP, tienen cifras de cesárea cercanas al promedio con 18.6 por ciento, igual que el Patronato San José 21.2 por ciento. Valores muy altos de cesárea presentan los hospitales y clínicas del IESS (42%), clínicas y médicos privados (35%), FFAA/Policía (32.2%).

CUADRO 11.6

TIPO DE PARTO SEGUN CARACTERISTICAS. ENDEMAIN-94*

CARACTERISTICAS	TIPO DE PARTO		Total	Nº de casos
	Vaginal	Cesárea		
TOTAL	82.9	17.1	100.0	8837
AREA Y REGION				
Urbana	74.8	25.2	100.0	4010
Rural	91.3	8.7	100.0	4827
Sierra	86.6	13.4	100.0	5323
Quito	75.5	24.5	100.0	711
Resto urbano	80.8	19.2	100.0	1282
Rural	92.4	7.6	100.0	3330
Costa	79.2	20.8	100.0	3514
Guayaquil	67.7	32.3	100.0	713
Resto urbano	76.5	23.5	100.0	1302
Rural	89.7	10.3	100.0	1497
PROVINCIA				
Carchi	86.3	13.7	100.0	451
Imbabura	92.9	7.1	100.0	467
Pichincha	78.9	21.1	100.0	1254
Cotopaxi	95.3	4.7	100.0	402
Tungurahua	89.5	10.5	100.0	414
Bolívar	94.2	5.8	100.0	469
Chimborazo	92.8	7.2	100.0	429
Cañar	91.0	9.0	100.0	478
Azuay	84.5	15.5	100.0	507
Loja	93.2	6.8	100.0	452
Esmeraldas	92.5	7.5	100.0	558
Manabí	85.3	14.7	100.0	556
Los Ríos	82.2	17.8	100.0	632
Guayas	74.3	25.7	100.0	1328
El Oro	77.5	22.5	100.0	440
NIVEL DE INSTRUCCION				
Ninguno	94.4	5.6	100.0	746
Primaria incompleta	92.2	7.8	100.0	1658
Primaria completa	88.2	11.8	100.0	3014
Secundaria incompleta	79.9	20.1	100.0	1649
Secundaria completa	70.1	29.9	100.0	1046
Superior	60.3	39.7	100.0	724
INDICE SOCIOECONOMICO DE LA VIVIENDA:				
Bajo	92.9	7.1	100.0	2553
Medio	85.0	15.0	100.0	4140
Alto	70.2	29.8	100.0	2144
ORDEN DE NACIMIENTO				
1	78.7	21.3	100.0	2442
2-3	79.5	20.5	100.0	3500
4-5	88.6	11.4	100.0	1570
6 y más	94.2	5.8	100.0	1325

* Junio/89 a Mayo/94
FUENTE: ENDEMAIN-94

Las cifras de cesárea en la ENDEMAIN-89 fueron MSP 19.6%; IESS 44.8%; Junta de Beneficencia 36.3%, Hospitales privados 32.7%, ratificando las tendencias observadas en encuestas pasadas.

11.1.6 Control postparto

Según los resultados de ENDEMAIN-94, la tercera parte de las madres que tuvieron nacidos vivos entre junio de 1989 y mayo de 1994, declararon haber tenido algún control después del parto (33.3%).

El control postparto tiene importancia en la atención de la salud reproductiva, porque permite identificar alguna morbilidad materna dependiente de las condiciones de atención del parto y procurar su tratamiento oportuno, particularmente cuando dicho control es "precoz" (dos semanas) y en todos los casos, porque permite aconsejar medidas de planificación familiar adecuadas al período de lactancia y de acuerdo con las necesidades y deseos de las usuarias.

El control postparto es más elevado en el área urbana 43 por ciento, que en la rural 23.5 por ciento. No existen diferencias significativas por regiones.

Como puede observarse (Cuadro 11.7), al considerar los dominios de estudio, la cifra de control postparto más elevada se produce en Quito (53.7%), mientras en Guayaquil es de (40%). El dominio rural sierra (24%) y el rural costa (22%), comparten los niveles más bajos.

Comparando los valores según nivel de instrucción, las mujeres sin ninguna instrucción tienen control postparto cuatro veces más bajo (16.3%) que las de instrucción superior (64.3%).

En cuanto al lugar de atención del postparto a nivel nacional, tienen primacia las clínicas/médicos privados (40.3%) y el MSP (37%).

Valores superiores a los promedios para clínicas/médicos privados se presentan en: Guayaquil (49.6%), resto urbano costa (44.5%), instrucción secundaria (44.1%) e instrucción superior (54.4%).

CUADRO 11.7
CONTROL POST PARTO, POR RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCION, SEGUN CARACTERISTICAS.
ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS	TOTAL	RESIDENCIA						INSTRUCCION			
		SIERRA			COSTA						
		Quito	Resto Urbano	Rural	Guayaquil	Resto Urbano	Rural	Ninguna	Primaria	Secundaria	Superior
CONTROL POSTPARTO											
Si	33.3	53.7	44.9	24.1	39.9	38.7	21.8	16.3	22.7	45.7	64.3
No	66.7	46.3	55.1	75.9	60.1	61.3	78.2	83.7	77.3	54.3	35.7
TOTAL	100.0										
Nº DE CASOS	6426	580	998	2285	571	987	1005	485	3191	2126	624
LUGAR DE ATENCION											
Clinica/Méd. privado	40.3	41.4	38.4	30.1	49.6	44.5	40.4	19.6	30.9	44.1	54.4
M.S.P.	37.0	33.3	36.4	53.6	19.7	32.6	42.6	70.2	51.7	31.3	14.6
IESS/S. Campesino	7.3	9.2	10.8	7.9	7.1	5.5	3.1	3.9	4.2	5.6	18.5
APROFE	5.7	3.7	5.6	2.6	7.8	8.0	7.2	0.8	4.2	8.1	3.7
Junta Beneficencia	3.1	-	0.2	-	12.7	2.9	3.4	-	3.3	4.1	0.7
CEMOPLAF	2.4	3.1	3.9	2.0	0.5	3.1	1.9	0.8	2.7	2.4	2.3
Fuerzas Armadas	1.0	2.0	1.3	0.1	0.7	1.6	0.4	-	0.2	1.1	2.6
Otro NS/NR	3.2	7.3	3.4	3.7	1.9	1.7	1.2	4.8	2.9	3.3	3.1
TOTAL	100.0										
DIAS DESPUES DEL PARTO QUE RECIBIO EL PRIMER CONTROL											
0-7											
8-14	11.6	6.1	10.8	8.9	14.8	14.8	14.7	9.7	8.6	13.0	14.4
15-21	15.3	16.5	15.5	12.8	20.0	15.0	12.3	10.1	12.0	15.1	23.6
22-28	11.2	14.1	7.6	11.4	9.5	12.0	11.8	17.3	12.1	11.0	8.4
29-35	1.1	0.6	0.9	0.4	2.2	0.7	2.5	-	1.4	0.9	1.3
36-49	27.5	30.2	28.5	33.0	24.1	24.4	22.9	43.4	29.3	25.4	25.9
50-91	2.4	2.2	2.5	3.2	2.4	2.8	0.2	0.8	1.5	2.3	4.6
Más de 91	19.0	19.4	21.0	19.2	16.1	16.9	23.0	12.6	21.8	19.9	12.5
NS/NR	11.9	10.8	13.2	10.8	10.7	13.5	12.5	6.0	13.1	12.5	9.1
	0.1	-	-	0.2	0.2	-	-	-	0.1	-	0.2
TOTAL	100.0										
Nº DE CASOS	2302	321	485	600	254	398	244	77	799	1014	412

FUENTE: ENDEMAIN-94

En cuanto a los días después del parto en que se realiza el control, hay valores predominantes que coinciden con el primer mes, 27.5 por ciento. A nivel total, la sumatoria de las cifras hasta las tres primeras semanas es de 38.1 por ciento, en tanto el mismo procedimiento para las mujeres que tienen instrucción superior es de 46.4 por ciento, que puede estratificarse en lo que llamamos control postparto precoz.

11.2 Morbilidad materna

Existen pocos datos sobre morbilidad materna a nivel poblacional. Sin embargo, para reducir la mortalidad materna sería importante reducir la tasa de morbilidad materna o por lo menos evitar que avancen con severidad tal que causen la muerte de la mujer. Además es importante conocer la morbilidad materna por el papel que juega en la morbilidad y mortalidad fetal y neonatal.

Para obtener datos poblacionales sobre la morbilidad materna se incluyeron en ENDEMAIN 94 una serie de preguntas sobre los problemas que tuvieron las mujeres ecuatorianas durante sus embarazos, partos y en el puerperio. Estas preguntas se dirigieron solamente al sub-grupo de mujeres que tuvieron un parto o un aborto desde enero de 1992. Para reducir el sesgo de recolección, solamente se preguntó sobre el último embarazo u aborto durante este período.

También es importante señalar que los datos de morbilidad materna son auto ponderados y por lo tanto pueden ser subjetivos. Algunas preguntas requerían que quien contestara reportara su propia percepción de su salud. Esta percepción depende de factores tales como las experiencias anteriores, el grado de conocimiento y concientización sobre su salud y su tolerancia física y sicológica de diferentes grados de dolor u otras manifestaciones de deterioro de la salud. Lo normal para una mujer puede ser anormal para otra. Por ejemplo, una mujer nulípara puede tener diferentes percepciones a las de una mujer con un cuarto embarazo. Una mujer que tuvo controles prenatales puede darse cuenta de problemas, como anemia o presión alta, que no sabría de otra manera. Mujeres con mayores niveles de educación tienden a ser más conscientes sobre su salud que mujeres con bajos niveles educativos. Al interpretar los resultados sobre morbilidad materna deben tomarse en cuenta estas consideraciones.

Para el análisis, las variables se combinaron de diferentes maneras, por ejemplo, la edad con la paridez, nivel de educación y control prenatal, el área de residencia con nivel de educación, estado socioeconómico, control prenatal y la paridez, etc. Sería necesario hacer un análisis multivariado para llegar a conclusiones definitivas sobre el verdadero efecto de estos factores en la salud materna.

Esta sección comienza con la discusión de los resultados de los embarazos (aborto, mortinato, nacido vivo) y de los resultados peri natales (mortalidad peri natal, premadurez y bajo peso al nacer). Se continúa con datos sobre los abortos y su tratamiento. Luego siguen datos sobre las prevalencias de morbilidades durante tres períodos del embarazo: antenatal, (antes del trabajo de parto), durante el parto y postparto. Para morbilidades antenatales y las durante el parto se presentan datos de los efectos de estas morbilidades sobre el feto y el resultado peri natal. *Cabe mencionar que el denominador para los*

resultados de esta sección del informe, es diferente que el denominador en las tablas anteriores sobre los servicios de salud materno infantil. Por esta razón algunos porcentajes difieren en pequeñas magnitudes.

11.2.1 Resultados de los embarazos

En el Cuadro 11.8 se presenta el porcentaje de los últimos embarazos desde enero de 1992 que terminaron en un aborto, mortinato o nacido vivo, según las características seleccionadas. Se define un aborto como una muerte fetal antes de los seis meses de gestación. Un mortinato es una muerte fetal después de los seis meses de gestación. En general, el 91.1 por ciento de los últimos embarazos fueron reportados como nacidos vivos, 8 por ciento como abortos y 0.9 por ciento como mortinatos.

Los resultados entre los diferentes grupos etáreos muestran una curva en forma de J con el mejor resultado, el de 93 por ciento de nacidos vivos, entre las mujeres de 20-29 años de edad. El resultado fue ligeramente más desfavorable en mujeres adolescentes y mayores de 29 años. Entre las mujeres de 40-49 años de edad solamente 79.7 por ciento tuvieron un nacido vivo. La tasa de abortos en este grupo fue casi tres veces mayor que entre mujeres de 20-29 años (17.4 vs. 6.5%) y la tasa de mortinatos fue casi seis veces mayor (2.9 vs. 0.5%).

Un porcentaje más alto de mujeres sin ninguna educación reportan nacidos vivos en comparación con mujeres con mejor nivel de educación. Esto se debe principalmente a que un mayor porcentaje de mujeres con educación reportan que los embarazos terminaron en un aborto. Esta misma tendencia se nota con respecto al nivel socioeconómico. Mujeres con alto nivel socioeconómico tienen una tasa de abortos casi del doble que mujeres de nivel socioeconómico bajo (10.9 vs. 5.7%). Por otro lado, la tasa de mortinatos es mucho más baja entre mujeres educadas (0.2 por ciento en mujeres con nivel de educación superior comparado con 1.1 por ciento en mujeres sin ninguna educación).

CUADRO 11.8
RESULTADO DEL ULTIMO EMBARAZO, POR DOMINIOS DE ESTUDIO:
MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO TERMINO A PARTIR DE ENERO DE 1992

CARACTERISTICAS	ABORTOS	MORTINATOS	NACIDOS VIVOS	Nº DE CASOS
TODOS LOS EMBARAZOS TOTAL	8.0	0.9	91.1	4290
AREA Urbana Rural REGION Sierra Costa	9.6 6.3 6.5 9.5	0.5 1.3 1.1 0.7	89.9 92.4 92.3 89.9	1991 2299 2596 1694
EDAD 15-19 20-29 30-39 40-49	8.3 6.5 8.9 17.4	1.1 0.5 1.1 2.9	90.7 93.0 90.0 79.7	437 2305 1307 241
NIVEL DE INSTRUCCION Ninguno Primario Secundario Superior	4.5 7.4 9.4 8.8	1.1 1.3 0.6 0.2	94.4 91.4 90.1 91.1	341 2171 1389 389
NIVEL SOCIO-ECONOMICO Bajo Medio Alto	5.7 7.3 10.9	0.9 1.1 0.6	93.4 91.6 88.5	1183 2014 1093
PARIDEZ 0 1 2-3 4 y más	5.6 7.3 10.8 8.7	0.4 0.6 1.0 1.7	94.0 92.1 88.2 89.6	1086 984 1243 977
FUMABA EN LOS 3 MESES ANTES DEL EMBARAZO Si No	13.1 7.8	0.3 0.9	86.6 91.3	160 4130
FUMABA DURANTE EL EMBARAZO Si No	20.0 7.8	0 0.9	80.0 91.3	68 4222
TOMABA ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO Si No	11.3 7.7	0 1.0	88.7 91.3	348 3942
SOLAMENTE EMBARAZOS VIABLES* TOTAL	-	1.0	99.0	3988
CONTROL PRENATAL* Si No	- -	0.8 1.4	99.2 98.6	3042 946
LUGAR DEL PARTO* Parto institucional Parto en domicilio u otros	- -	1.0 0.9	99.0 99.1	2422 1566
TIPO DE PARTO* Cesárea Vaginal	- -	1.3 0.9	98.7 99.1	638 3350

* Embarazos de seis meses o más de gestación
FUENTE: ENDEMAIN-94

Se esperaría mejores resultados tanto con respecto a abortos como a mortinatos en mujeres con altos niveles de educación y estado socioeconómico, dado que generalmente tienen mejor estado de salud y mayor acceso a los servicios de salud. El hecho de que esto no se observara con la tasa de abortos, sugiere que entre estos grupos es más probable que se reconozca y se reporte un aborto, o bien que el aborto inducido sea más probable.

El resultado del embarazo es mejor en las nulíparas, con un 94 por ciento de nacidos vivos. La tasa de abortos (5.6%) y la tasa de mortinatos (0.4%) es menor en este mismo grupo de paridez. La tasa de mortinatos incrementó con la paridez. La tasa de abortos fue mayor entre aquellas con 2-3 partos previos (10.8%).

La tasa de mortinatos es mayor entre mujeres que habitan áreas rurales que entre mujeres de áreas urbanas (1.3 vs. 0.5%) y entre mujeres de la Sierra comparado con mujeres de la Costa (1.1 vs. 0.7%). La tasa de abortos tiene una tendencia contraria, siendo mayor entre mujeres de áreas urbanas (9.6 vs. 6.3%) y mujeres de la Costa (9.5 vs. 6.5%). Este resultado de nuevo sugiere la pregunta de si las diferencias observadas se deben a diferencias en el reporte de abortos, o si es porque la tasa de abortos inducidos es mayor, o si verdaderamente la tasa de abortos espontáneos es mayor entre mujeres urbanas y de la Costa. (La tasa de abortos espontáneos se estima en el orden del 10 por ciento en estudios del tema).

El hábito de fumar y beber no es muy común entre mujeres ecuatorianas. Solamente 3.7 por ciento reportan haber fumado en los tres meses antes del embarazo y de éstas 58 por ciento dejaron de fumar cuando se dieron cuenta del embarazo. El 8.8 por ciento reportan haber tomado bebidas alcohólicas ocasionalmente durante el embarazo y menos de uno por ciento tomaron diariamente. Se observó que el beber y especialmente el fumar fueron factores de riesgo para el aborto pero no para el mortinato. El 20 por ciento de las mujeres que fumaban durante el embarazo reportan un aborto. De estos datos no se puede determinar si el fumar o el beber son factores de riesgo independientes o si están asociados con otros factores explicativos que llevan a mayores tasas de aborto.

La relación entre los mortinatos y la atención prenatal, el lugar del parto y el tipo de parto también fue analizada para mujeres que no abortaron. No se encontró una asociación entre los mortinatos y el lugar del parto (institución o domicilio). La probabilidad de mortinatos fue ligeramente más alta en mujeres que no recibieron atención prenatal y entre las que se practicó cesárea. La tasa mayor de mortinatos en partos por cesárea puede ser debida a la mayor morbilidad fetal como causa de la intervención operatoria y a un mayor riesgo de morir.

11.2.2 Resultados perinatales

El Cuadro 11.9 resume la información sobre resultados perinatales tales como la mortalidad perinatal, la premadurez y el

bajo peso al nacer. La tasa de mortalidad perinatal incluye los mortinatos y las muertes neonatales tempranas (primer semana de la vida) y se reporta para mujeres con embarazos viables excluyendo los 302 que tuvieron un aborto. La premadurez solamente

se reporta para los nacidos vivos y se define como un nacido antes de las 38 semanas de gestación. El bajo peso al nacer se reporta solamente para las mujeres cuyos infantes fueron pesados en la primera semana de vida (75%) y se define como un peso menor de 5.5 libras o menos de 2.500 gramos. En general, la tasa de mortalidad perinatal es de 2.2 por ciento, la tasa de premadurez es de 4.4 por ciento y la tasa de bajo peso al nacer es de 16 por ciento.

CUADRO 11.9
RESULTADOS PERINATALES, POR DOMINIOS DE ESTUDIO:
MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1992, FUE VIABLE

CARACTERISTICAS	MORTALIDAD PERINATAL		PREMATURO*		BAJO PESO** (< 5.5 libras)	
	Tasa	Nº de casos	Tasa	Nº de casos	Tasa	Nº de casos
TOTAL	2.2	3988	4.4	3944	16.0	2965
AREA						
Urbana	1.8	1815	4.8	1803	13.1	1589
Rural	2.6	2173	4.0	2141	20.3	1376
REGION						
Sierra	2.5	2442	5.3	2412	22.0	1756
Costa	1.9	1546	3.4	1532	10.2	1209
EDAD						
15-19	1.9	407	6.6	401	18.5	299
20-29	1.9	2167	3.7	2152	14.5	1646
30-39	2.5	1202	4.9	1186	17.9	888
40-49	4.7	212	3.6	205	16.3	132
NIVEL DE INSTRUCCION						
Ninguno	3.1	328	4.6	324	36.4	175
Primario	2.5	2036	3.6	2006	18.1	1337
Secundario	2.0	1264	5.2	1255	11.6	1105
Superior	0.7	360	5.6	359	14.4	348
NIVEL SOCIO-ECONOMICO						
Bajo	2.5	1130	3.1	1117	24.9	597
Medio	2.4	1875	4.1	1851	14.5	1454
Alto	1.6	983	6.0	976	13.5	914
PARIDEZ						
0	0.9	1034	4.6	1028	16.4	870
1	1.6	920	4.2	911	12.8	726
2-3	3.6	1128	4.5	1115	15.5	811
4 y más	3.2	906	4.3	890	20.5	558
CONTROL PRENATAL						
Si	1.8	3042	4.4	3012	15.1	2436
No	3.5	946	4.4	932	19.8	529
LUGAR DEL PARTO						
Parto institucional	2.1	2422	5.6	2393	14.4	2230
Parto en domicilio u otros	2.4	1566	2.3	1551	21.5	593
TIPO DE PARTO						
Cesárea	3.4	638	8.4	630	17.0	593
Vaginal	2.0	3350	3.5	3314	15.7	2372

* excluye los mortinatos; nacido dos semanas o más antes de tiempo

** solamente los nacidos vivos que fueron pesados

FUENTE: ENDEMAIN-94

La mortalidad perinatal aumenta con la edad de la madre hasta 4.7 por ciento en mujeres de 40-49 años. Está fuertemente relacionada con el nivel de educación, 3.1 por ciento en mujeres sin ninguna educación comparada con 0.7 por ciento en mujeres con niveles educativos superiores. La tasa de mortalidad perinatal disminuye con mejores niveles socioeconómicos y aumenta con la paridez. Es mayor en mujeres de zonas rurales comparado con urbanas (2.6 vs. 1.8%) y es mayor en la Sierra que en la Costa (2.5 vs. 1.9%). Es dos veces mayor en mujeres que no recibieron atención prenatal (3.5 vs. 1.8%).

La tasa de premadurez es mayor entre las mujeres más jóvenes (15-19 años de edad), mujeres con altos niveles socioeconómicos y de educación. Como se mencionó anteriormente esto puede ser debido a un mayor conocimiento de la fecha probable del parto o que el infante nació pretérmino o no. No parece ser muy plausible que estos grupos realmente tengan mayores tasas de premadurez. La premadurez es ligeramente mayor en áreas urbanas que en áreas rurales (4.8 vs. 4%). Es más alta en la Sierra que en la Costa (5.3 vs. 3.4%). La premadurez no se relaciona con la paridez ni con la atención prenatal. No obstante, las mujeres con partos institucionales tuvieron mayor probabilidad de reportar un parto prematuro. No es seguro si este resultado se debe a mayor referencia a los hospitales de mujeres con partos prematuros o a un mejor conocimiento de si el parto fue pretérmino por el acceso a los servicios de salud. Las tasas de premadurez fueron mucho mayores en los partos por cesárea.

La tasa de bajo peso al nacer es menor entre mujeres de 20-29 años de edad y mayor en mujeres de 15-19 años (14.5 vs. 18.5%). Es mucho mayor en mujeres sin ninguna educación (36.4%). También es alta en mujeres con bajo nivel socioeconómico (24.9 por ciento) y mujeres con alta paridez (20.5%). Es más alta en zonas rurales comparado con zonas urbanas (20.3 vs. 13.1%) y en la Sierra que en la Costa (22 vs. 10.2%). El bajo peso al nacer es ligeramente más común entre mujeres que no recibieron atención prenatal (19.8 vs. 15.1%). La tasa es mayor entre partos domiciliares y ligeramente más alta en partos por cesárea. Obviamente el bajo peso al nacer está fuertemente relacionado con la premadurez. Mientras 64.5 por ciento de las que reportaron premadurez también reportaron bajo peso al nacer, solamente el 13.7 por ciento de las mujeres con parto a término informaron bajo peso al nacer.

11.2.3 Prevalencia, complicaciones y tratamiento de los abortos

De las 4290 mujeres cuyo último embarazo terminó entre enero de 1992 y la fecha de la entrevista, 302 (8 por ciento) reportan que éste terminó en un aborto. El Cuadro 11.10 muestra que el 84.7 por ciento de estos abortos son reportados como espontáneos y el 15.3 por ciento como provocados. La tasa del aborto provocado es mayor entre mujeres de mayor edad, mujeres de mayor nivel socioeconómico, en áreas urbanas, y en la Costa. La tasa tiende a aumentar en mujeres con mejores niveles de educación, con excepción de las mujeres con niveles educativos superiores que tienen una tasa de aborto provocado de sólo 9 por ciento. Este descenso puede ser debido al menor número de mujeres, al mejor uso de planificación familiar, o a la menor probabilidad de reportar un aborto

provocado. La tasa mayor de aborto provocado corresponde a mujeres que tuvieron sólo un parto previo (26.3%) y es menor entre las nulíparas (5.5%).

CUADRO 11.10

TIPO DE ABORTO Y SI RECIBIERON ATENCION, POR DOMINIOS DE ESTUDIO:
MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1992 RESULTO EN ABORTO

CARACTERISTICAS	TIPO DE ABORTO		RECIBIO ATENCION		Nº DE CASOS
	Espontáneo	Inducido	Si	No	
TOTAL	84.7	15.3	82.6	17.4	302
AREA					
Urbana	82.8	17.2	89.7	10.3	176
Rural	87.8	12.2	70.7	29.3	126
REGION					
Sierra	89.3	10.7	81.7	18.3	154
Costa	81.4	18.6	83.2	16.8	148
EDAD					
15-19	88.6	11.4	51.5	48.5	30
20-29	86.8	13.2	85.9	14.1	138
30-39	83.8	16.2	89.1	10.9	105
40-49	75.4	24.6	85.2	14.8	29
NIVEL DE INSTRUCCION					
Ninguno	*	*	*	*	13
Primario	86.9	13.1	75.3	24.7	135
Secundario	80.2	19.8	87.5	12.5	125
Superior	91.0	9.0	94.0	6.0	29
NIVEL SOCIO-ECONOMICO					
Bajo	91.6	8.4	59.3	40.7	53
Medio	83.3	16.7	79.1	20.9	139
Alto	83.1	16.9	96.0	4.0	110
PARIDEZ					
0	94.5	5.5	83.8	16.2	52
1	73.7	26.3	82.4	17.6	64
2-3	84.9	15.1	79.0	21.0	445
4 y más	85.5	14.5	87.1	12.9	71
TIPO DE ABORTO					
Espontáneo	-	-	82.3	17.7	255
Inducido	-	-	84.1	15.9	47

FUENTE: ENDEMAIN-94

De las mujeres que reportaron un aborto, el 82.6 por ciento recibió algún tipo de atención médica. No hubo diferencia en el porcentaje de mujeres que recibieron tratamiento según el tipo de aborto. Las mujeres con mayor riesgo de no recibir tratamiento para un aborto son las de 15-19 años de edad. Casi la mitad, 48.5 por ciento de estas adolescentes no recibieron ningún tratamiento. Otros grupos en riesgo de no recibir tratamiento son las mujeres con un nivel socioeconómico bajo (40.7%), de áreas rurales (29.3%) y con menor nivel de educación (24.7%).

En el Cuadro 11.11 se presentan algunos de los síntomas, complicaciones y tipos de tratamiento que tuvieron las mujeres con abortos. El sangrado abundante es reportado por 30 por ciento de las mujeres con abortos y es más probable que sea reportado por mujeres de áreas rurales y con nivel socioeconómico bajo. El sangrado abundante es un problema mucho más grande para mujeres con abortos espontáneos que para mujeres con abortos provocados (32.8 vs. 14.7%). El dolor intenso es reportado por 46.3 por ciento de las mujeres con abortos y se encontró diferencias en los grupos analizados. La fiebre es reportada por 27.5 por ciento de las mujeres con abortos. Es mucho más frecuente en abortos espontáneos que en provocados (31 vs. 8.4%). Loquios mal olientes son informados por 27.2 por ciento, con diferencias entre los grupos analizados. La infecundidad es reportada más por mujeres con abortos provocados, en gran parte por el aumento en la tasa de histerectomía.

CUADRO 11.11

SINTOMAS, COMPLICACIONES Y TRATAMIENTOS DE LOS ABORTOS, POR DOMINIOS DE ESTUDIO

SINTOMAS COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO	TIPO DE ABORTO		AREA		REGION		NIVEL SOCIO-ECONOMICO			TOTAL
	Espontáneo	Inducido	Urbana	Rural	Sierra	Costa	Bajo	Medio	Alto	
SINTOMAS										
Dolores intensos	45.8	49.0	43.0	51.8	49.8	43.8	51.4	54.5	35.7	46.3
Sangrado abundante	32.8	14.7	24.5	39.2	32.6	28.2	36.0	32.9	24.5	30.0
Fiebre	31.0	8.4	27.0	28.4	29.4	26.2	34.7	26.1	26.0	27.5
Loquios (mal olientes)	28.4	20.6	22.9	34.5	31.8	24.0	33.6	30.1	21.6	27.2
COMPLICACIONES										
Infecundidad	22.2	31.7	28.0	16.5	16.1	29.0	18.1	28.1	21.6	23.7
TRATAMIENTO										
Antibióticos				56.9		77.4	49.2	66.4	81.7	69.7
Legrado				49.9		67.7	41.6	51.7	87.2	64.5
Transfusión sanguínea				6.2		7.0	10.8	6.8	3.5	6.1
Histerectomía				0.6		2.5	0	0.9	4.2	2.1
Nº de casos	255	47	176	126	154	148	53	139	110	302

FUENTE: ENDEMAIN-94

En aborto inducido hay mayor probabilidad de tener una histerectomía. (7.1 vs. 1.2%). De otro modo, los tratamientos fueron parecidos para los dos tipos de aborto. Mujeres de las áreas rurales y aquellas con nivel socioeconómico bajo tenían menos probabilidad de recibir algún tipo de tratamiento, con la excepción de transfusión sanguínea.

A pesar de que las mujeres con nivel socioeconómico bajo tenían mucho menos probabilidad de recibir algún tipo de tratamiento, ellas tenían una probabilidad tres veces mayor de recibir una transfusión sanguínea que mujeres de alto nivel socioeconómico (10.8 vs. 3.5 por ciento). Esto es debido a una mayor tasa de anemia en este grupo de mujeres, en las cuales el sangrado por un aborto deja a estas mujeres en peor estado de salud, a lo que debe agregarse probable retraso en buscar atención institucional y menor accesibilidad oportuna a estos servicios médicos.

11.2.4 Morbilidad antenatal

La prevalencia de la morbilidad antenatal y su efecto sobre el feto fue medida solamente en mujeres con un embarazo viable, excluyendo los 302 embarazos que terminaron en un aborto. El Cuadro 11.12 resume la prevalencia de algunos problemas antenatales reportados por estas mujeres. La mitad de las mujeres reportaron mareo y casi la mitad (46.7 por ciento) reportaron que se les hincharon los pies. Anemia por 28.7 por ciento y desmayo por 17.4 por ciento. El sangrado es reportado por 27.7 por ciento pero en 21.1 por ciento era ligero (manchado), mientras para 4.5 por ciento era moderado (manchó la ropa exterior) y en 2.1 por ciento era severo (manchó la ropa de cama). Las convulsiones son reportadas por 1.9 por ciento de las mujeres, pero el 0.8 por ciento ya tenían una historia de convulsiones antes del embarazo, lo que sugiere epilepsia. El otro 1.1 por ciento no tenían tal historia lo cual sugiere una eclampsia. En 74.7 por ciento de las mujeres alguien les tomó la presión arterial por lo menos una vez durante el embarazo y de éstas, 26 por ciento dijeron que por lo menos una vez la presión arterial estaba alta. En 7.5 por ciento, se encontró una historia de hipertensión previa al embarazo, lo cual sugiere hipertensión crónica. En el otro 18.5 por ciento no hubo una historia previa, lo cual sugiere una pre-eclampsia.

Cabe notar que algunas de las morbilidades reportadas en el cuadro 11.12 tienen mayor prevalencia en mujeres que recibieron atención prenatal. Esto incluye la anemia, edema y eclampsia. Esto puede reflejar o un mayor conocimiento o concientización sobre problemas antenatales por el contacto con los servicios de salud, o una tendencia a buscar los servicios de salud debido al problema. Otros problemas, tales como mareos, disuria, sangrado e hipertensión no están relacionados con la atención prenatal. Aún otros problemas tales como el desmayo y la epilepsia parecen estar relacionados con la falta de atención prenatal. Un patrón parecido se encontró en áreas rurales y urbanas lo cual puede estar relacionado con la cobertura de atención prenatal en estas áreas.

El desmayo, el sangrado moderado y severo, la pre-eclampsia y eclampsia, y la epilepsia están relacionados con menores niveles de educación, pero, solamente desmayo y epilepsia están relacionados con el nivel socioeconómico. El sangrado y la eclampsia no lo están.

CUADRO 11.12

ALGUNAS MORBILIDADES ANTENATALES, POR DOMINIOS DE ESTUDIO:
MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1992 FUE VIABLE

CARACTERISTICAS	TODOS LOS EMBARAZOS VIABLES										EMBARAZOS VIABLES CON PRESION ARTERIAL TOMADA		
	Mareo	Pies hinchados	Anemia	Desmayo	Sangrado ligero	Sangrado moderado	Sangrado severo	Probable eclampsia	Probable epilepsia	Nº de casos	Probable pre-eclampsia	Probable Hipertensión crónica	Nº de casos
TOTAL	50.1	46.7	28.7	17.4	21.1	4.5	2.1	1.1	0.8	3988	18.5	7.5	2806
AREA													
Urbana	51.0	51.7	31.8	15.0	22.2	4.5	2.1	1.1	0.6	1815	18.1	7.9	1495
Rural	49.1	41.3	25.4	19.9	20.0	4.5	2.1	1.1	0.9	2173	19.1	6.9	1311
REGION													
Sierra	53.6	42.5	21.0	18.5	21.0	4.5	2.7	1.0	0.9	2442	20.1	6.2	1691
Costa	46.3	51.1	36.8	16.2	21.2	4.4	1.5	1.2	0.7	1546	17.0	8.9	1115
EDAD													
15-19	51.1	44.6	30.4	18.0	18.1	3.6	3.3	1.2	1.4	407	17.5	6.4	277
20-29	51.5	45.4	29.6	16.6	22.2	4.0	1.8	1.1	0.6	2167	17.8	6.3	1550
30-39	47.8	49.2	26.8	18.3	20.9	4.9	2.1	0.8	0.8	1202	20.1	9.6	857
40-49	44.9	50.3	25.8	19.9	18.9	9.5	1.8	2.8	1.1	212	20.4	13.0	122
NIVEL DE INSTRUCCION													
Ninguno	43.2	34.4	28.1	25.8	23.2	5.0	1.5	1.9	1.8	328	21.6	13.8	121
Primario	52.0	44.2	28.9	20.8	19.3	4.9	2.3	1.1	1.0	2036	19.2	8.5	1285
Secundario	50.2	51.2	29.7	13.7	23.4	4.3	2.5	1.0	0.4	1264	18.0	6.1	1064
Superior	45.0	51.9	25.0	7.5	20.6	2.6	0.4	0.7	0	360	17.0	7.0	336
NIVEL SOCIO-ECONOMICO													
Bajo	48.2	37.1	30.6	21.7	19.6	3.7	2.0	0.9	1.0	1130	16.5	8.5	573
Medio	52.5	48.4	29.3	18.8	21.3	4.8	2.5	1.2	0.9	1875	17.9	7.5	1351
Alto	47.8	52.2	26.2	11.5	22.1	4.6	1.6	1.1	0.4	983	20.3	7.2	882
PARIDEZ													
0	47.6	50.1	28.5	14.1	22.5	3.6	1.8	1.2	0.6	1034	18.5	6.0	780
1	50.7	42.9	29.1	16.6	19.8	3.9	1.7	0.7	0.7	920	15.9	6.2	690
2-3	51.0	46.6	28.9	16.7	21.1	5.2	2.9	1.1	0.4	1128	19.8	7.5	803
4 y más	51.9	46.1	28.4	23.9	20.7	5.5	1.9	1.4	1.4	906	20.4	12.4	533
CONTROL PRENATAL													
Si	50.4	48.1	29.8	15.4	21.3	4.4	2.0	1.2	0.7	3042	18.3	7.1	2446
No	48.9	42.2	25.1	23.8	20.4	4.7	2.3	0.8	1.1	946	20.2	10.1	360

FUENTE: ENDEMAIN-94

El sangrado severo es reportado con mayor frecuencia por adolescentes y con menor frecuencia por mujeres con educación superior. La prevalencia de eclampsia y pre-eclampsia tiene la forma de U con respecto a la paridez, con mayores tasas a los dos extremos de la misma. La prevalencia de eclampsia también tiene la forma de U con respecto a la edad de la mujer.

CUADRO 11.13
RESULTADOS PERINATALES, POR ALGUNAS MORBILIDADES ANTENATALES:
MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1992 FUE VIABLE

MORBILIDADES	MORTALIDAD PERINATAL		PREMATURO*		BAJO PESO** (< 5.5 libras)	
	Tasa	Nº de casos	Tasa	Nº de casos	Tasa	Nº de casos
TOTAL	2.2	3988	4.4	3944	16.0	2965
MAREO						
Si	2.3	2021	4.6	1995	17.6	1511
No	2.1	1967	4.2	1949	14.3	1454
PIES HINCHADOS						
Si	2.0	1777	4.6	1756	14.2	1390
No	2.4	2211	4.2	2188	17.8	1575
ANEMICA						
Si	2.4	1070	4.5	1055	16.7	797
No	2.1	2918	4.4	2889	15.7	2168
DESMAYO						
Si	2.8	705	3.7	695	16.9	476
No	2.1	3283	4.5	3249	15.8	2489
SANGRADO LIGERO						
Si	1.3	799	4.7	791	14.9	618
No	2.4	3189	4.3	3153	16.3	2347
SANGRADO MODERADO						
Si	5.1	172	8.5	169	17.6	122
No	2.1	3816	4.2	3775	15.9	2843
SANGRADO SEVERO						
Si	11.5	91	14.6	88	31.8	68
No	2.0	3897	4.2	3856	15.7	2897
PROBABLE ECLAMPSIA						
Si	6.8	44	8.1	41	13.4	27
No	2.2	3944	4.4	3903	16.0	2938
PROBABLE EPILEPSIA						
Si	1.3	37	6.4	36	*	23
No	2.2	3951	4.4	3908	16.0	2942
PROBABLE PREECLAMPSIA						
Si	2.2	506	6.0	501	15.2	421
No	1.7	2300	4.6	2280	15.0	1905
PROBABLE HTN CRONICA						
Si	3.2	197	7.4	193	19.4	161
No	1.7	2609	4.7	2588	14.7	2165

* excluye los mortinatos; nacido dos semanas o más antes de tiempo

** solamente los nacidos vivos que fueron pesados

En el Cuadro 11.13 se presentan datos sobre los efectos de algunas de las morbilidades antenatales sobre el resultado perinatal. La mortalidad perinatal está fuertemente asociada tanto con el sangrado moderado y severo (5.1 y 11.5 por ciento), como con la eclampsia (6.8%). La mortalidad perinatal también parece estar asociada con la pre-eclampsia y la hipertensión crónica.

La premadurez está fuertemente asociada con el sangrado moderado y severo, y también parece estar asociada con la eclampsia, epilepsia, pre-eclampsia e hipertensión crónica. El bajo peso al nacer, en esta encuesta, se asocia notablemente con sangrado severo y menos con hipertensión crónica, probablemente por la limitación de las preguntas realizadas, no se incluyeron otras causas que incidan en el bajo peso.

11.2.5 Tipos de parto y tasa de episiotomía

La tasa de cesárea ya fue presentada previamente para el período quinquenal de 1989-1994. La tasa presentada en el Cuadro 11.14 es ligeramente más alta debido a que refleja la tasa de cesárea para un período más reciente (desde enero 1992), y debido a que solamente se incluyen los últimos embarazos. Las tendencias hacia tasas altas de cesárea en ciertos grupos es igual al cuadro 11.15. El uso de forceps es reportado en solamente 0.5 por ciento de los partos vaginales. En general, la tasa de episiotomía es de 29.6 por ciento. La tasa de episiotomía aumenta con menor edad, con menor paridez, con mayor educación y nivel socioeconómico. Estas tendencias hacia mayores niveles de intervención médica son parecidas a las que se encontraron con la tasa de cesárea, con la excepción de la edad y la región. Las tasas de episiotomía son muy parecidas entre la Sierra y la Costa (30.3 vs. 28.7 por ciento) mientras la tasa de cesárea es mucho mayor en la Costa (22.1 vs. 14.9 por ciento).

Cabe mencionar que la Organización Panamericana de Salud en su plan de reducción de la mortalidad materna indica que las tasas de cesárea no deben ser mayores al 15 por ciento. Una tasa mayor sugiere que se están haciendo cesáreas innecesarias, que también tienen cierto riesgo para la mortalidad materna.

CUADRO 11.14
TIPO DE PARTO, POR DOMINIOS DE ESTUDIO:
MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1992 FUE VIABLE

CARACTERISTICAS	CESAREA	VAGINAL	Nº DE CASOS	VAGINAL CON FORCEPS	VAGINAL CON EPISIOTOMIA	Nº DE CASOS
TOTAL	18.4	81.6	3988	0.5	29.6	3350
AREA Urbana	26.5	73.5	1815	0.6	42.5	1363
Rural	9.9	90.1	2173	0.3	18.5	1987
REGION Sierra	14.9	85.1	2442	0.5	30.3	2126
Costa	22.1	77.9	1546	0.4	28.7	1224
EDAD 15-19	13.9	86.1	407	1.0	39.3	365
20-29	18.2	81.8	2167	0.5	34.1	1822
30-39	21.0	79.0	1202	0.1	20.3	978
40-49	17.2	82.8	212	1.2	8.9	185
NIVEL DE INSTRUCCION Ninguno	6.2	93.8	328	0.3	9.0	314
Primario	11.5	88.5	2036	0.4	18.7	1833
Secundario	23.6	76.4	1264	0.7	46.2	993
Superior	43.4	56.6	360	0	59.2	210
NIVEL SOCIO-ECONOMICO Bajo	7.3	92.7	1130	0.2	10.5	1067
Medio	16.0	84.0	1875	0.6	29.9	1603
Alto	31.8	68.2	983	0.5	51.2	680
PARIDEZ 0	21.4	78.6	1034	0.7	48.9	818
1	23.0	77.0	920	0.2	36.5	734
2-3	17.9	82.1	1128	0.6	21.7	961
4 y más	9.7	90.3	906	0.3	7.3	837
CONTROL PRENATAL Si	21.7	78.3	3042	0.5	33.6	2474
No	8.2	91.8	946	0.5	18.7	876

FUENTE: ENDEMAIN-94

11.2.6 Morbilidad durante el parto

El Cuadro 11.15 resume la prevalencia de ciertos problemas durante el parto. El 27.3 por ciento de las mujeres reportan una ruptura prematura de las membranas (antes de comenzar los dolores del parto) pero solamente un 3.8 por ciento reportan que las membranas estuvieron rotas más de 24 horas antes del parto. La ruptura prolongada de las membranas aumenta con la menor paridez. No está claramente relacionada con otros factores.

CUADRO 11.15
ALGUNAS MORBILIDADES DURANTE EL PARTO, POR DOMINIOS DE ESTUDIO:
MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1992 FUE VIABLE

CARACTERISTICAS	Ruptura prematura de membranas	Ruptura prolongada de membranas	Parto prolongado	Mala posición del feto	Fiebre	Sangrado intenso	Sangrado con desmayo	Probable eclampsia	Retención placentaria	Nº de casos
TOTAL	27.3	3.8	22.1	4.7	21.8	29.6	7.3	2.5	13.2	3988
AREA										
Urbana	23.9	4.1	25.8	6.2	20.4	25.0	5.5	2.1	13.9	1815
Rural	30.9	3.4	18.1	3.0	23.3	34.4	9.1	3.0	12.3	2173
REGION										
Sierra	25.1	3.5	19.0	5.0	31.4	34.7	9.3	2.2	14.7	2442
Costa	29.6	4.1	25.3	4.3	11.7	24.1	5.2	2.8	11.6	1546
EDAD										
15-19	29.2	3.5	20.8	2.9	18.5	29.9	7.2	1.5	14.3	407
20-29	26.9	3.9	21.3	5.2	21.3	28.4	6.2	2.6	14.3	2167
30-39	26.7	3.5	23.1	4.5	24.4	30.8	8.6	2.4	11.0	1202
40-49	30.8	4.5	26.9	3.5	20.8	34.4	11.9	4.4	10.7	212
NIVEL DE INSTRUCCION										
Ninguno	39.2	3.0	19.8	3.5	28.7	39.6	15.6	5.4	10.0	328
Primario	29.2	3.9	17.6	3.5	24.5	35.5	8.9	2.5	13.5	2036
Secundario	25.0	4.1	25.7	6.0	18.5	23.9	4.9	2.3	15.1	1264
Superior	17.5	2.9	33.0	6.9	15.4	13.1	1.6	1.3	7.3	360
NIVEL SOCIO-ECONOMICO										
Bajo	32.4	2.4	17.1	2.9	22.5	35.7	11.5	3.4	12.9	1130
Medio	27.9	4.5	21.4	4.6	23.9	31.9	6.6	2.5	14.5	1875
Alto	22.0	3.9	27.3	6.3	18.0	20.6	4.7	1.8	11.3	983
PARIDEZ										
0	29.4	5.1	25.6	5.6	19.9	25.7	4.7	2.4	12.1	1034
1	22.7	3.1	21.3	4.3	20.4	27.8	6.8	1.6	15.1	920
2-3	27.5	3.8	21.7	5.0	22.1	31.4	7.2	2.5	13.7	1128
4 y más	29.1	2.7	18.2	3.4	25.8	34.9	11.5	3.7	11.9	906
CONTROL PRENATAL										
Si	26.3	3.9	23.5	5.1	20.9	28.6	6.8	2.3	13.0	3042
No	30.5	3.3	17.5	3.5	24.7	32.6	8.6	3.2	13.7	946
LUGAR DEL PARTO										
Parto institucional	24.9	4.2	27.0	6.4	20.7	26.3	6.3	2.3	13.1	2422
Parto en domicilio u otros	31.6	3.0	13.1	1.6	23.8	35.5	9.0	2.8	13.3	1566
TIPO DE PARTO										
Cesárea	17.8	3.5	57.1	12.1	21.9	18.2	3.8	3.5	0	638
Vaginal	29.4	3.8	14.1	3.0	21.8	32.1	8.1	2.3	16.1	3350

El 22 por ciento de las mujeres reportan un parto de duración prolongada (más de 24 horas). La prevalencia del parto prolongado aumenta con mejores niveles socioeconómicos y de educación, y con menor paridez. Es más alto en mujeres de áreas urbanas y de la Costa. El 57 por ciento de las mujeres que tuvieron un parto por cesárea reportaron haber tenido una labor de parto prolongado.

El sangrado intenso durante el parto es reportado por 29.6 por ciento de las mujeres y el sangrado intenso asociado con desmayo, que potencialmente amenaza la vida, es reportada por 7.3 por ciento. La prevalencia de las dos morbilidades disminuye con los mejores niveles socioeconómicos, educación y aumenta con la edad y la paridez. La prevalencia de estas dos condiciones también fue mayor entre mujeres rurales, las de la Sierra, las que no recibieron atención prenatal, las que dieron a luz en su casa y las de mayor edad.

Una convulsión durante el parto o en el período antenatal, no asociada con historia previa de epilepsia, se define como una probable eclampsia y es reportada por 2.5 por ciento de las mujeres. La prevalencia de esta condición también disminuye con mejores niveles socioeconómicos y de educación. Tiende a aumentar con la edad, pero tuvo la forma de U con respecto a la paridez y fue menor en mujeres con un parto anterior. Las mujeres que recibieron atención prenatal y que dieron a luz en una institución tenían menos probabilidad de reportar eclampsia. La frecuencia de eclampsia fue mayor en mujeres que tuvieron una cesárea, como indicación para operar.

La fiebre durante el parto es reportada por 21.8 por ciento de las mujeres. No está relacionada con la edad de la mujer. Tiende a aumentar con la paridez, y a disminuir con mejores niveles socioeconómicos y de educación. Su prevalencia es ligeramente más alta en áreas rurales y tres veces mayor en la Sierra que en la Costa (31.4 vs. 11.7%). Es más probable que se reporte fiebre por mujeres que no recibieron atención prenatal y que dieron a luz en su casa, pero, no está relacionada con el tipo de parto.

La retención placentaria es reportada por 13.2 por ciento de las mujeres. La prevalencia aumenta con menor edad. No se relaciona con las otras características analizadas.

En el Cuadro 11.16 se presentan algunos de los tratamientos que recibieron las mujeres durante el parto y el puerperio. El 40 por ciento de las mujeres recibieron antibióticos, el 3.8 por ciento reportan legrado, 2.9 por ciento reportan una transfusión sanguínea y el 0.3 por ciento una histerectomía. El tratamiento con antibióticos aumenta con mejores niveles socioeconómicos y de educación, y con menor paridez. Tratamiento con antibióticos es más frecuente en las áreas urbanas, la Costa, en mujeres que recibieron atención prenatal, que dieron a luz en una institución y que tuvieron una cesárea.

El porcentaje de mujeres a quienes se les hizo legrado después del parto disminuye con mayor edad y paridez y aumenta con mejor nivel socioeconómico. El porcentaje es mayor en mujeres de áreas urbanas, en las que recibieron atención prenatal y que dieron a luz en una institución. No se relacionó con el nivel de educación ni con la región de residencia

Mujeres de 40-49 años de edad tuvieron una probabilidad mucho menor de recibir una transfusión sanguínea comparada con mujeres de otras edades. Era menos probable también en áreas rurales y en la Sierra. La frecuencia de una transfusión disminuyó con aumento en la paridez. Las mujeres con cesárea tuvieron una probabilidad tres veces mayor de recibir una transfusión sanguínea comparado con los partos vaginales (6.6 vs. 2%). No se relacionó con el nivel de educación, ni con atención prenatal, pero fue más común en mujeres con alto nivel socioeconómico.

CUADRO 11.16

TRATAMIENTO RECIBIDO DURANTE EL PARTO Y EL PUEPERIO, POR DOMINIOS DE ESTUDIO:
MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1992, FUE VIABLE

CARACTERISTICAS	ANTIBIOTICOS	LEGRADO	TRANSFUSION SANGUINEA	HISTERECTOMIA	Nº de casos
TOTAL	40.0	3.8	2.9	0.3	3988
AREA					
Urbana	49.7	5.1	3.6	0.5	1815
Rural	29.7	2.5	2.1	0.1	2173
REGION					
Sierra	30.3	3.8	2.6	0.2	2442
Costa	50.1	3.9	3.1	0.4	1546
EDAD					
15-19	37.1	4.4	3.1	0.1	407
20-29	41.6	4.3	2.8	0.2	2167
30-39	40.0	3.1	3.1	0.5	1202
40-49	28.7	1.8	1.9	0.5	212
NIVEL DE INSTRUCCION					
Ninguno	18.7	2.6	2.3	0	328
Primario	32.9	3.5	2.4	0.4	2036
Secundario	50.0	4.7	3.5	0.2	1264
Superior	54.8	3.5	3.0	0.3	360
NIVEL SOCIO-ECONOMICO					
Bajo	25.4	2.7	2.5	0.2	1130
Medio	40.6	3.9	2.7	0.3	1875
Alto	51.5	4.8	3.4	0.4	983
PARIDEZ					
0	44.0	4.2	3.4	0.3	1034
1	42.9	4.6	2.9	0.2	920
2-3	40.3	4.4	2.7	0.2	1128
4 y más	30.4	1.8	2.2	0.5	906
CONTROL PRENATAL					
Si	44.2	4.1	2.9	0.3	3042
No	26.5	3.0	2.6	0.3	946
LUGAR DEL PARTO					
Parto institucional	52.2	5.5	4.0	0.4	2422
Parto en domicilio u otros	17.9	0.8	0.9	0	1566
TIPO DE PARTO					
Cesárea	68.9	4.8	6.6	0.7	638
Vaginal	33.4	3.6	2.0	0.2	3350

FUENTE: ENDEMAIN-94

La histerectomía fue más común entre mujeres mayores de edad. No se relacionó con el nivel de educación pero tiende a aumentar con mejor estado socioeconómico. La histerectomía fue más frecuente en mujeres de áreas urbanas y de la Costa. La prevalencia es en forma de J con respecto a la paridez. El factor de riesgo más importante para una histerectomía fue el parto por cesárea (0.7%).

Para evaluar la calidad de la atención hospitalaria, el Cuadro 11.17 resume algunos de los tratamientos recibidos para morbilidades durante el parto por mujeres que dieron a luz en una institución. Cabe subrayar que en este cuadro solamente entran mujeres que dieron a luz en un hospital o centro de salud. Para mujeres con ruptura prolongada de las membranas es solo ligeramente más probable que reciban antibióticos que mujeres sin esta condición (60.4 vs. 51.8%). Mujeres con un parto prolongado tienen una probabilidad casi cuatro veces mayor de tener una cesárea (58.7 vs. 15.9 por ciento), tres veces menor de tener histerectomía (0.9 vs. 0.3 por ciento) y ligeramente mayor probabilidad de recibir antibióticos (59.6 vs. 49.4 por ciento).

CUADRO 11.17
TRATAMIENTO RECIBIDO DURANTE EL PARTO O EL PUEPERIO POR MORBILIDADES INTRAPARTOS:
MUJERES CUYO ULTIMO EMBRAZO A PARTIR DE ENERO DE 1992 FUE VIALBE
SOLAMENTE PARTOS HOSPITALARIOS

MORBILIDADES	CESAREA	ANTIBIOTICOS	LEGRADO	TRANSFUSION SANGUINEA	HISTERECTOMIA	Nº de casos
TOTAL	27.4	52.2	5.5	4.3	0.4	2422
RUPTURA PROLONGADA DE LA MEMBRANA						
Si	23.5	60.4	9.6	4.7	0	94
No	27.6	51.8	5.3	3.9	0.5	2328
PARTO PROLONGADO						
Si	58.7	59.6	4.2	4.3	0.3	629
No	15.9	49.4	6.0	3.8	0.9	1793
MALA POSICION DEL FETO						
Si	51.8	61.0	18.6	6.8	2.0	144
No	25.8	51.6	4.6	3.8	0.3	2278
FIEBRE						
Si	28.4	55.6	10.0	6.1	0.2	521
No	27.2	51.3	4.3	3.4	0.5	1901
SANGRADO INTENSO						
Si	18.9	55.2	7.2	7.1	0.2	661
No	30.5	51.1	4.9	2.9	0.5	1761
SANGRADO CON DESMAYO						
Si	17.1	66.2	7.2	11.1	0	153
No	28.1	51.2	5.4	3.5	0.5	2269
PROBABLE ECLAMPSIA						
Si	41.0	66.3	7.2	10.3	0.6	54
No	27.1	51.8	5.5	3.8	0.4	2368
RETENCION PLACENTARIA						
Si	0	48.7	14.3	2.1	0.4	335
No	31.6	52.7	4.2	4.2	0.5	2087

FUENTE: ENDEMAIN-94

Mujeres que reportaron que el feto estuvo en mala posición durante el parto tuvieron mayor probabilidad de tener una cesárea (51.8 vs. 25.8%). La probabilidad de recibir una transfusión sanguínea fue el doble, de tener revisión intrauterina o legrado cuatro veces mayor y de requerir una histerectomía fue seis veces mayor, que en el grupo sin esta condición.

Mujeres que reportaron sangrado intenso tuvieron una probabilidad dos veces mayor de recibir una transfusión sanguínea, y esta probabilidad subió a tres veces mayor para las mujeres que reportaron sangrado intenso y desmayo. La probabilidad de un legrado fue ligeramente mayor. Para mujeres con una probable eclampsia la frecuencia de cesárea fue mayor (41 vs. 27.1%), también la transfusión sanguínea (10.3 vs. 3.8%). La frecuencia de legrado y antibióticos fue ligeramente mayor.

CUADRO 11.18
RESULTADOS PERINATALES, POR ALGUNAS MORBILIDADES DURANTE EL PARTO Y EL PUEPERIO:
MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1992, FUE VIABLE

MORBILIDADES	MORTALIDAD PERINATAL		PREMATURO*		BAJO PESO**	
	Tasa	Nº de casos	Tasa	Nº de casos	Tasa	Nº de casos
TOTAL	2.2	3988	4.4	3944	16.0	2965
RUPTURA PROLONGADA DE LA MEMBRANA Si No	5.0 2.1	138 3850	13.6 4.1	134 3810	26.0 15.6	114 2851
PARTO PROLONGADO Si No	2.8 2.0	819 3169	7.5 3.5	807 337	19.3 15.0	665 2300
MALA POSICION DEL FETO Si No	4.5 2.1	169 3819	11.1 4.1	163 3781	15.9 16.0	139 2826
FIEBRE Si No	3.0 2.0	917 3071	5.8 4.0	904 3040	20.5 14.8	656 2309
SANGRADO INTENSO Si No	2.3 2.2	917 3071	5.1 4.1	1202 2742	19.6 14.6	869 2096
SANGRADO CON DESMAYO Si No	2.2 2.2	300 3688	4.0 4.4	293 3651	20.8 15.7	199 2766
PROBABLE ECLAMPSIA Si No	5.6 2.1	95 3893	6.1 4.4	90 3854	18.0 16.0	59 2906
RETENCION PLACENTARIA Si No	2.5 2.2	540 3448	5.3 4.3	535 3409	16.0 16.0	414 2551

* excluye los mortinatos; nacido dos semanas o más antes de tiempo

** solamente los nacidos vivos que fueron pesados

FUENTE: ENDEMAIN-94

Sorprendentemente, las mujeres que reportaron fiebre tuvieron frecuencias parecidas de haber recibido antibióticos (55.6 vs. 51.3%). Sin embargo, la probabilidad de una revisión intrauterina o legrado fue más de dos veces mayor (10 vs. 4.3%) y de recibir una transfusión casi dos veces mayor. Otro resultado sorprendente es el de mujeres que reportan una retención placentaria, aunque tuvieron una probabilidad tres veces mayor de requerir una revisión intrauterina o legrado (14.3 vs. 4.2%), el porcentaje que recibió antibióticos y una transfusión es menor que en mujeres que no reportaron una retención placentaria.

El Cuadro 11.18 resume los efectos de morbilidades durante el parto sobre el resultado perinatal. La mortalidad perinatal está asociada con la ruptura prolongada de las membranas, mala posición del feto, eclampsia y con la fiebre. No está relacionada con el sangrado severo (sangrado con desmayo), lo cual tiende a ocurrir después del parto. La premadurez está fuertemente relacionada con la ruptura prolongada de las membranas, mala posición del feto y eclampsia. El bajo peso al nacer está asociado con la ruptura prolongada de las membranas y ligeramente con sangrado severo y con fiebre.

11.2.7 Morbilidad del postparto

En la tabla 11.19 se presentan algunas de las complicaciones durante el período postparto (en las seis semanas posteriores al parto). Se observa que el 27.9 por ciento de las mujeres reportan haber tenido sangrado intenso, el 20.5 por ciento reportó dolor al orinar (disuria), el 19 por ciento fiebre, el 15.8 por ciento flujos vaginales mal olientes (loquios), el 13.7 por ciento infección de los senos (mastitis), y el 5.8 por ciento reportó desmayo.

Todas estas morbilidades postparto son reportadas con mayor frecuencia por mujeres de las áreas rurales; a excepción de la disuria y los loquios que son reportados más por mujeres de áreas urbanas. La fiebre y mastitis no estuvieron asociadas con el área de residencia.

La falta de control prenatal fue más común entre mujeres que reportaron sangrado intenso, desmayo y fiebre pero no con mastitis, disuria y loquios de mal olor. El sangrado intenso y desmayo fueron asociados con partos no institucionales, mientras que la disuria y loquios se relacionan con partos institucionales. Los partos vaginales están asociados con el sangrado intenso, desmayo y disuria. Los otros problemas no se relacionan con el tipo de parto.

El reporte de sangrado intenso, desmayo y fiebre tiende a disminuir con mejores niveles socioeconómicos y de educación. Las otras morbilidades postpartos no están asociadas con estos factores con la excepción de loquios que son reportados más por mujeres con nivel educativo superior. Las adolescentes tienden a reportar más morbilidades postpartos y, con la excepción del desmayo, las mujeres mayores de 40 años reportan menos problemas. Las mujeres con alta paridez (cuatro o más partos previos) reportaron más problemas con sangrado intenso y con desmayo. Por otro lado, la mastitis es más común en nulíparas. La disuria y los loquios tienden a disminuir a medida que aumenta la paridez.

CUADRO 11.19

**ALGUNAS MORBILIDADES DEL PUEPERIO, POR DOMINIOS DE ESTUDIO:
MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1992, FUE VIABLE**

CARACTERISTICAS	TODOS LOS EMBARAZOS VIALES						
	Sangrado intenso	Dolor al orinar (disuria)	Fiebre	Flujos mal olientes (loquios)	Mastitis	Desmayo	Nº de casos
TOTAL	27.9	20.5	19.0	15.8	13.7	5.8	3988
AREA							
Urbana	25.1	22.4	18.7	17.0	13.7	4.4	1815
Rural	30.8	18.4	19.4	14.6	13.6	7.3	2173
REGION							
Sierra	31.6	23.3	23.3	19.4	17.1	7.3	2442
Costa	24.0	17.5	14.6	12.0	10.1	4.2	1546
EDAD							
15-19	30.3	22.7	16.5	15.6	16.7	7.0	407
20-29	27.6	23.3	19.8	17.3	14.7	5.3	2167
30-39	27.5	15.3	19.8	13.7	10.7	6.0	1202
40-49	27.1	14.2	12.9	12.2	12.6	6.5	212
NIVEL DE INSTRUCCION							
Ninguno	32.2	16.0	27.7	15.6	10.7	15.7	328
Primario	31.1	19.2	19.1	15.4	12.9	6.1	2036
Secundario	24.9	23.1	18.3	15.4	16.6	4.2	1264
Superior	19.0	20.9	15.4	19.5	9.4	2.6	360
NIVEL SOCIO-ECONOMICO							
Bajo	31.9	18.3	20.7	13.9	13.5	8.9	1130
Medio	29.4	21.7	19.8	17.0	12.9	5.7	1875
Alto	22.0	20.4	16.4	15.7	15.0	3.2	983
PARIDEZ							
0	27.3	25.8	19.9	18.2	18.5	5.0	1034
1	26.0	20.7	15.8	15.4	11.9	3.9	920
2-3	27.4	17.9	19.6	14.9	10.1	6.4	1128
4 y más	31.4	15.5	20.7	14.0	13.0	8.3	906
CONTROL PRENATAL							
Si	26.4	20.6	18.3	16.0	13.7	5.0	3042
No	32.6	20.1	21.4	15.3	13.6	8.2	946
LUGAR DEL PARTO							
Parto institucional	26.7	22.1	18.8	16.6	13.3	4.8	2422
Parto domiciliar u otros	30.0	17.5	19.4	14.5	14.4	7.5	1566
TIPO DE PARTO							
Cesárea	21.8	17.3	20.5	15.1	12.8	4.5	638
Vaginal	29.2	21.2	18.7	16.0	13.9	6.1	3350

FUENTE: ENDEMAIN-94

Se analizó el porcentaje de las mujeres con cada una de las morbilidades postparto que recibió tratamiento y se presentan los resultados en la tabla 11.20. Estos resultados son muy uniformes para todos los tipos de morbilidad. Las mujeres de las áreas urbanas y de la costa tienen una probabilidad de 1.5 - 2 veces mayor de haber recibido tratamiento que las mujeres de las áreas rurales y de la sierra. El tratamiento está muy relacionado con el nivel socio-económico y de educación. No es sorprendente que mujeres que tuvieron control prenatal, dieron a luz en una institución, tuvieron un parto por cesárea también tengan mucho más probabilidad de haber recibido tratamiento. Claro está que son las mujeres con mejores niveles socio-económicos y de educación las que tienen mayor probabilidad de tener control prenatal, dar a luz en un hospital y tener su parto por cesárea. Para saber si algunos de estos factores están relacionados independientemente con la posibilidad de recibir tratamiento sería necesario hacer un análisis multivariado.

Mujeres mayores de 40 años y las que tienen alta paridez tiene menos probabilidad de recibir tratamiento para la mayoría de las morbilidades postparto. La excepción es el sangrado intenso. Las adolescentes tienen más probabilidad de recibir tratamiento para el desmayo y la mastitis pero menos para los loquios mal olientes.

CUADRO 11.20

PORCENTAJE DE MUJERES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO, PARA ALGUNAS MORBILIDADES DEL PUEPERIO: MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1992 FUE VIABLE, Y REPORTARON UNA MORBILIDAD

CARACTERISTICAS	EMBARAZOS VIABLES CON MORBILIDADES DEL PUEPERIO											
	Tuvo sangrado intenso y recibió TTO		Tuvo disuria y recibió TTO		Tuvo fiebre y recibió TTO		Tuvo loquios mal olor y recibió TTO		Tuvo mastitis y recibió TTO		Tuvo desmayo y recibió TTO	
	Porcentaje	Nº de casos	Porcentaje	Nº de casos	Porcentaje	Nº de casos	Porcentaje	Nº de casos	Porcentaje	Nº de casos	Porcentaje	Nº de casos
TOTAL	40.2	1119	41.2	773	38.2	772	33.4	639	42.4	521	38.8	233
AREA Urbana Rural REGION Sierra Costa	52.0	449	46.1	382	45.9	333	42.1	321	53.3	229	54.5	74
	30.0	670	35.0	391	30.3	439	22.7	318	30.8	292	28.8	159
	29.6	742	34.0	517	31.3	547	30.4	461	36.9	394	32.6	165
	54.9	377	51.3	256	49.8	225	38.6	178	52.2	127	50.0	68
EDAD 15-19 20-29 30-39 40-49	37.0	121	42.1	87	36.1	197	17.8	68	51.6	58	58.3	32112
	42.4	601	41.9	467	40.2	158	37.4	367	45.0	297	37.9	75
	37.4	334	42.6	183	36.5	214	33.0	138	32.3	137	37.2	14
	39.1	63	17.4	36	25.6	203	23.6	36	29.5	29	*	
NIVEL DE INSTRUCCION Ninguno Primario Secundario Superior	27.5	108	19.0	51	24.6	88	18.5	54	17.5	39	22.8	48
	33.6	627	34.2	379	32.5	390	27.5	306	28.8	261	31.2	128
	51.0	320	46.4	267	45.3	236	38.3	209	56.2	183	59.4	50
	58.6	64	64.9	76	60.8	58	51.5	70	69.8	38	*	7
NIVEL SOCIO-ECONOMICO Bajo Medio Alto	27.5	360	30.1	209	26.7	244	14.7	165	25.2	155	22.0	106
	39.8	547	40.1	373	36.1	360	31.6	311	38.8	238	42.6	95
	56.7	212	51.7	191	54.5	168	50.7	163	60.5	128	68.1	32
PARIDEZ 0 1 2-3 4 y más	38.8	275	44.6	247	40.6	197	30.1	187	45.9	186	52.1	54
	50.1	259	39.4	193	38.0	158	39.8	147	54.9	98	28.7	41
	41.5	304	47.5	188	45.9	214	38.9	170	38.5	114	44.6	67
	31.2	281	26.8	145	26.2	203	25.0	135	26.1	123	27.2	71
CONTROL PRENATAL Si No	44.8	814	47.4	598	43.8	573	36.4	500	45.9	391	43.3	152
	28.2	305	20.9	175	23.0	199	23.7	139	31.1	130	30.0	81
LUGAR DEL PARTO Parto institucional Parto dom. u otros	53.3	651	48.8	505	49.4	451	40.6	411	52.5	304	57.6	112
	19.0	468	24.0	268	18.6	321	18.7	228	25.5	217	17.0	121
TIPO DE PARTO Cesárea Vaginal	73.6	144	58.4	110	62.0	124	47.8	96	63.6	73	63.7	28
	34.5	975	38.1	663	32.3	648	30.4	543	38.0	448	34.5	205

FUENTE: ENDEMAIN-94

11.3 *Detección oportuna del cáncer cérvico-uterino*

El cáncer de cuello uterino es la patología

neoplásica más frecuente en nuestro país y constituye la principal causa de enfermedad y muerte por cáncer en las mujeres.

A todas las mujeres casadas o unidas se preguntó si alguna vez se habían hecho examen para detección oportuna de cáncer de cuello uterino, mediante la toma de citología para el examen de Papanicolaou (abreviado en uso PAP). Este contenido importante de salud reproductiva se incluyó en el cuestionario de ENDEMAIN-94, pues permite medir el progreso de aplicación de este examen de atención primaria, cuyos resultados serán más evidentes con la mayor cobertura y la calidad de los resultados de laboratorio.

En el Cuadro 11.21, los resultados señalan que el 52.9 por ciento se lo ha realizado alguna vez. El área urbana tiene valores de 65.3 por ciento, mientras en la rural es de 36 por ciento. No se encuentran diferencias significativas por región.

En los seis dominios de estudio, Quito muestra el valor más elevado con el 74.5 por ciento. Coberturas bajas se encuentran en el área rural costa (38.8%) y en último término rural sierra (33.8%).

En provincias se encuentran cifras altas para Pichincha (67.9%), Guayas (61%) y El Oro 56.5%. Valores inferiores al promedio total arrojan Cañar (35.4%), Bolívar (34.4%) y Cotopaxi 29.3 por ciento.

Según edades quinquenales y en acuerdo con recomendaciones técnicas cifras importantes para este control se dan a partir de 25 años de edad, con un pico en el grupo de 35-39 años de 63.7 por ciento y moderada reducción en los grupos mayores subsiguientes.

De acuerdo al nivel de instrucción que tiene relación con la preocupación individual y la accesibilidad, se encuentran diferenciales también notables, como corresponde a los análisis anteriores. Para números absolutos semejantes, las mujeres sin ninguna instrucción en 18.4 por ciento declararon haberse realizado alguna vez, en tanto los niveles para mujeres con instrucción superior son de 73 por ciento, con el agregado de que las del primer grupo tienen un riesgo incrementado para sufrir la enfermedad.

A nivel total el 16.1 por ciento declararon haberse realizado antes de 1992; la diferencia (83.9%) en los últimos dos años, lo que marca la tendencia de mayor preocupación institucional y personal.

CUADRO 11.21
**EXAMEN DE DETECCION OPORTUNA DEL CANCER DE MUJERES CASADAS O UNIDAS DE 15-49 AÑOS DE EDAD, POR TIEMPO Y LUGAR EN EL QUE REALIZO EL CONTROL Y
 RESULTADOS DEL EXAMEN, SEGUN CARACTERISTICAS. ENDEMAIN-94.**

CARACTERISTICAS	CONTROL					LUGAR						Supo resul- tado del exámen	TOTAL	Nº de casos
	Alguna vez	Nº casos	En últimos 2 años	Nº casos	M.S.P	IESS	Otro sector público	Clinica/ Méd. privado	SOLCA	Otro sector privado	No sabe			
TOTAL	52.9	9146	83.9	3730	18.6	5.0	4.9	29.9	12.0	27.2	2.4	87.1	100.0	3730
AREA Y REGION														
Urbana	65.3	4789	84.0	2509	16.0	5.9	5.8	30.2	12.8	27.2	2.1	88.0	100.0	2509
Rural	36.0	4357	83.5	1221	25.1	2.6	2.8	29.3	10.2	27.1	3.0	84.9	100.0	1221
Sierra	51.0	5210	86.2	2050	17.9	7.3	2.3	32.6	16.6	21.7	1.7	86.8	100.0	2050
Quito	74.5	873	86.8	560	15.8	6.6	3.9	36.4	20.4	14.9	2.1	89.3	100.0	560
Resto urbano	63.7	1481	85.2	737	12.7	12.4	1.4	27.4	16.9	28.0	1.3	87.7	100.0	737
Rural	33.8	2856	86.5	753	24.6	3.6	1.3	33.0	12.4	23.5	1.7	83.3	100.0	753
Costa	54.5	3936	82.0	1680	19.2	3.0	7.2	27.7	8.2	31.8	3.0	87.4	100.0	1680
Guayaquil	68.4	932	82.7	526	16.5	2.3	11.0	29.1	7.9	29.7	3.6	86.7	100.0	526
Resto urbano	57.9	1503	82.5	686	17.9	4.8	4.8	28.1	8.8	34.3	1.3	88.6	100.0	686
Rural	38.8	1501	80.2	468	25.7	1.4	4.6	24.8	7.5	31.3	4.6	86.9	100.0	468
PROVINCIA														
Carchi	46.0	417	86.1	157	28.5	4.8	-	26.3	8.1	30.6	1.6	82.3	100.0	157
Imbabura	41.6	460	82.1	150	16.0	8.5	0.5	28.7	17.0	27.1	2.1	91.5	100.0	150
Pichincha	67.9	1469	88.1	858	16.5	4.8	2.9	35.8	19.4	18.6	1.9	88.1	100.0	858
Cotopaxi	29.3	351	77.9	85	17.5	15.1	-	29.9	12.1	25.4	-	76.6	100.0	85
Tungurahua	41.0	439	83.9	149	23.4	1.2	1.1	40.6	17.0	16.0	0.6	81.1	100.0	149
Bolívar	34.4	384	90.5	118	40.0	9.6	-	20.9	3.4	25.3	0.7	79.4	100.0	118
Chimborazo	37.8	379	84.5	107	9.3	9.3	-	26.9	31.0	23.4	-	87.2	100.0	107
Cañar	35.4	439	84.7	128	34.4	7.5	-	26.9	1.3	28.1	1.9	80.6	100.0	128
Azuay	45.2	488	88.1	183	16.2	20.1	2.6	31.9	-	26.2	3.1	90.0	100.0	183
Loja	40.8	384	77.1	115	14.4	6.5	5.0	13.7	25.9	33.1	1.4	84.2	100.0	115
Esmeraldas	44.3	497	87.5	184	33.5	5.4	1.7	22.2	11.3	23.8	2.1	83.3	100.0	184
Manabí	47.9	630	81.0	231	26.9	2.4	3.1	22.8	10.7	30.3	3.8	89.7	100.0	231
Los Ríos	40.0	688	76.9	213	12.1	1.2	9.4	23.4	7.0	44.1	2.7	90.2	100.0	213
Guayas	60.8	1611	82.1	813	16.4	3.3	9.0	29.4	7.9	30.8	3.1	86.9	100.0	813
El Oro	56.5	510	84.8	239	21.3	2.4	4.1	32.1	4.4	34.5	1.4	86.8	100.0	239
EDAD														
15-19	14.9	540	98.8	78	31.1	-	10.9	23.3	2.3	31.0	1.4	58.6	100.0	78
20-24	35.2	1540	91.0	468	21.4	0.4	3.4	22.8	6.8	42.7	2.5	81.3	100.0	468
25-29	56.3	1912	87.9	852	20.5	3.4	4.1	27.4	10.8	31.7	2.1	86.9	100.0	852
30-34	61.7	1898	83.8	898	18.7	4.7	4.9	30.1	10.3	29.2	1.9	85.3	100.0	898
35-39	63.7	1422	78.8	672	17.0	7.6	4.9	31.8	13.9	21.8	2.9	89.9	100.0	672
40-44	60.1	1079	81.4	456	14.7	7.0	6.0	36.3	14.1	19.5	2.5	91.9	100.0	456
45-49	59.0	755	79.3	306	16.7	7.6	5.2	31.7	20.4	15.2	3.2	93.2	100.0	306
NIVEL DE INSTRUCCION														
Ninguno	18.4	706	67.4	75	35.8	-	1.2	18.0	13.8	28.7	2.5	84.0	100.0	75
Primaria incompleta	36.3	1535	78.6	375	28.0	2.4	4.0	26.5	10.8	25.8	2.5	85.5	100.0	375
Primaria completa	49.4	2988	79.8	1086	22.5	3.3	5.6	25.8	10.7	29.0	3.1	88.4	100.0	1086
Secundaria incompleta	60.5	1770	87.3	880	22.5	2.2	6.2	23.1	13.0	30.3	2.7	83.0	100.0	880
Secundaria completa	70.4	1224	87.4	732	11.1	5.9	4.6	37.2	13.5	26.0	1.8	89.6	100.0	732
Superior	73.0	923	88.7	582	6.6	13.5	3.3	42.7	11.8	20.9	1.4	89.5	100.0	582

FUENTE:ENDEMAIN-94

Entre las mujeres "retrasadas" en el examen, cabe destacar los diferenciales encontrados según nivel de instrucción: en un extremo las mujeres sin ninguna instrucción se hicieron el PAP antes de 1992 (32.6%), mientras las de instrucción superior en (11.3%).

Entre las provincias tienen cifras superiores al promedio nacional Bolívar (90.5%), Pichincha y Azuay (88.1%), Esmeraldas (87.5%), Carchi (86.1). En cambio son ejemplo de cobertura menores Los Ríos, Loja, Cotopaxi, Manabí.

Las clínicas y médicos privados, son el primer recurso (29.9%) que tienen las mujeres para realizar el DOC (Detección oportuna de cáncer) en el país. No existe diferencia significativa en áreas urbana y rural. Se nota una diferencia de 5 puntos porcentuales entre la sierra (32.6%) y la costa (27.7%).

El agrupamiento "Otro sector privado", ocupa el segundo lugar en importancia con 27.2% a nivel total, comprende Organizaciones No Gubernamentales como APROFE, CEMOPLAF, COF, que orientan sus acciones preferentemente al componente de salud reproductiva. Son idénticos los valores para áreas urbana y rural. Hay diferencia notable por regiones 21.7 por ciento para la sierra y 31.8 para la costa.

Los exámenes de detección oportuna de cáncer cervical en servicios del MSP, institución que ocupa el tercer lugar en la cobertura (18.6%), tienen mayor énfasis en el área rural (25.1%), y en magnitud semejante en dominios rural costa y sierra. En algunas provincias su participación se eleva sobre el promedio: Bolívar (40%), Cañar (34.4%), Esmeraldas (33.5%), Carchi (28.5%), Manabí (26.9%).

La Sociedad de Lucha contra el Cáncer, SOLCA, se ha colocado en el estudio en categoría aparte, en consideración de su misión específica; la institución para exámenes de Papanicolaou tiene una cobertura nacional de 12 por ciento, mayores porcentajes en la sierra (16.6%), en Quito (20.4%), en el resto urbano sierra (16.9%), y en el rural de la sierra (12.4%).

En lo que se relaciona con la pregunta formulada "Supo el resultado del examen", a las mujeres que se lo realizaron, a nivel nacional el 87.1 por ciento contestaron afirmativamente. Las validaciones relativas de acuerdo con la variables consideradas, no son de magnitudes que susciten comentario pormenorizado, que no sea señalar que en edades quinquenales, el grupo 15-19 años tienen respuestas afirmativas, más bajas 58.6%, en relación al grupo 45-49 años que lo hizo en 93.2 por ciento. Finalmente destacamos que según nivel de instrucción, las mujeres que alcanzaron secundaria completa y superior, dan respuesta afirmativa del orden de 90 por ciento, revelando probablemente su mayor motivación para saberlo.

Capítulo 12

SALUD INFANTIL Y DE LA NIÑEZ

R E S U M E E J E C U T I V O

De todos los niños (8837) nacidos en los últimos cinco años anteriores a la encuesta, las tres cuartas partes fueron pesados al nacer; de éstos, el 16.9 por ciento registraron bajo peso (igual o menos de 5.5 libras), 2.9 por ciento tenían la condición de bajo peso y premadurez y un importante 13.9 por ciento tienen peso bajo sin ser prematuros.

El bajo peso, es más elevado en el área rural (20.7%); que en la urbana (14.2%); en la sierra que en la costa. Mayores probabilidades de bajo peso tienen, los niños cuyas madres son: analfabetas, de bajo índice socioeconómico de su vivienda, que no tuvieron exámenes de gestación, cuyo parto se produjo sola, mayores a treinta años y cuando el orden de nacimiento es de 4 o más.

El bajo peso al nacer asociado con premadurez (2.9%) a nivel general, es mayor en el área urbana (3.2%) que en la rural (2.6 %); los valores de la sierra superan a los de la costa, entre otros factores probablemente determinados por la altura sobre el nivel del mar.

Los niños de peso insuficiente y no prematuros (13.9%), alto porcentaje debido probablemente a influencias de mala nutrición materna, niveles de pobreza y condiciones genéticas, incidencia que se observa preferentemente en la sierra.

El 89.3 por ciento de los niños fueron llevados a control del niño sano, existe predominio y en la región sierra (91.2%). El control de niños en condición de enfermos en cambio es predominante en la costa (22.8%)

El primer lugar al que acuden al control del niño, es el MSP (66.5%), en segundo lugar las clínicas y médicos privados con el 24.2 por ciento; luego los servicios del IESS 4.6 por ciento.

En relación a la edad al primer control, cerca de la mitad de los niños lo realizan dentro del primer mes de vida, el 34.4 por ciento cumplido el mes de edad y solo un 7.8 por ciento cuando tienen los infantes 3 meses y más.

La prevalencia de diarrea (dos semanas anteriores a la encuesta), es de un quinto (19.2%). Los episodios de diarrea según área demuestran una menor prevalencia en áreas urbanas (17.6%) que en las rurales y en la región sierra (21%).

R E S U M E E J E C U T I V O

De los niños que tuvieron episodios de diarrea , el 23 por ciento presentaron vómitos. Este signo adicional que refleja la irritación de la mucosa del estómago, completa el cuadro de las llamadas "Gastroenteritis", lo que contribuye al agravamiento de la deshidratación producida por la diarrea. Esta complicación es más frecuente en el área rural con (26.9 %) y notablemente superior en la sierra (29.1 %)

La diarrea fue tratada por el 86 por ciento de las madres. El tratamiento recibido, tiene el siguiente comportamiento: remedios caseros (80.4 %), antidiarreicos (59.1 %), antibióticos (40.7%), suero oral (29.2%), entre los principales.

La infección respiratoria aguda afectó al 59.4 por ciento de los casos que respondieron afirmativamente, sin mayores diferencias por edad.

En la presente investigación la Infección Respiratoria Aguda "leve" representó el 19.8 por ciento, 25.2 por ciento la "moderada" y 14.4 por ciento la "severa o grave".

Recibieron tratamiento en 8 de cada diez casos; la discriminación de los diferentes medios de tratamiento se resumen: antibióticos (46.7%), aspirina y similares (52.5%), expectorantes (51.3%), remedios caseros (57%) entre los más relevantes.

Los niveles de cobertura de las diferentes inmunizaciones detectados en la Encuesta ENDEMAIN-94, son: BCG 95.8 por ciento, DPT 84.8 por ciento; POLIO 83.5 por ciento; Sarampión 84.7 por ciento y el total de vacunaciones completas 78.3 por ciento.

En ocho provincias las coberturas son superiores al promedio, alcanzando el valor más alto en Carchi y Azuay. En tanto que, con el valor más bajo se encuentra Chimborazo con el 73.2 por ciento.

12. SALUD INFANTIL Y DE LA NIÑEZ

La salud infantil y de la niñez, es aspecto capital que enfrenta a su correlativo de la sobrevivencia infantil, que a su vez indiscutiblemente constituye una de las preocupaciones dominantes de la salud pública. ENDEMAIN-94, ha complementado a los parámetros afrontados en investigaciones anteriores, el peso y tamaño del niño al nacer, tomando en cuenta que en forma semejante tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, el peso de nacimiento del niño es el más importante determinante simple de sus oportunidades de sobrevivencia; a lo que se agregan en este capítulo algunos aspectos orientadores en la salud infantil como: la prevalencia y tratamiento de la diarrea, la alimentación de los niños con diarrea; la prevalencia y tratamiento de la infección respiratoria aguda, ambas patologías responsables de las dos causas más importantes de mortalidad y morbilidad infantil; el control y registro del desarrollo del niño y los niveles y cobertura de inmunizaciones en los niños menores de cinco años, como componentes de medicina preventiva.

12.1 *Peso del niño al nacer*

Según referencia de la OPS, "Se reconoce que el peso al nacer es un indicador esencial para la vigilancia y evaluación de los programas de salud materno infantil y nutrición", por su valor predictivo de la supervivencia, crecimiento y desarrollo sano, particularmente de los menores de un año de edad.

El bajo peso al nacimiento, comprende aquellos niños que pesan igual o menos de 2.500 gramos (5.5 libras), que experimentan mayor mortalidad por todas las causas en el primer año de vida y en los posteriores. Mientras las tasas de muerte de infantes nacidos en países en desarrollo son consistentemente más altas en todos los puntos, la dramática elevación en mortalidad bajo 2.500 gramos de peso al nacer, ocurre en todas las regiones.

El bajo peso al nacer es un proceso de causalidad compleja, que inicia y transcurre con el embarazo; es determinado por el estado nutricional previo de la madre y el que mantiene durante la gestación. Este factor se relaciona con el deficiente nivel socioeconómico, la pobreza; también con las infecciones maternas intercurrentes, la toxemia gravídica, la funcionalidad placentaria; factores genéticos, trabajo pesado de la madre gestante, altitud geográfica, toxicomanías maternas; embarazos numerosos y con intervalos cortos, para no mencionar sino algunos destacados.

En las "Estrategias para la infancia en la década de los 90" UNICEF, cita que un 20 por ciento de lactantes nacen con bajo peso. El Fondo de Población de Naciones Unidas menciona bajo peso mundial de 16.7 por ciento; Asia (20%), África (16%), América Latina (11%) y Europa (5.8%).

CUADRO 12.1
PORCENTAJE QUE REPORTO PESO AL NACER Y PREVALENCIA DE BAJO PESO POR EDAD GESTACIONAL
DE NIÑOS NACIDOS VIVOS ENTRE JUNIO/89 A MAYO/94, SEGUN CARACTERISTICAS DEL EMBARAZO Y PARTO

CARACTERISTICAS DEL EMBARAZO Y PARTO	REPORTO PESO	Nº DE CASOS	BAJO PESO			
			Total*	Nº DE CASOS	Prematuro**	No Prematuro
TOTAL	76.3	8837	16.9	6502	2.9	13.9
AREA						
Urbana	88.7	4010	14.2	3502	3.2	11.0
Rural	63.3	4827	20.7	3000	2.6	18.1
SIERRA						
Quito	91.2	711	22.4	645	4.2	18.2
Resto Urbano	87.2	1282	17.6	1099	3.8	13.8
Rural	61.7	3330	26.4	2020	3.1	23.3
COSTA						
Guayaquil	92.3	715	11.5	657	2.4	9.1
Resto Urbano	85.2	1302	9.4	1101	2.8	6.6
Rural	65.8	1497	12.4	980	1.9	10.5
NIVEL DE INSTRUCCION						
Ninguna	52.3	746	32.3	369	3.4	28.9
Primaria	67.4	4672	18.5	3052	2.2	16.3
Secundaria	89.7	2695	13.9	2376	3.6	10.4
Superior	97.7	724	13.2	703	3.7	9.5
INDICE SOCIO-ECONOMICO						
Bajo	54.0	2553	21.9	1323	3.2	19.2
Medio	78.1	4140	16.9	3190	1.6	14.4
Alto	93.8	2144	14.2	1989	3.4	10.5
CONTROL PRENATAL						
1 ^{er} Trimestre	85.7	4872	15.2	4072	2.7	12.0
2 ^{do} ó 3 ^{ero}	75.7	1727	19.2	1246	2.5	17.6
Ninguno	55.5	2238	20.4	1184	3.7	17.0
LUGAR DE ATENCION DEL PARTO:						
Médico/Obst./Enfer.	93.6	5254	15.9	4901	3.4	12.5
Partera	46.3	1770	13.8	822	0.8	13.1
Familiar/otro	47.2	1431	24.7	638	2.1	22.6
Parto sola	39.8	382	39.2	141	2.8	36.4
EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO (años)						
< 20	78.1	1499	16.9	1121	3.0	13.9
20-29	77.8	4895	16.6	3665	2.4	14.2
30-39	72.5	2162	17.0	1530	3.8	13.2
40-49	69.1	281	20.0	186	6.6	13.4
ORDEN DE NACIMIENTO						
1 ^a	85.4	2442	16.6	2047	3.1	13.5
2 ^a -3 ^a	78.5	3500	15.7	2652	2.7	13.0
4 ^a -6 ^a	68.4	2028	18.5	1344	2.9	15.6
7 ^a ó más	56.1	867	19.8	459	3.6	16.2

* Niños con reporte de peso

** Nacidos dos semanas o más antes de tiempo

FUENTE: ENDEMAIN-94

Un importante estudio ecuatoriano sobre el tema, señala una prevalencia de bajo peso de 10 por ciento en 1988, y de 9 por ciento en 1989, con mayores niveles en la sierra, que en la costa y la amazonía.¹

Los datos de ENDEMAIN-94, que se muestran en el Cuadro 12.1, indican que de los niños que nacieron en los últimos cinco años (8837), el 76.3 por ciento reportaron el peso del recién nacido. De los que fueron pesados el 16.9 por ciento son de bajo peso, igual o menor de 5.5 libras; 2,9 por ciento tenían la condición de bajo peso y prematurow, y un importante 13.9 por ciento tienen peso bajo sin ser prematuros.

Estos resultados sobre peso insuficiente y prematurow, deben considerarse con una relativa reserva, porque algún sesgo puede presentarse en sobre valoración del bajo peso al nacer y una respuesta no precisa sobre prematurow, por factores de memoria o comprensión inapropiada de las preguntas. Consideramos en todo caso una valiosa aproximación al tema que tratamos.

Aunque parece satisfactorio que del total de nacidos vivos el 76.3 por ciento fueron pesados, no deja de preocupar que casi el 24 por ciento no lo fueron.

Al examinar las variables consideradas, se magnifican las diferencias: en el área urbana son pesados al nacer un 88.7 por ciento de recién nacidos, mientras en el área rural lo son en el 63.3 por ciento, con una distancia de 25.4 puntos porcentuales entre las dos.

En Quito se pesaron 91.2 por ciento de recién nacidos, en Guayaquil un 92.3 por ciento. En la zona rural sierra 61.7 por ciento, en tanto en la rural costa se pesan 65.8 por ciento de niños al nacer, con una leve ventaja la costa.

El informe del peso del recién nacido según el nivel de instrucción de las madres, entre las analfabetas es de 52.3 por ciento, alcanza 89.7 por ciento cuando las madres tienen instrucción secundaria y 97.7 por ciento en las de instrucción superior; probablemente relacionado el hecho, con el lugar de atención del parto y la influencia de una cultura de salud preventiva prevaleciente en las madres de mejor instrucción y mejores condiciones socioeconómicas, ya que coherentemente se observa que cuando las madres se clasifican en el nivel bajo, son pesados los niños en 54 por ciento y la que son de nivel socioeconómico alto tienen un valor de peso de 93.8 por ciento.

Existe una relación positiva con el control prenatal, que al ser en el primer trimestre de embarazo sus niños se pesan en 85.7 por ciento, en tanto que entre las madres que no concurrieron a control de embarazo es de 55.5 por ciento.

¹

SILVA de Grijalva, Y. "EL PESO AL NACER EN EL ECUADOR" CEISAN, UNICEF, Quito, 1990

El registro del peso según la persona que atiende el parto, cuando es por médico, obstetriz o enfermera es de 93.6 por ciento y baja la cota de registro a 39.8 por ciento en el parto sola, asumiendo que este dato se tomó de alguna manera en los primeros días.

En cuanto a la edad de la madre en el parto respectivo, se pesan más los hijos las de madres jóvenes que los de añosas y existe una relación similar según orden de nacimiento, se pesan más los primeros que los que sobrepasan el número de orden 7.

La identificación de bajo peso, menor de 5.5 libras tiene un 16.9 por ciento total. Es más elevado en área rural 20.7 por ciento que en la urbana 14.2 por ciento, por razones socioeconómicas y de infraestructura de servicios. Tiene valores más elevados en la sierra que en la costa.

Según el nivel de instrucción se presentan grandes diferencias de bajo peso entre los hijos de madres analfabetas (32.3%) y los de las madres con educación superior (13.2%), con distancia de 19 puntos porcentuales entre los dos grupos.

De acuerdo al índice socio-económico, tienen peso bajo el 21.9 por ciento los de hijos de madres analfabetas, contrastado con 14.2 por ciento de los de madres con instrucción superior.

El control prenatal en el primer trimestre 15.2 por ciento de bajo peso, frente a 20.4 por ciento cuando no tuvieron examen de la gestación.

Se encuentra relación positiva de bajo peso cuando la atención del parto es profesional, que valora 15.9 por ciento, mientras que el parto sola ostenta el por ciento más elevado de 39.2 de peso insuficiente.

El peso bajo del recién nacido es menor cuando las madres son menores de 30 años de edad y más alto en las que superan esa edad. Igualmente se encuentra peso bajo, inferior al promedio total, con orden de nacimiento menor de 3 y superior al mismo cuando el orden de nacimiento es de 4 o más.

Todas las observaciones anteriores sobre bajo peso al nacer, guardan coherencia con los presupuestos teóricos que formulamos al inicio.

El bajo peso al nacer asociado con prematurez, en el mismo cuadro tienen un valor de 2.9 por ciento, tal vez algo sobrevalorado a nivel total.

En el área urbana tiene un 3.2 por ciento, mientras la rural es de 2.6 por ciento. Se encuentran valores más altos de bajo peso más prematurez en la sierra que en la costa, entre otros factores probablemente determinados por la altura sobre el nivel del mar.

Según nivel de instrucción estas variables no presentan diferencia estadística significativa, salvo mencionar, el valor inferior al promedio de 2.2 por ciento para los hijos de madres con instrucción primaria.

Curiosamente el nivel socioeconómico alto, tiene un valor de 3.4 por ciento de peso bajo más prematurez, que es mayor en relación con los niveles bajo y medio.

Según el control prenatal, no se evidencian diferencias significativas.

De acuerdo con la persona que atiende el parto, se encuentra nivel algo superior al promedio total entre las que tuvieron atención profesional.

La asociación de bajo peso y prematurez, según la edad de la madre hace una figura de tendencia como J, con niveles más altos en las mayores de 30 años, y señaladamente entre los hijos de madres del grupo 40-49 años con una frecuencia de 6.6 por ciento. Efecto semejante se observa al considerar el orden de nacimiento de los hijos.

La asociación de bajo peso y no prematuros, esto es los niños de peso insuficiente que nacieron a término o postérmino, en la última columna del cuadro, tiene un valor promedio total de 13.9 por ciento, que nos permite asumir que una proporción considerable de niños ecuatorianos, aún completando su tiempo de gestación tienen peso bajo, probablemente por influencia de la mal-nutrición materna, niveles de pobreza, condiciones genéticas y constitucionales, y otras.

La asociación de bajo peso con gestación a término, es más alta en el área rural 18.1 por ciento que en la urbana 11 por ciento, con 7 puntos porcentuales de diferencia, que es significativa y se explicaría por las razones indicadas en el párrafo anterior.

La relación de bajo peso con embarazo de término, es más alta en las regiones de la sierra que en las de la costa.

Según el nivel de instrucción las diferencias también son notables, entre las analfabetas 28.9 por ciento, mientras entre los hijos de madres de instrucción superior es de 9.5 por ciento.

Considerando los controles prenatales realizados, cuando se efectuaron en el primer trimestre dà valores de 12 por ciento y 17 por ciento entre los hijos de madres que no se examinaron en su embarazo.

De acuerdo con la persona que atendió el parto son menores los valores cuando recibieron servicio de profesionales 12.5 por ciento, que en el parto sola que presenta el valor más elevado 36.4 por ciento.

Al considerar la edad de la madre no se encuentran diferencias apreciables.

CUADRO 12.2

CONTROL DEL NIÑO SANO, POR RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCION, SEGUN CARACTERISTICAS
SELECCIONADAS, DISTRIBUCION PORCENTUAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS DURANTE
EL PERIODO JUNIO 1989 A MAYO DE 1994

CARACTERISTICAS	TOTAL	RESIDENCIA								INSTRUCCION			
		SIERRA				COSTA							
		Total	Quito	Resto urbano	Rural	Total	Guayaquil	Resto urbano	Rural	Ninguna	Primaria	Secundaria	Superior
CONTROL DEL NIÑO													
Sí	89.3	91.2	92.4	93.4	90.1	87.3	87.8	92.0	82.5	79.1	86.6	93.7	97.0
No	10.7	8.8	7.6	6.6	9.9	12.7	12.2	8.0	17.5	20.9	13.4	6.3	3.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº de casos	5856	3529	537	910	2082	2327	519	897	911	424	2915	1960	557
ESTADO DE SALUD DEL NIÑO:													
Enfermo	17.5	12.4	11.4	14.1	12.2	22.9	27.9	22.2	19.7	12.2	19.1	18.4	10.0
Sano	82.4	87.4	88.5	85.8	87.6	77.0	71.8	77.8	80.2	87.3	80.8	81.6	89.7
NS/NR	0.1	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.0	0.1	0.5	0.1	0.0	0.3
LUGAR DE ATENCION:													
MSP	66.5	74.0	52.7	66.0	84.2	58.5	44.2	60.9	66.9	87.0	77.5	56.7	30.6
Clínica/Méd.priv.	24.2	16.3	28.4	22.4	10.0	32.5	40.2	33.0	26.3	7.1	16.3	32.0	48.8
IESS/SSC	4.6	6.2	10.9	8.0	3.9	2.9	4.7	3.5	1.0	3.5	2.2	4.7	17.0
Junta Ben./													
FF.AA./ San José	2.3	1.6	5.7	1.7	0.1	3.2	6.7	0.9	2.9	1.2	1.4	3.8	2.7
Partera/Otro/Nr.	2.4	1.9	2.3	1.9	1.8	2.9	4.2	1.8	3.0	1.2	2.6	2.8	1.0
EDAD DEL NIÑO AL PRIMER CONTROL (Meses)													
< 1													
1	49.1	43.8	42.7	44.2	44.0	54.7	47.9	58.2	56.3	47.9	44.5	50.4	68.4
2	34.4	38.8	45.7	39.8	36.1	29.8	35.4	28.6	26.7	37.1	34.4	36.0	27.1
3 y más	8.7	9.1	7.4	7.6	10.2	8.3	10.2	6.8	8.3	7.9	10.4	8.1	2.4
7.8	7.8	8.3	4.2	8.4	9.7	7.3	6.4	6.4	8.8	7.2	10.7	5.4	2.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº de casos	5334	3284	500	869	1915	2050	470	825	755	344	2582	1863	545

FUENTE: ENDEMIAN'94

El bajo peso con embarazo de término cumplido, es menor cuando el orden de nacimiento es menor de 3 y algo más elevado con orden de 4 o más.

12.2 Control médico del niño

La prevalencia de control médico del niño después del nacimiento tiene gran significado en las prácticas de medicina preventiva, para la sistematización del examen del niño "sano", así como el examen médico del niño enfermo, ya que las dos vertientes permiten identificar las condiciones de desarrollo del niño, como las de prevenir y tratar oportunamente las condiciones de morbilidad.

Según demuestran los datos del cuadro 12.2, del total de niños vivos nacidos a partir de enero de 1989, se seleccionaron aleatoriamente los niños elegidos, que totalizan 5.856 casos, de ellos el 89.3 por ciento fueron llevados a control médico y 10.7 por ciento no lo fueron, a nivel total. Existe algún predominio de control médico del niño en la región sierra en donde es de 91.2 por ciento, respecto a la costa en que este porcentaje es de 87.3 por ciento.

Considerando los dominios de estudio, esa tendencia sigue manifestándose: en Quito el control médico del niño se realiza en 92.4 por ciento, mientras en Guayaquil es de 87.8 por ciento. En el resto urbano sierra tiene la cifra más alta de 93.4 por ciento y en resto urbano costa es 92 por ciento. El segmento rural sierra es de 90.1 por ciento con diferencia significativa del rural costa que presenta 82.5 por ciento.

Considerando los niños que se hicieron control médico, la población en análisis es de 5.334 casos, de ellos el 17.5 por ciento concurrieron en condiciones de enfermos y el 82.4 por ciento con apreciación de "sanos".

El control de niños en condición de enfermos muestra predominancia en la costa de 22.8 por ciento, mientras en la sierra es de 12.4 por ciento. Estos patrones de morbilidad son diferenciales también en Guayaquil con 27.9 por ciento contrastado en Quito cuya cifra es de 11.4 por ciento; rural costa 19.7 por ciento y rural sierra 12.2 por ciento.

Según nivel de instrucción las mujeres de instrucción primaria y secundaria tienen valores del orden de 19 por ciento; en total las analfabetas y las mujeres con instrucción superior tienen 12 por ciento y 10 por ciento respectivamente.

En cuanto al lugar en que se realizó el control del niño, el primer lugar ocupan los servicios de MSP, con 66.5 por ciento; el segundo lugar ocupan las clínicas y médicos privados con cobertura del 24.2 por ciento; luego los servicios del IESS 4.6 por ciento; en otros servicios públicos (Hospitales de FF.AA. o Policía, Junta de Beneficencia, y Patronato San José) 2.3 por ciento; y otros recursos (que incluye partera) 2.4 por ciento.

Un predominio de atenciones del MSP se encuentran en la región sierra y en el dominio sierra rural con 84.2 por ciento. Según nivel de instrucción, recurre a esta fuente el 87 por ciento de madres sin instrucción y sólo un 30.6 por ciento de las de instrucción superior.

El recurso de clínica/médico privado tiene mayor preferencia en la costa, Guayaquil con 40 por ciento y el resto urbano costa con 33 por ciento. Según nivel de instrucción lo usan crecientemente según su mejor ubicación, relacionada con la capacidad económica, así las mujeres con instrucción superior lo utilizan en casi 49 por ciento.

Los servicios del IESS se usan para control del niño, con preferencia de valores más elevados en Quito, el resto urbano sierra y las mujeres con instrucción superior, estas últimas con cobertura del 17 por ciento.

En el análisis de la edad del niño al primer control médico, el 49 por ciento lo hacen antes de cumplir el primer mes de vida, y el 34.4 por ciento cumplido el mes de edad y sólo un 7.8 por ciento cuando los infantes tienen 3 meses y más. Valores destacados de control antes del primer mes lo tienen en la costa 55 por ciento y en el resto urbano costa 58 por ciento, así mismo sobresalen las mujeres que alcanzan instrucción superior con cobertura de 68.4 por ciento. Las cifras alcanzadas revelan mejoras en la prevención de la salud infantil, que aportará a la reducción de su morbilidad.

12.3 Prevalencia y tratamiento de la diarrea

La diarrea es un signo de un gran número de enfermedades intestinales. Las causas infecciosas están producidas por virus, bacterias y parásitos o una combinación de los mismos y de las toxinas que producen, mediadas en su proceso de transmisión por agua no segura, contaminación de los alimentos, prácticas de higiene personal defectuosa y condiciones pobres de saneamiento básico del medio ambiente.

La enfermedad diarreica aguda es causa principal de muerte de infantes y de niños en el mundo actual, también es causa más frecuente de enfermedad de la infancia y uno de los contribuyentes destacados de la malnutrición y desarrollo infantil alterado.

En términos absolutos se estima que en los países en desarrollo ocurren cada año 5 millones de muertes infantiles por diarrea.

El 60 por ciento de estas muertes se considera son causadas por la deshidratación que produce la enfermedad, teniendo la evidencia que la tecnología actual permite prevenirla oportunamente.

Para América Latina y el Caribe se estiman 2 episodios de diarrea por año en la infancia, con un promedio de 10 días de duración, datos que comparados con África por ejemplo, en donde se calculan 4.9 episodios anuales y 25 días en promedio de duración, patentizan las diferencias.

A nivel nacional no existen estudios epidemiológicos sobre el tema y existen pocos, aunque valiosos estudios clínicos con tamaño de casuística reducidos.

Aunque existen varias definiciones sobre diarrea, para efectos prácticos se adoptó "un número excesivo de deposiciones líquidas en un período de por lo menos 24 horas". A cada mujer entrevistada se le preguntó si sus niños menores de 5 años han tenido diarrea en las últimas dos semanas anteriores a la entrevista. Varias preguntas complementarias permiten medir la frecuencia, severidad, signos de deshidratación, signos que permiten presumir causa bacteriana o parasitaria; tratamiento instaurado, consulta médica, hospitalización, prácticas de rehidratación y de alimentación durante los episodios.

Para enfatizar la importancia de la rehidratación, basta mencionar que en 1981 la prestigiosa revista británica LANCET publica:"La rehidratación oral se ha convertido en el más importante avance médico potencial del siglo", así como por otro lado, validando la higiene en la cadena fecal-oral de las diarreas otros autores destacan el valor de usar "una barra de jabón", como contribuyente de la sobrevivencia infantil.

12.3.1 Prevalencia de diarrea

Como puede observarse en el Cuadro 12.3 , la prevalencia de diarrea encontrada en ENDEMAIN-94, en las dos semanas anteriores a la investigación entre los niños menores de 5 años de edad, es de 19.2 por ciento, cifra que en ENDEMAIN-89 fue de 24.7 por ciento, hecho que debe tener impacto en la mortalidad de menores de cinco años, por esta enfermedad.

Los episodios de diarrea declarados en la investigación según área demuestran una menor prevalencia en la urbana con 17.6 por ciento respecto a la rural que tiene 21 por ciento. Por regiones se observa mayor prevalencia de diarrea en la sierra 21.1 por ciento que en la costa 17.4 por ciento.

De acuerdo al nivel de instrucción de las madres cuyos hijos tuvieron episodios de diarrea, en el cuadro se observa que la prevalencia en las analfabetas es menor del promedio total, con 17.6 por ciento; en las mujeres con instrucción primaria sube a 22.5 por ciento mientras que entre las que tenían nivel de instrucción secundaria y superior sumadas, es de 15.8 por ciento, lo que permite presumir que las madres del último grupo usaron de esta condición para mejorar las prácticas preventivas de la diarrea.

CUADRO 12.3

PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE PRESENTARON DIARREA EN LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA FECHA DE LA ENTREVISTA, POR TIPO DE DIARREA Y SIGNOS DE DESHIDRATACION, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS	% con diarrea	Niños con diarrea	Diarrea con moco y/o sangre	Vómito	SIGNOS DE DESHIDRATACION				Nº de niños
					Piel reseca	Ojos hundidos	Mollera hundida	Labios secos	
TOTAL PAIS	19.2	5543	34.9	23.0	30.7	36.0	6.2	34.2	1060
AREA Y REGION:									
Urbana	17.6	2743	30.5	18.6	22.8	33.9	5.7	26.1	461
Rural	21.0	2800	38.9	26.9	37.8	37.9	6.7	41.4	599
SIERRA	21.1	3328	34.3	29.1	35.3	38.6	5.8	42.1	673
COSTA	17.4	2215	35.6	15.6	25.2	33.0	6.7	24.5	387
NIVEL DE INSTRUCCION									
Ninguna	17.6	376	46.6	42.3	55.4	60.4	4.1	45.3	75
Primaria	22.5	2721	35.7	23.8	33.1	38.1	6.7	36.6	592
Secundaria y Superior	15.8	2446	31.4	18.0	22.3	28.1	5.8	28.2	393

FUENTE: ENDEMAIN-94

En lo que relaciona con el tipo de diarrea, se preguntó a las madres si las deposiciones diarreicas se acompañaron de moco y/o sangre, lo que permitiría agrupar aquellas causadas por rotavirus, bacterias invasoras, como la shigella, salmonella, coli enteroinvadador o parásitos como la ameba histolítica. La prevalencia de esta característica a nivel total es de 34.9 por ciento.

Analizada esta característica de moco y sangre, se encuentra un predominio en el área rural con 38.9 por ciento, mientras en la urbana es de 30.5 por ciento. Se aprecia alguna diferencia significativa entre sierra y costa. Considerando el nivel de instrucción de las madres, la diarrea con moco y sangre de sus hijos tiene un 46.6 por ciento en aquellas sin ninguna instrucción, mientras entre madres que alcanzaron educación secundaria y superior reduce a 31.4 por ciento, diferencias que pueden explicarse por las distintas condiciones socioeconómicas y ambientales que relacionan con esa variable.

Cabría comentar que una revisión bibliográfica señala que más o menos un 60 por ciento de las diarreas infecciosas son producidas por virus, más frecuentemente por el rotavirus, que dan un proceso autolimitado de 3 a 7 días. En una investigación clínica en Quito, se encontró como agentes productores: bacterias 30 por ciento, parásitos 17.5 por ciento, virus 12.5 por ciento, candidiasis 5 por ciento.

De los niños que tuvieron episodios de diarrea el 23 por ciento presentaron vómitos, este signo adicional que refleja la irritación de la mucosa del estómago, completa el cuadro de las llamadas "Gastroenteritis". El vómito contribuye al agravamiento de la deshidratación producida por la diarrea.

El acompañamiento de vómito a la diarrea es más frecuente en el área rural con 26.9 por ciento en tanto en la urbana es del 18.6 por ciento. Notablemente es superior en la sierra con 29.1 por ciento que en la costa donde se registra en 15.6 por ciento. Segundo nivel de instrucción de las madres, los hijos de analfabetas tienen 42.3 por ciento de esta complicación en tanto los de madres que alcanzaron secundaria y superior sumadas, totaliza 18 por ciento. Estas diferencias notables deben explicarse por las condiciones ambientales y las prácticas de higiene preventiva correspondientes.

Los signos de deshidratación, que en su forma leve aparecen cuando existe una pérdida del peso corporal de un 5 por ciento, corresponden con los signos investigados en la encuesta; cuando la pérdida de peso corporal es mayor del 10 por ciento pueden encontrarse en el niño signos clínicos precursores o que conducen al shock, que al tornarse irreversible lleva a la muerte.

En el mismo cuadro, observamos los signos de deshidratación que respondieron las madres: a nivel total piel seca y/o arrugada 30.7 por ciento; ojos hundidos 36 por ciento, mollera hundida (6.2%) corresponde a 56 casos sobre los 1.060 niños que presentaron diarrea, haciendo la consideración que se puede observar entre infantes menores de 18 meses, en que la fontanela aun no se cierra y el reporte precisa mayor sentido de observación de la madre. Los otros signos de deshidratación tienen rangos coherentes con la expectativa de las preguntas.

Los mismos signos registrados en ENDEMAIN-89, para 1.080 casos fueron: piel seca y arrugada 31.2 por ciento; ojos secos y hundidos 46.7 por ciento; mollera hundida 14.3 por ciento; labios secos 45.1 por ciento.

² F. del Pozo, R. Prado B. "Enfermedad Diarreica". Revista de la Facultad de Ciencias Médicas - Quito 11:23, 1986

³ Torres A., Zurita J., Andrade G., Torres G. A., Torres G., Torres E. "Nuevos Conceptos en el tratamiento de la diarrea aguda" Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Quito 40:50, Vol. 16. 1991.

Los signos de deshidratación en una mirada conjunta muestran algunos patrones comunes: tienen valores más elevados en el área rural y en la región sierra. Diferencias aún más notables muestra la variable nivel de instrucción: los hijos de madres analfabetas tienen mayor prevalencia de signos de deshidratación: piel seca 55.4 por ciento, ojos hundidos 60.4 por ciento, labios secos 45.3 por ciento; en tanto que los hijos de madres con instrucción secundaria y superior sumadas tienen valores en el mismo orden de 22.3 por ciento, 28.1 por ciento y 28.2 por ciento respectivamente, que revelan la mayor percepción de riesgos que tienen las madres del último grupo.

En el cuadro 12.4 se presenta el porcentaje de prevalencia de diarrea en niños menores de 5 años en las dos últimas semanas previas a la entrevista, por características de la diarrea y signos de deshidratación según edad del niño en meses y su orden de nacimiento.

CUADRO 12.4

PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE PRESENTARON DIARREA EN LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENTREVISTA, POR TIPO DE DIARREA Y SIGNOS DE DESHIDRATACION,
SEGUN CARACTERISTICAS DEL NIÑO

CARACTERISTICAS	% con diarrea	Nº niños	Diarrea con moco y/o sangre	Vómito	SIGNOS DE DESHIDRATACION				Nº de niños
					Piel reseca	Ojos hundidos	Mollera hundida	Labios secos	
TOTAL	19.2	5543	34.9	23.0	30.7	36.0	6.2	34.2	1063
EDAD DEL NIÑO:									
0-5 meses	17.0	521	26.6	22.6	22.5	15.5	16.9	15.9	93
6-11 meses	27.3	593	32.9	21.0	27.4	26.3	19.0	22.9	154
12-23 meses	29.8	1146	33.7	24.2	33.5	38.4	3.5	36.6	329
24-35 meses	20.3	1104	45.3	21.5	33.2	46.1	2.7	44.2	223
36-47 meses	12.2	1137	30.9	25.2	29.0	31.3	0.0	30.8	150
48-59 meses	10.4	1042	33.1	22.5	31.5	47.0	1.0	43.7	111
ORDEN DE NACIMIENTO									
1	20.0	1894	34.7	19.5	27.3	38.3	4.2	32.9	377
2-3	18.9	2067	29.7	26.9	26.5	32.9	6.3	29.6	380
4-5	18.9	878	39.5	21.5	39.0	38.8	8.6	48.5	163
6 y +	18.9	704	44.5	21.9	40.8	36.3	8.0	33.7	140

FUENTE:ENDEMAIN-94

Teniendo presente el promedio total de episodios de diarrea del 19.2 por ciento, los niños de 0 a 5 meses cumplidos tienen una prevalencia de 17 por ciento; se asume que ellos tienen el factor protector de la lactancia materna y las defensas inmunológicas transmitidas; el grupo 6 a 11 meses perdida esa protección, sube la prevalencia de diarrea a 27.3 por ciento; los niños de 12 a 23 meses tienen el pico máximo de prevalencia con 29.8 por ciento; en estos grupos se puede explicar estas prevalencias por las prácticas de alimentación con defectos de higiene y probablemente por el hecho biológico, que en esta edad los niños se encuentran en etapas de reconocimiento del mundo que les rodea, así

como de su propio cuerpo y llevan a su boca todo tipo de objetos, muchos de ellos con elementos contaminantes el grupo 24-35 meses reduce el porcentaje a 20.3 por ciento.

Los grupos de edad de 36 a 47, 48 a 59 meses, tienen la prevalencia más baja de 12 y 10 por ciento respectivamente.

En lo que refiere a la presencia de moco y/o sangre según la edad del niño en meses, se presentan en 26.6 por ciento en el grupo de 0 a 5 meses, probablemente por el efecto protector de la lactancia materna y asciende a 45.3 por ciento en el grupo 24 a 35 meses por las razones ya comentadas.

Esta característica de la diarrea, según orden de nacimiento, incrementa en los ordenes 4-5 a 39.5 por ciento y para 6 y más al 44.5 por ciento, como que el mayor número de hijos presenta una asociación de cierto descuido en las prevenciones higiénicas.

El acompañamiento de vómitos a la diarrea no demuestra importantes diferencias estadísticas según la edad del niño y moderado aumento sobre el promedio muestra el vómito en el orden de nacimiento 2 y 3.

Los signos de deshidratación son consistentes, menos frecuentes para el grupo de edad 0-5 meses, con los siguientes porcentajes: piel seca 22.5 por ciento; ojos hundidos 15.5 por ciento; labios resecos 15.9 por ciento. Hace excepción en esta observación la mollera hundida con 16.9 por ciento para el grupo de 0 y 5 meses y 19 por ciento en el grupo 6 a 11 meses.

Signos más notables de deshidratación se presentan en el grupo de edad de 24 a 35 meses y los órdenes de nacimiento 4-5 y 6 y más.

Al cruzar la prevalencia de diarrea con algunas características del hogar, los niños que viven en condiciones de mayor hacinamiento, cuando su provisión de agua es fuera de la vivienda o cuyas fuentes no son protegidas, cuando los servicios sanitarios son letrinas o no las tienen; si no disponen de refrigeradora o cocinan con leña y la suma de estos factores ambientales negativos combinados, propician las probabilidades de sufrir de enfermedades diarreicas.

12.3.2 *Tratamiento de la diarrea*

Según datos que constan en el Cuadro 12.5, a las madres cuyos niños tuvieron un episodio de diarrea en las dos semanas anteriores a la Encuesta, se les preguntó si "¿Hizo algo para aliviarle?", con el objeto de saber su nivel de preocupación sobre la enfermedad. El 86 por ciento contestaron afirmativamente y el 14 por ciento lo hicieron negativamente.

El tratamiento de la diarrea fue más elevada en el área urbana en 89.4 por ciento, mientras en la rural tiene cifra de 82.9 por ciento. En algo más alto el tratamiento de diarrea en la sierra con 87.1 por ciento que en la costa en donde es de 84.5 por ciento (cuadro 12.5).

Según el nivel de instrucción de las madres, las que no tienen instrucción alguna trajeron a sus niños con diarrea en 85.7 por ciento, en tanto que las madres con instrucción secundaria y superior sumadas lo hicieron en 90.2 por ciento.

Del total que mencionaron haber recibido tratamiento, se encuentra a nivel total lo siguiente: antibióticos 40.7 por ciento; antidiarreico 59.1 por ciento; suero oral 29.2 por ciento; remedios caseros 80.4 por ciento; líquidos intravenosos 2.6 por ciento; hospitalización más de 24 horas 1.2 por ciento.

CUADRO 12.5

PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE TUVIERON DIARREA EN LAS DOS SEMANAS, ANTERIORES A LA ENCUESTA
POR TIPO Y TRATAMIENTO RECIBIDO, SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCION
DE LA MADRE. ENDEMAIN-94.

CARACTERISTICAS	Recibió tratam.	Nº de niños con diarrea	TRATAMIENTO RECIBIDO					Nº de niños
			Antibióticos	Antidiarreicos	Suero Oral	Remedios caseros ^{1/}	Líquidos intravenosos	
TOTAL PAIS	86.0	1060	40.7	59.1	29.2	80.4	2.6	918
AREA Y REGION:								
Urbana	89.4	461	49.4	64.7	35.0	75.8	1.5	412
Rural	82.9	599	32.4	53.8	23.6	84.7	3.6	506
SIERRA	87.1	673	32.8	52.0	25.5	88.2	4.2	582
COSTA	84.5	387	50.7	68.0	33.7	70.6	0.5	336
INSTRUCCION								
Ninguna	85.7	75	35.9	47.9	29.4	84.4	6.1	63
Primaria	83.4	592	39.0	56.4	25.3	82.4	3.2	505
Secundaria y Superior	90.2	393	44.3	65.4	34.9	76.5	0.9	350

^{1/} Incluye agüitas caseras, medicina tradicional

FUENTE: ENDEMAIN-94

El tratamiento de la diarrea con antibióticos es de 49.4 por ciento en el área urbana y 32.4 en la rural. Existe mayor uso en la costa 50.7 por ciento que en la sierra 32.8 por ciento. Lo emplean más las madres con instrucción secundaria y superior en 44.3 por ciento, explicables por la cultura médica existente.

El tratamiento con antidiarreicos es también significativamente más elevado en el área urbana en la costa y por las madres de instrucción secundaria y superior.

El tratamiento con suero de Rehidratación Oral, que a nivel nacional se fija en 29.2 por ciento, y cuya importancia se destacó precedentemente, se usa en el área urbana en 35 por ciento y en la rural 23.6 por ciento. La prevalencia de uso es de 33.7 por ciento en la costa y menor en la sierra con 25.5 por ciento.

Según nivel de instrucción de las madres, las analfabetas lo emplean en la misma medida del promedio total, mientras las madres con instrucción secundaria y superior lo hacen en 34.9 por ciento.

El recurso de tratamiento con remedios caseros y medicina tradicional, empleado por el 80.4 por ciento, es inverso a las preferencias anotadas anteriormente; en efecto en área rural lo usan en 84.7 por ciento; en la sierra su prevalencia es de 88.2 por ciento y entre las madres sin instrucción alguna tiene un 84.4 por ciento de prevalencia, todo lo cual podría asociarse con menor acceso a servicios médicos y a las condiciones socio-económicas que pueden ser determinantes.

En el Cuadro 12.6, se continúa el análisis de tratamiento de la diarrea, según edad del niño y orden de nacimiento.

En la columna de tratamiento según la edad en meses del niño, llama la atención que en el grupo de 0-5 meses sólo lo fuera en 75.6 por ciento, con 10 puntos porcentuales menos que el promedio total, sin proponer una explicación apropiada del hecho. Destaca también como mayor del rango, el grupo de 24-35 meses que recibió tratamiento en 90.3 por ciento.

Según el orden de nacimiento del niño seleccionado, tienen menor prevalencia los del orden 6 y más con 79 por ciento para su tratamiento.

CUADRO 12.6

PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE TUVIERON DIARREA EN LAS DOS SEMANAS, ANTERIORES A LA ENTREVISTA POR TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO, SEGUN CARACTERISTICAS DEL NIÑO.
ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS	Recibio tratam.	Nº de niños	antibi- oicos	Antidia-rreicos	Suero oral	Remedios caseros 1/	Nº de niños con diarrea
EDAD							
0-5 meses	75.6	72	45.8	44.6	34.0	64.9	93
6-11 meses	83.0	126	44.4	63.1	36.6	77.9	154
12-23 meses	86.7	291	41.7	59.2	29.5	82.7	329
24-35 meses	90.3	200	35.6	64.5	23.7	85.5	223
36-47 meses	87.2	130	36.3	59.7	28.7	80.4	150
48-59 meses	86.8	99	44.8	52.5	25.8	77.6	111
ORDEN DE NACIMIENTO							
1	88.2	331	39.0	63.2	25.9	76.9	377
2-3	85.5	325	40.6	58.6	31.3	79.0	380
4-5	89.2	145	41.9	62.1	32.7	85.3	163
6 y más	78.9	117	44.1	46.7	27.2	86.8	140
TOTAL	86.0	918	40.7	59.1	29.2	80.4	1060

1/ incluye agüitas caseras, medicina tradicional

FUENTE: ENDEMAIN-94

El tratamiento de la diarrea con antibióticos, según la edad en meses del niño es superior al promedio total en las edades, 0 a 11 meses y 48-59 meses y más bajo en las edades 24 a 47 meses; sin que podamos formular explicación plausible.

De acuerdo al orden de nacimientos del niño hay un porcentaje más alto en el grupo 6 y más.

El tratamiento con antidiarréico según edad en meses del niño, muestra picos más altos de empleo en los grupos 6 a 11 y 24 a 35 meses. Igual se observa según orden de nacimiento en los grupos 1 y 4-5, sin que se definan diferenciales claras.

El uso de suero de rehidratación oral, tiene uso más elevado que el promedio total en los niños menores de un año de edad, práctica que se considera adecuadas por la mayor habilidad de estos niños a la deshidratación. Segundo orden de nacimiento no se encuentran diferenciales significativas.

Los remedios caseros y medicinas tradicionales son proporcionalmente menos utilizados en niños menores de 11 meses y en el grupo 48-59 meses. El porcentaje de uso es más elevado en el grupo 24-35 meses, con 85.5 por ciento.

En el orden de nacimiento, predominan porcentajes más elevados en los niños mayores, órdenes 4-5 y 6 y más.

12.3.3 *Alimentación de los niños con diarrea*

Es un tema importantísimo afrontar el tipo de alimentación durante la enfermedad diarreica. La realimentación deberá realizarse 20 a 30 minutos luego de la última toma de sales de rehidratación oral o de la rehidratación endovenosa, evitando los períodos de ayuno prolongado que generalmente empeoran el cuadro.

La mayoría de pediatras están de acuerdo en que el incremento de líquidos y una alimentación con comidas blandas en las primeras 24 horas de enfermedad es lo más adecuado. Las infecciones intestinales agudas alteran la mucosa del intestino causando mala absorción de alimentos sólidos y pérdida de líquidos, consecuentemente administrar más líquidos y dar alimentos blandos, permiten una más rápida regeneración de la mucosa intestinal. Con el mismo propósito se recomiendan pequeñas cantidades de esos alimentos con mayor frecuencia.

Cuando se emplea leche de vaca, se recomienda iniciar la misma, diluida al medio durante 24 a 48 horas, aumentando la concentración de acuerdo a la tolerancia. Si el niño consume leche materna, ésta no debe suspenderse ni aún en el proceso agudo de la diarrea, como norma fundamental.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que los programas de promoción de la lactancia materna, podrían sostener una reducción de un 8 a 20 por ciento en la incidencia de enfermedad diarreica y una disminución de muertes por diarrea de 24 a 27 por ciento.

En el Cuadro 12.7, se encuentran datos sobre el suministro de líquidos durante el episodio de diarrea, según diversas variables consideradas. Para niños con diarrea en las últimas dos semanas, el 57 por ciento de madres declararon haber aumentado la cantidad de líquidos; el 6.2 por ciento lo disminuyeron; 35.7 por ciento mantuvieron la misma cantidad y el 1.1 por ciento no sabe/o no recuerda.

Según la edad en meses del niño con enfermedad diarreica, el aumento de líquidos oscila entre 45 por ciento del grupo 0-5 meses a un máximo de 60 por ciento en el grupo 24-35 meses.

El aumento de líquidos en presencia de vómito y signos de deshidratación tiene un rango de 54 a 60 por ciento, que le dá moderada significación de coherencia.

En el área urbana el incremento de líquidos en el episodio de diarrea, es de 67.4 por ciento, mientras en la rural es de 47.7 por ciento.

CUADRO 12.7

ALIMENTACION CON LIQUIDOS PARA NIÑOS CON DIARREA, POR CAMBIO EN LA CANTIDAD DE LIQUIDOS
SEGUN CARACTERISTICAS. ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS	CAMBIOS EN LA CANTIDAD DE LIQUIDOS					
	Aumentó líquidos	Disminuyó líquidos	Misma cantidad	No recuerda	Total	Nº de casos
TOTAL	57.0	6.2	35.7	1.1	100.0	1060
EDAD NIÑO (meses)						
0-5	44.9	7.3	44.0	3.8	100.0	93
6-11	59.2	8.7	31.8	0.4	100.0	154
12-23	57.7	5.8	36.0	0.5	100.0	329
24-35	60.2	3.7	36.1	0.0	100.0	223
36-47	54.9	5.5	36.0	3.6	100.0	150
48-59	58.6	8.7	32.1	0.6	100.0	111
SIGNOS DE DESHIDRATACION						
Vómito	60.1	6.9	31.4	1.5	100.0	242
Piel reseca	54.0	9.5	36.0	0.6	100.0	327
Ojos hundidos	62.2	6.4	30.9	0.5	100.0	368
Mollera hundida	61.6	11.8	26.2	0.4	100.0	56
Labios resecos	60.5	9.2	29.8	0.4	100.0	373
AREA Y REGION:						
Urbana	67.4	3.7	28.3	0.5	100.0	461
Rural	47.7	8.3	42.3	1.6	100.0	599
SIERRA	49.6	7.3	41.5	1.5	100.0	673
Quito	48.8	2.3	48.1	0.8	100.0	84
Resto Urbano	65.3	5.1	29.6	0.0	100.0	138
Rural	45.9	9.0	43.0	2.0	100.0	451
COSTA	66.0	4.8	28.7	0.6	100.0	387
Guayaquil	76.3	3.6	20.1	0.0	100.0	88
Resto Urbano	71.1	3.9	23.9	1.1	100.0	151
Rural	52.1	6.7	40.7	0.5	100.0	148
INSTRUCCION						
Ninguna	52.7	10.8	34.5	2.0	100.0	75
Primaria incompleta	44.6	7.0	46.9	1.5	100.0	214
Primaria completa	54.7	6.5	37.5	1.3	100.0	378
Secundaria incompleta	58.9	6.8	33.9	0.4	100.0	229
Secundaria completa	80.0	0.6	19.4	0.0	100.0	93
Superior	82.1	1.7	15.0	1.2	100.0	71

FUENTE: ENDEMAIN-94

Así mismo, son notables las diferencias que se observan según región: en la sierra 49.6 por ciento, mientras en la costa, presumiblemente por motivos climáticos, el aumento de líquido alcanza un 66 por ciento.

Esta misma diferencia se expresa en los 6 dominios de estudio: en Quito 48.8 por ciento, en Guayaquil 76.3% de mayor suministro de líquidos. En el resto urbano sierra 65.3 por ciento mientras en resto urbano costa es de 71.1 por ciento. En rural sierra 45.9 por ciento y en rural costa 52.1 por ciento.

Según nivel de instrucción de la madre, valores inferiores al promedio tienen las analfabetas 52.7 por ciento y primaria incompleta 44.6 por ciento; en tanto que las madres con instrucción secundaria y superior, aumentan líquidos en 80 y 82.1 por ciento respectivamente, destacando nuevamente que las madres mejor instruidas, atienden a sus hijos con diarrea de manera más apropiada.

Para complementar los datos que sobre alimentación durante el episodio de diarrea, se hizo a las madres la siguiente pregunta: "Durante la diarrea ¿Le aumentó, le disminuyó o le mantuvo igual cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le dá?". Como respuestas totales se obtuvieron los siguientes resultados: aumentó 5.9 por ciento; disminuyó, lo que implica suministro de comida blanda 44.3 por ciento; no modificaron la alimentación usual en igual porcentaje 44.2 por ciento; no come todavía 4.7 por ciento y no sabe/no responde 0.9 por ciento sobre un total de 1.060 casos (Cuadro 12.8). El número absoluto de casos: de aumento de comida sólida 59, todavía no come 41 y no sabe o no responde 7 impide su análisis por desagregación.

Nos referiremos entonces puntualmente a la disminución de alimentos sólidos que implica comida blanda. Existen incrementos variables de esta práctica según edad del niño, particularmente en los mayores de 12 meses de edad. El incremento de alimentos blandos tiene significación en los casos de vómitos y signos de deshidratación, en rango que va del 52 al 60 por ciento, con la excepción de mollera hundida que tiene menos de 25 casos.

Entre áreas urbana y rural no existen diferencias porcentuales. En cambio por región, el aumento de comidas blandas en la sierra es de 48.3 por ciento en tanto que en la costa es de 39.5 por ciento, con una diferencia de 9 puntos porcentuales, que se reflejan en los 6 dominios de estudio, con notoria disminución de su empleo en resto urbano y rural costa, con 38.5 y 34.3 por ciento respectivamente.

Según el nivel de instrucción de la madre, la disminución de comidas sólidas dá resultados aparentemente contradictorios, destaca que las madres sin instrucción alguna, muestran esta práctica más elevada 55.3 por ciento, mientras que en las de instrucción superior desciende a 39.4 por ciento, anotando que el número de casos es relativamente reducido con 39 y 30, respectivamente.

CUADRO 12.8

ALIMENTACION CON COMIDA SÓLIDA PARA NIÑOS CON DIARREA, POR CAMBIO
EN LA CANTIDAD DE LIQUIDOS, SEGUN CARACTERISTICAS. ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS	CAMBIOS EN LA CANTIDAD DE COMIDA SÓLIDA					TOTAL	Nº DE CASOS
	Aumentó	Disminuyó	Mantuvo Igual	Todavia no come	No sabe No recuerda		
TOTAL	5.9	44.3	44.2	4.7	0.9	100.0	1060
EDAD DEL NIÑO							
0-5	3.9	18.3	39.9	37.9	-	100.0	93
6-11	3.9	38.1	51.0	5.8	1.2	100.0	154
12-23	6.7	45.7	46.3	0.2	1.1	100.0	329
24-35	3.2	50.8	46.0	-	-	100.0	223
36-47	7.1	54.1	36.7	-	2.2	100.0	150
48-59	12.1	47.4	37.2	2.6	0.6	100.0	111
SIGNOS DE DESHIDRATACION							
Vómito	10.6	51.9	31.7	5.7	-	100.0	242
Piel seca	6.8	56.6	32.4	3.4	0.9	100.0	327
Ojos hundidos	8.3	51.8	38.2	1.6	0.2	100.0	368
Mollera hundida	2.3	39.0	49.2	9.2	-	100.0	56
Labios secos	6.9	60.0	31.0	1.5	0.2	100.0	373
AAREA Y REGION							
Urbana	6.4	44.0	43.7	5.0	0.8	100.0	461
Rural	5.4	44.6	44.7	4.4	0.9	100.0	599
Sierra	4.3	48.3	42.9	3.8	0.7	100.0	673
Quito	3.1	44.2	51.9	0.8	-	100.0	84
Resto urbano	4.6	49.1	43.6	2.6	-	100.0	138
Rural	4.4	49.1	40.7	4.8	1.1	100.0	451
Costa	7.8	39.5	45.8	5.8	1.1	100.0	387
Guayaquil	5.9	46.7	44.4	3.0	-	100.0	88
Resto urbano	9.7	38.5	38.8	10.5	2.5	100.0	151
Rural	7.6	34.3	54.0	3.5	0.5	100.0	148
NIVEL DE INSTRUCCION							
Ninguno	4.9	55.3	33.5	5.1	1.3	100.0	75
Prim.incompleta	6.8	44.6	43.2	5.2	0.2	100.0	214
Prim.completa	5.2	42.3	44.4	6.3	1.8	100.0	378
Secun.incompleta	5.4	45.1	46.6	2.8	0.2	100.0	229
Secun.completa	8.5	45.8	42.2	3.5	-	100.0	93
Superior	6.2	39.4	53.9	0.5	-	100.0	71

FUENTE: ENDEMAIN-94

12.4 Infección respiratoria aguda (I.R.A.)

La infección respiratoria aguda es la causa más importante de morbilidad y la segunda causa de muerte de niños menores de cinco años de edad en el Ecuador.

Las infecciones respiratorias agudas son producidas por una amplia variedad de agentes de enfermedad. Se han identificado más de 300 tipos de bacterias y virus que pueden producirlas, incluyendo 4 enfermedades prevenibles por vacunas (sarampión, difteria, tosferina y tuberculosis). Estas infecciones varían en severidad, desde un resfriado común a la neumonía bacteriana.

Tradicionalmente se dividen en dos categorías principales: *del tracto respiratorio alto*, que son más frecuentes, a menudo de origen viral y por ello de evolución autolimitada, pero a veces aparentemente inofensivas, por diversas razones hacen infección secundaria complicada. La infección *del tracto respiratorio bajo*, es la causa más importante de mortalidad de la enfermedad. La infección bacteriana es particularmente peligrosa y la bacteria neumónica domina todas las infecciones mortales de la infancia. Las infecciones del tracto bajo son relativamente menos frecuentes que las altas, son de diagnóstico precoz más difícil y producen mayor mortalidad.

Las infecciones respiratorias agudas son primariamente transmitidas de persona a persona a través del aire. Los factores que influyen en su transmisión son altas densidades de población, condiciones de vivienda impropias y con gran hacinamiento, y cambios estacionales.

Los principales factores de riesgo de mortalidad por estas causas son los niños de edad más temprana, el bajo peso al nacer y las condiciones de malnutrición, en que juega un papel importante la deficiencia de vitamina A. Las tasas más altas de mortalidad se presentan durante el primer año de vida, causada particularmente por la neumonía, en poblaciones empobrecidas.

La incidencia de infección respiratoria aguda de la infancia, es aproximadamente la misma en regiones desarrolladas y subdesarrolladas del mundo.

12.4.1 Prevalencia de infección respiratoria aguda

Según datos del Cuadro 12.9, se preguntó a las madres de niños menores de 5 años sobre los episodios de infección respiratoria aguda (I.R.A.) ocurridos en las dos semanas anteriores a la entrevista. Los niños menores de cinco años de edad, 59.4 por ciento respondió que tenían al menos un síntoma de I.R.A.

CUADRO 12.9

PORCENTAJE DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE PRESENTARON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (I.R.A.) EN LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENTREVISTA, POR PRESENCIA Y GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	Con I.R.A.	PRESENCIA Y GRAVEDAD DE I.R.A.			Nº DE CASOS	
		GRAVEDAD				
		Leve	Moderada	Severa		
TOTAL	59.4	19.8	25.2	14.4	5543	
EDAD DE LOS NIÑOS (años)						
< 1	60.3	23.8	22.8	13.7	1114	
1	60.9	19.0	25.1	16.8	1146	
2	61.1	20.3	28.5	12.3	1104	
3	57.2	18.7	24.2	14.3	1137	
4	57.3	16.8	25.6	14.8	1042	
AREA						
Urbana	61.4	21.0	25.1	15.3	2743	
Rural	57.2	18.5	25.3	13.4	2800	
SIERRA	58.2	20.3	24.9	13.0	3328	
Quito	58.0	20.0	27.5	10.5	517	
Resto Urbano	59.8	24.1	23.5	12.2	870	
Rural	57.7	19.1	24.5	14.1	1941	
COSTA	60.6	19.3	25.5	15.8	2215	
Guayaquil	74.1	20.1	26.6	27.3	493	
Resto Urbano	54.9	20.5	23.5	10.9	863	
Rural	56.5	17.7	26.5	12.2	859	
PROVINCIA						
Carchi	50.9	28.2	17.2	5.5	289	
Imbabura	39.5	16.1	16.4	7.0	288	
Pichincha	59.3	22.8	26.5	10.0	877	
Cotopaxi	49.9	17.4	24.9	7.7	236	
Tungurahua	48.4	19.5	18.7	10.2	278	
Bolívar	61.0	17.1	29.9	14.0	262	
Chimborazo	53.9	12.9	25.0	16.0	245	
Cañar	61.2	17.9	27.4	15.9	280	
Azúay	70.2	22.4	24.8	23.1	311	
Loja	68.7	21.4	29.2	18.2	262	
Esmeraldas	52.9	19.4	24.0	9.3	311	
Manabí	53.1	14.3	22.6	16.3	336	
Los Ríos	53.8	19.7	21.6	12.5	393	
Guayas	67.4	20.6	28.0	18.7	871	
El Oro	54.4	22.5	23.7	8.2	304	
NIVEL DE INSTRUCCION						
Ninguna	51.6	15.4	23.8	12.4	376	
Primaria incompleta	63.9	17.9	27.5	18.5	896	
Primaria completa	60.0	19.5	26.7	13.8	1825	
Secundaria incompleta	61.3	20.7	24.4	16.2	1130	
Secundaria completa	58.2	23.4	25.1	9.6	761	
Superior	52.7	20.7	18.6	13.3	555	

FUENTE: ENDEMAIN-94

Según edad de los niños, los menores de 2 años cumplidos tienen una prevalencia del orden de 60 por ciento, mientras los grupos etareos de 3 y 4 años lo tienen de 57 por ciento.

En el área urbana la prevalencia es algo mayor con 61.4 por ciento que la rural con 57.2 por ciento. La región costa tiene prevalencia de 60.6 por ciento, ligeramente superior a la sierra que presenta 58.2 por ciento.

En los dominios de estudio, Quito tiene 58 por ciento, en tanto que Guayaquil presenta un valor de 74.1 por ciento. Valores semejantes al promedio total tienen el resto urbano y rural sierra, en tanto el resto urbano y rural costa tienen prevalencia inferior al mismo.

Según el nivel de instrucción de las madres, los grupos extremos de analfabetas y las madres con instrucción superior tienen niveles semejantes e inferiores al promedio. Un valor más alto de 64 por ciento, presentan los niños de madres con primaria incompleta.

De acuerdo a las provincias de origen tienen valores más altos que el promedio: Bolívar, Cañar, Azuay, Loja y Guayas. La provincia de Pichincha tiene prevalencia semejante al promedio nacional. Otras provincias ostentan valores inferiores, destacando Imbabura con 39.5 por ciento.

La gravedad de la infección respiratoria aguda, se clasificó en: leve, moderada y severa, según los síntomas informados por las madres, en los episodios ocurridos dos semanas antes de la entrevista. Los criterios de clasificación fueron utilizados con éxito en la Encuesta ENDEMAIN-89 y se mantuvieron en la presente Encuesta:

I.R.A. LEVE: La presencia de los siguientes síntomas:

- Ojos rojos y lagrimosos
- Congestión nasal
- Estornudos
- Tos

I.R.A. MODERADA: La sintomatología anterior, agregada de:

- Temperatura alta
- Dolores de garganta
- Ronquera
- Dificultad al tragar
- Dolores de oído o secreciones del oído.

I.R.A. SEVERA. A los síntomas de I.R.A. moderadas se añaden:

- Respiración rápida y con dificultad
- Pecho hundido
- Labios azules o morados
- Falla respiratoria

Adicionalmente se respetaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

No tenía I.R.A., cuando no se reportó ningún síntoma descrito. I.R.A. leve cuando uno o más síntomas de esta categoría se reportaron, pero ninguno del tipo moderado o severo.

I.R.A. Moderada, cuando por lo menos un síntoma de esta categoría se informó, y ninguno del tipo severo o grave.

I.R.A. Severa, si la madre incluía a lo menos un síntoma de esta categoría.

En la presente investigación de los casos que respondieron afirmativamente a presencia de Infección Respiratoria Aguda, el 19.8 por ciento corresponden a I.R.A. leve, 25.2 por ciento a I.R.A. Moderada y 14.4 por ciento a I.R.A. severa o grave. (ver Cuadro 12.9)

La *infección respiratoria aguda leve*, encasilla en su sintomatología generalmente infecciones virales de evolución autolimitada, requieren tratamiento de los síntomas molestos, aumento de líquidos y reposo.

Al considerar la edad de los niños que la padecen, se encuentra un incremento de su prevalencia frente al promedio total, entre los menores de 1 año con 23.8 por ciento, mientras que entre los de 4 años de edad disminuye a 16.8 por ciento, con diferencia de 7 puntos porcentuales entre los dos grupos de edad.

Hay ligero predominio de prevalencia de I.R.A. leve en área urbana y Sierra, respecto a sus contrapartes.

En los 6 dominios de estudio, esta categoría de afección es igual en Quito y Guayaquil. Nivel más alto en resto urbano sierra con el 24.1 por ciento y el más bajo 17.7 por ciento en rural costa.

Según el nivel de instrucción de las madres, los hijos de analfabetas tienen la prevalencia más baja con 15.4 por ciento, compartiendo valores inferiores al promedio con los de madres con instrucción primaria. Se encuentra valor más alto de 23.4 por ciento entre los hijos de madres con secundaria completa.

Por clasificación de provincias, tienen valores algo superiores al promedio El Oro, Azuay y Pichincha y más elevado Carchi con 28.2 por ciento. Entre las que tienen cifras de I.R.A. leve más bajas destacan Chimborazo 12.9 por ciento y Manabí 14.3 por ciento.

La *infección respiratoria aguda moderada*, hace presumir complicación de enfermedades de origen viral o producidas por bacterias, que afectan amígdalas, faringe, laringe, oídos y que pueden precisar tratamientos específicos más enérgicos.

Según edad, casi no hay diferenciales en la I.R.A. moderna.

No existen diferencias significativas de esta modalidad de I.R.A. considerando área y región.

En los 6 dominios de estudio, Quito y Guayaquil tienen valores parecidos 27.5 por ciento y 26.6 por ciento respectivamente. En los otros dominios no existen diferencias notables, salvo un pequeño aumento en rural costa.

Considerando el nivel de instrucción de las madres, la I.R.A. moderada presenta un valor superior al promedio los de madre con primaria incompleta 27.5 por ciento y más baja del mismo los hijos de madres con instrucción superior con 18.6 por ciento, asumiendo que estas últimas tienen mayor preocupación en la salud infantil.

Entre las provincias, en Bolívar, Cañar, Loja y Guayas tienen cifras superiores al promedio nacional y prevalencia inferior al mismo en Carchi e Imbabura, con 17.2 por ciento y 16.4 por ciento respectivamente.

La *infección respiratoria aguda severa*, cuyo valor promedio es de 14.4 por ciento, caracteriza en general a las infecciones del tracto respiratorio bajo o pulmonar, que antes señalamos; incluye los procesos de neumonía subsidiarios de mayor mortalidad, requieren mayor capacidad y recursos para su diagnóstico precoz, medios terapéuticos más eficaces y específicos, y con frecuencia son mejor tratados con hospitalización.

En la presente investigación la prevalencia más elevada del 16.8 por ciento la encontramos para los niños de 1 año de edad, a diferencia de la propuesta referencial de mayor afectación de los menores de un año de edad.

Alguna diferencia de I.R.A. severa se encuentra en área urbana 15.3 por ciento que en la rural con 13.4 por ciento. En la costa 15.8 por ciento y en la sierra 13 por ciento.

Entre los 6 dominios de estudio existe diferencia notable entre Quito con 10.5 por ciento de prevalencia, frente a Guayaquil que presenta 27.3 por ciento, probablemente entre otros factores por mayor hacinamiento poblacional. Cifras más bajas que el promedio se detectan en resto urbano y rural costa.

Tratando el nivel de instrucción de las madres de niños con I.R.A. severa no encontramos correlación coherente, excepto señalar valores más elevados entre los hijos de madres con primaria incompleta 18.5 por ciento, coincidente con valores altos de I.R.A. moderada, que ya remarcamos.

Entre las provincias se encuentran prevalencias más altas que el promedio en Chimborazo, Cañar, Loja, Manabí y Guayas y la cifra notable de 23.1 por ciento de I.R.A. severa en Azuay. Algunas provincias tienen cifras inferiores al promedio Carchi 5.5 por ciento. Imbabura 7.0 por ciento, Cotopaxi 7.7 por ciento, El Oro 8.2, como ejemplos, sin dejar de señalar que los números absolutos de algunas son inferiores a 25 casos.

12.4.2 Tratamiento de la infección respiratoria aguda

En el Cuadro 12.10, la columna "recibió tratamiento", corresponde a la respuesta para la pregunta formulada "hizo algo para aliviarle?"; la respuesta afirmativa es de 83.3 por ciento mientras un 16.7 por ciento no lo hicieron por diversas razones.

El tratamiento de los casos de I.R.A. leve es de 74.8 por ciento, la moderada 85.7 por ciento y de la severa coherentemente de 91 por ciento.

El el área urbana es más alto que en la rural. No existen diferencias apreciables entre sierra y costa.

Según residencia en Quito 87.4 por ciento y en Guayaquil 86.4 por ciento, en los otros dominios no existen diferenciales substanciales.

El nivel de instrucción de las madres si determina notable diferencial: las madres analfabetas 73.0 por ciento, hasta crecientemente, las de nivel superior trataron los casos de I.R.A. en 92.1 por ciento.

Entre las provincias, en algunas se hizo tratamiento superior al promedio en Chimborazo, Loja, Manabí, Los Ríos, El Oro, mientras en otras fue inferior al mismo, exemplificando Carchi y Cotopaxi con 79 por ciento.

La discriminación de los diferentes *medios de tratamiento* se resume: antibióticos 46.7 por ciento; aspirina y similares 52.5 por ciento; antígripales y expectorantes 51.3 por ciento; remedios caseros 57 por ciento; hospitalización 0.9 por ciento y otros 1.5 por ciento.

El uso de antibióticos en casos de I.R.A. es a nivel de país de 46.7 por ciento. Su empleo muestra una razonable correlación ya que en la categoría leve es de 31.9 por ciento mientras en la moderada y severa es del orden de 53 por ciento.

Se emplean más en área urbana y en la costa; lo que se refleja en los seis dominios de estudio de residencia; en Quito 54.7 por ciento y en Guayaquil 57 por ciento. Es más elevado su uso en el resto urbano y rural costa, que en sus correlativos de la Sierra.

CUADRO 12.10

PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE TUVIERON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS,
POR TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	RECIBIO TRATAMIENTO	TRATAMIENTO RECIBIDO						Nº DE CASOS
		Antibió-ticos	Aspiri-nas	Expecto-rantes Antigri-pales	Remedio s caseros	Hospita-lización	Tratado por médico o enfermera	
TOTAL	83.3(3170)	46.7	52.5	51.3	57.0	0.9	39.6	2638
SEVERIDAD DE LA I.R.A.								
Leve	74.8(1102)	31.9	40.2	44.0	54.6	0.3	28.0	817
Moderada	85.7(1335)	53.5	57.1	50.5	57.1	0.4	43.5	1161
Severa	90.9(733)	52.3	58.7	60.8	59.4	2.3	48.9	660
AREA								
Urbana	86.3(1617)	53.3	48.8	55.8	50.6	0.9	49.2	1388
Rural	80.0(1553)	38.5	57.0	45.7	64.8	0.9	28.7	1250
SIERRA	82.9(1877)	37.5	49.0	39.0	71.0	1.0	36.2	1548
Quito	87.4(308)	54.7	45.7	40.6	57.7	0.5	48.5	269
Resto Urbano	84.7(483)	46.7	46.7	44.3	65.6	1.6	45.6	404
Rural	80.7(1086)	27.5	51.1	36.4	78.1	1.0	28.4	875
COSTA	83.7(1293)	55.4	55.8	62.9	43.7	0.8	43.0	1090
Guayaquil	86.4(364)	57.0	46.5	64.9	41.4	0.7	56.6	311
Resto Urbano	86.5(462)	52.8	54.4	63.1	46.3	0.8	44.3	404
Rural	78.8(467)	56.5	66.5	60.8	43.3	0.8	29.3	375
PROVINCIA								
Carchi	79.3(137)	40.2	52.3	27.6	65.8	0.0	34.3	106
Imbabura	81.9(126)	49.1	42.5	35.9	70.1	1.2	38.7	105
Pichincha	82.5(521)	49.3	53.8	41.5	59.2	0.7	40.6	435
Cotopaxi	79.2(108)	31.0	58.4	38.5	69.2	0.0	32.2	86
Tungurahua	82.0(135)	34.7	42.3	33.9	75.4	0.0	26.3	110
Bolívar	83.3(153)	29.2	56.0	27.5	76.3	0.0	32.3	127
Chimborazo	89.6(129)	32.8	54.2	33.8	72.6	1.0	36.4	113
Cañar	84.8(176)	24.3	37.3	44.4	79.6	0.0	33.4	146
Azuay	80.6(215)	31.3	38.6	47.7	80.2	2.1	40.9	171
Loja	85.2(177)	20.9	46.6	31.8	89.5	2.9	24.0	149
EsmERALDAS	83.0(163)	56.2	57.6	42.4	48.1	0.0	40.8	141
Manabí	88.1(173)	61.3	75.9	56.4	54.3	1.4	37.8	152
Los Ríos	88.1(219)	63.2	78.4	62.9	41.6	1.2	32.7	194
Guayas	81.5(574)	54.0	44.9	67.7	39.2	0.4	47.4	466
El Oro	85.0(164)	40.3	51.7	62.2	49.6	1.7	38.2	137
NIVEL DE INSTRUCCION								
Ninguna	73.0(188)	29.0	59.4	26.5	73.5	0.8	19.1	140
Primaria incompleta	77.3(534)	37.9	58.0	41.4	62.7	1.8	25.7	419
Primaria completa	83.8(1044)	45.1	56.1	53.5	57.7	0.7	36.2	869
Secundaria incompleta	85.6(669)	52.5	48.6	55.4	50.5	0.8	45.1	559
Secundaria completa	86.4(436)	57.1	46.3	53.6	51.2	0.5	53.2	379
Superior	92.1(299)	50.8	42.6	62.7	57.7	1.0	64.6	272

FUENTE: ENDEMAIN-94

Según nivel de instrucción de las madres es menor entre las analfabetas y las de instrucción primaria y mayor entre las de instrucción secundaria y superior; lo que también debe estar influido por la cultura médica, que los utiliza a larga mano.

Correspondiendo a explicación parecida, entre las provincias existen varias en que su uso es mayor que el promedio total: Imbabura, Pichincha, Esmeraldas, Manabí, Los Ríos y Guayas, en tanto en otras su utilización es menor al promedio, hacen ejemplo Loja 20.9 por ciento y Bolívar 29.2 por ciento.

El uso total de aspirina y similares, que en general combaten la fiebre y el dolor, son adicionalmente accesibles y baratos, es a nivel total de 52.5 por ciento. En la I.R.A. leve se usan en 40 por ciento; en la moderada 57 por ciento y 59 por ciento en la forma severa. La aspirina se usa algo más en la zona rural y en la costa.

Según dominios de residencia en Quito 45.7 por ciento y en Guayaquil 46.5 por ciento. Se emplea notablemente más en el resto urbano y rural costa, que en sus correspondientes de la sierra.

De acuerdo a la instrucción materna, se emplea aspirina más entre las analfabetas y las de instrucción primaria, que entre las madres que alcanzaron secundaria e instrucción superior.

Entre las provincias, en unas como Esmeraldas, Manabí y Los Ríos, esta última con 78.4 por ciento de prevalencia de uso de aspirina, superan el promedio; mientras en Imbabura y Tungurahua, se utiliza en un 42 por ciento.

En la ENDEMAIN-94, la respuesta fue conjunta para el empleo de expectorantes y antígrípales, con un promedio total de 51.3 por ciento.

El uso de estos medicamentos es de 44 por ciento en I.R.A. leve; 50.5 por ciento en la moderada y 60.8 por ciento en la severa, mostrando una relación esperada con la gravedad de los síntomas correspondientes.

Su utilización es notablemente más alta en el área urbana y particularmente en la costa.

En los dominios de estudio se revelan las anteriores diferencias: en Quito 40.6 por ciento, mientras en Guayaquil 64.9 por ciento, y se usan importantemente más en las de costa, que por sus correspondientes de la sierra.

Las hospitalizaciones, como recurso de tratamiento de la infección respiratoria aguda es en promedio nacional de 0.9 por ciento, con 21 casos, que por su desagregación limitan el análisis.

La atención de los casos de I.R.A., entre los niños menores de cinco años, con la participación profesional de médico o enfermera es de 39.6 por ciento a nivel total.

Los datos de la presente investigación indican que en casos de I.R.A. leve, fueron atendidos por médico o enfermera el 28 por ciento; en la forma moderada en 43.5 por ciento y en la forma severa 48.9 por ciento.

En área urbana 49.2 por ciento y en la rural 28.7 por ciento. En la región costa 43 por ciento y en la sierra 36.2 por ciento.

En los dominios de estudio en Quito 48.5 por ciento y en Guayaquil 56.6 por ciento; en porcentajes semejantes en resto urbano y rural de sierra y costa.

Proporcionalmente hay notables diferencias de esta atención profesional entre las madres analfabetas 19.1 por ciento y las que tenían instrucción superior 64.6 por ciento, diferencias que relacionan con nivel socioeconómico y accesibilidad a servicios médicos.

Al considerar las provincias, la atención profesional de I.R.A. es mayor que el promedio en Guayas con 47.4 por ciento, mientras exemplifican atención baja: Loja con 24 por ciento y Tungurahua con 26.3.

12.5 Control y registro del desarrollo del niño

Presentamos en el cuadro 12.11, la importancia del control del desarrollo del niño, por la repercusión que tiene particularmente para la sobrevivencia infantil.

La primera columna refiere, a si las madres conservaban el Carnet de Salud Infantil, documento útil para los controles y cuando las consultas se hacen con profesionales que no trabajan para organismos del Ministerio de Salud Pública, independientemente de los registros que sobre esta materia se lleven en las Historias Clínicas individuales. (Cuadro 12.11)

Los datos de cobertura, son insuficientes ya que respondieron afirmativamente el 50.6 por ciento de las madres; negativamente el 35.8 por ciento y declararon que si lo recibieron pero lo han perdido el 13.6 por ciento de las interrogadas.

CUADRO 12.11
PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, QUE DISPONIAN DE CARNET POR TIPO
DE REGISTRO, SEGUN CARACTERISTICAS

CARACTERISTICAS	CARNET	Nº DE CASOS	CON REGISTRO DE:			Nº DE CASOS
			FECHA DE NACIMIENTO	PESO	VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO	
TOTAL	50.6	5543	97.2	16.7	38.0	2812
AREA						
Urbana	54.3	2743	96.9	19.6	36.2	1489
Rural	46.6	2800	97.6	13.1	40.2	1323
SIERRA	46.6	3328	96.7	25.5	37.6	1623
Quito	49.1	517	94.2	42.5	24.9	267
Resto Urbano	51.4	870	95.3	28.2	45.6	463
Rural	44.0	1941	98.2	17.8	39.3	893
COSTA	54.5	2215	97.7	9.2	38.3	1189
Guayaquil	67.4	493	98.8	7.6	39.2	340
Resto Urbano	49.3	863	97.5	13.5	34.1	419
Rural	50.3	859	96.8	6.7	41.5	430
PROVINCIA						
Carchi	59.6	289	99.0	42.2	21.1	171
Imbabura	47.8	288	96.0	12.1	27.5	142
Pichincha	49.2	877	95.4	35.1	29.5	455
Cotopaxi	39.6	236	99.2	23.2	41.3	108
Tungurahua	50.2	278	97.9	24.7	63.3	146
Bolívar	44.2	262	98.1	12.4	67.6	116
Chimborazo	37.7	245	93.9	14.8	17.3	96
Cañar	44.8	280	98.4	25.3	30.2	127
Azuay	47.3	311	97.8	25.1	59.3	151
Loja	43.8	262	98.1	3.9	33.8	111
Esmeraldas	43.6	311	97.5	13.5	24.6	122
Manabí	45.1	336	97.1	10.3	39.7	160
Los Ríos	47.6	393	97.3	13.7	65.7	188
Guayas	61.9	871	98.3	7.8	38.0	555
El Oro	52.2	304	95.5	7.4	14.5	164
EDAD DEL NIÑO (meses)						
0-5	61.2	521	97.5	27.1	35.3	324
6-11	65.2	593	97.9	21.8	40.6	392
12-23	57.2	1146	97.9	13.9	40.7	676
24-35	49.3	1104	97.1	13.1	34.8	530
36-47	43.2	1137	94.8	15.7	37.7	487
48-57	38.2	1042	98.3	13.4	38.2	403
NIVEL DE INSTRUCCION						
Ninguna	33.9	376	95.2	4.8	25.5	132
Primaria incompleta	45.1	896	97.2	11.8	36.3	394
Primaria completa	52.7	1825	97.8	14.3	41.9	974
Secundaria incompleta	56.6	1130	97.5	18.5	38.2	638
Secundaria completa	54.9	761	96.4	24.5	32.9	411
Superior	46.5	555	96.2	24.1	40.3	263

FUENTE: ENDEMAIN-94

La presentación del carnet fue más alta en el área urbana que en la rural y más en la costa que en la sierra.

En Quito lo mantenía el 49.1 por ciento de entrevistadas, mientras en Guayaquil tiene un valor de 67.4 por ciento. No existen diferencias notables del promedio total en los otros dominios, salvo un nivel bajo de 44 por ciento en el rural sierra.

Entre las provincias, algunas presentan niveles iguales o superiores al promedio total: Carchi, Tungurahua, Guayas y El Oro, mientras en las otras se encuentran valores inferiores al mismo, destacando Cotopaxi con 39.6 por ciento y Chimborazo 37.7 por ciento.

Según la edad del niño, se observan valores superiores al promedio en los infantes menores de 2 años, e inferiores en quienes pasan esta edad hasta los cinco años.

De acuerdo al nivel de instrucción de la madre, tienen el carnet infantil en nivel bajo 33.9 por ciento los hijos de madres analfabetas, asciende a 56.6 por ciento entre las de secundaria incompleta, desciende a 46.5 por ciento en las de instrucción superior, probablemente porque atendiéndose en clínicas y con médicos privados, entre ellos no está universalizado el sistema.

Entre madres que han perdido el carnet, en algunas provincias se observa notablemente más alto que el promedio de 13.6 por ciento de este hecho. Como ocurre en Imbabura, Tungurahua, Cañar, Azuay, Loja, Esmeraldas, Manabí, Los Ríos con un rango que va de 16.3 por ciento en Los Ríos hasta 23.8 por ciento en el Cañar (datos que no se presentan).

Los datos que se registran en el carnet infantil, constan de la fecha de nacimiento, con un aceptable 97.2 por ciento; en cambio el registro de peso tiene una cifra muy baja de 16.7 por ciento y la vigilancia de la curva de crecimiento, presenta un nivel insatisfactorio de 38 por ciento. Es preciso entonces mejorar consistentemente el registro de los dos últimos datos, para cumplir los importantes objetivos propuestos para cuidar apropiadamente el desarrollo infantil.

En el registro de la fecha de nacimiento del niño, no se observan diferencias según área y región.

Entre los dominios de estudio, este dato está consignado en Quito en 94.2 por ciento y lo está mejor en Guayaquil con 98.8 por ciento. Se anota mejor en rural sierra que en correspondiente de la costa.

Considerando las provincias, en Imbabura, Pichincha, El Oro se encuentran valores inferiores al promedio, y el menor tiene Chimborazo con 93.4 por ciento.

El registro del peso del niño es de 19.6 por ciento en área urbana y 13.1 por ciento en la rural. En la sierra 25.5 por ciento, y en la costa 9.2 por ciento.

Hay notable diferencia entre Quito 42.5 por ciento y Guayaquil 7.6 por ciento. Los valores son más bajos en resto urbano y rural costa, que en sus correspondientes de la sierra.

Según la edad del niño, el registro de peso es mejor entre los menores de 2 años, y disminuye el dato sobre esta edad.

De acuerdo al nivel de instrucción, es menor al promedio entre las madres analfabetas y con instrucción primaria y es mejor entre las que alcanzaron nivel secundario y superior.

La vigilancia del crecimiento, cuyo registro promedio total es de 38 por ciento, en área urbana es de 36.2 por ciento y en la rural de 40.2 por ciento. No existe diferencia entre sierra y costa.

En Quito es de 24.9 por ciento y en Guayaquil de 39.2 por ciento. Es más alto en resto urbano sierra con 45.6 por ciento que en su correspondiente de la costa 34.1 por ciento.

En algunas provincias parece existir mayor cuidado en anotar el peso, como en Tungurahua, Bolívar, Azuay y Los Ríos con rango entre 59.3 y 67.7 por ciento. No se notan diferencias importantes según edad del niño.

Tomando en cuenta el nivel de instrucción de las madres, entre las analfabetas se registró el peso en el carnet en 25.5 por ciento; en las de primaria completa 41.9 por ciento y en las de nivel educativo superior 40.3 por ciento, probablemente con el razonamiento expresado antes.

12.6 Inmunización de niños menores de cinco años

La inmunización es una de las armas más poderosas, en el arsenal de las tecnologías existentes, para defender la sobrevivencia infantil.

Las enfermedades, prevenibles mediante inmunización son: el sarampión, difteria, tosferina, tétanos, poliomelitis y tuberculosis. Las vacunas de las que se dispone contra estas enfermedades son en mayor parte seguras, efectivas y baratas. Para 1985 se estimaba que la vacunación había prevenido cerca de un millón de muertes infantiles, sin embargo se estimaba que 3.5 millones de infantes y niños morirán anualmente en el mundo por las enfermedades mencionadas y de sus complicaciones, independientemente de la morbilidad residual entre los sobrevivientes que enfermaron.

Importantes progresos en cobertura de inmunizaciones han ocurrido en el mundo, entre los países en desarrollo, en América Latina y el Caribe y también en nuestro país.

Es sorprendente que las mismas enfermedades infantiles pueden ser más o menos inócuas en un contexto y devastadoras en otro. Su tremendo impacto en la sobrevivencia infantil en países en desarrollo es sostenido por cuatro principales factores: bajos niveles

de inmunización; edad temprana a la infección; la presencia de malnutrición, hacinamiento y otras enfermedades complicantes; y la pobre disponibilidad de cuidados de salud.

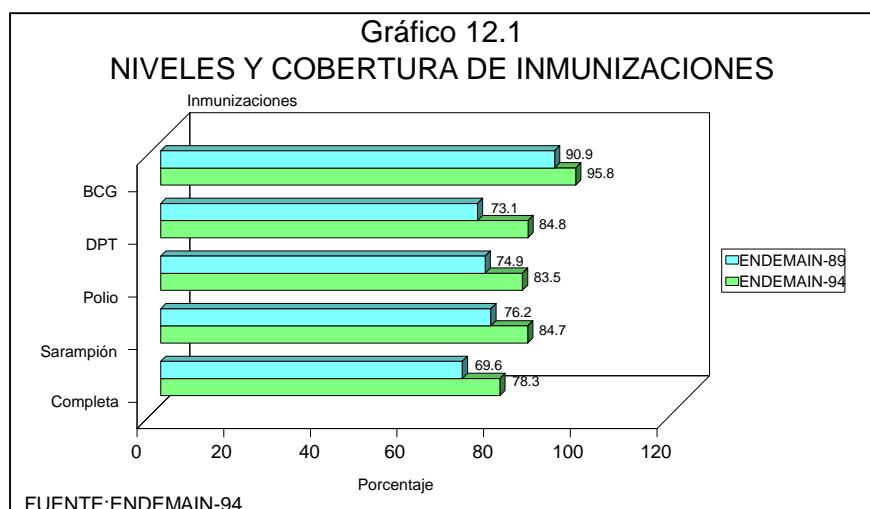
La Organización Mundial de la Salud, recomienda que las inmunizaciones primarias deben ser completadas antes del primer cumpleaños. El número de dosis de vacunaciones propuesto por la OMS, adoptado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador es: tres dosis de vacuna de polio; tres dosis de DPT (Difteria, tétanos, pertussis) una de BCG y una de sarampión. El régimen de vacunación de polio y DPT es a los dos, cuatro y seis meses de edad. Para BCG es al nacimiento y la de sarampión a los nueve meses de edad.

Las vacunaciones de polio y DPT deben teóricamente cumplirse a los seis meses de edad, los menores de esa edad son excluidos del análisis, de la misma manera los niños menores de nueve meses son excluidos cuando se examina la cobertura de inmunización para el sarampión. Como la BCG, para tuberculosis puede ser suministrada al nacimiento, todos los niños se incluyen para el estudio.

La UNICEF considera que un nivel de cobertura del 80 por ciento, como la indicación mínima de haber alcanzado inmunización adecuada para detener la transmisión de enfermedades inmunizables (UNICEF 1988, The state of the World's children).

12.6.1 Niveles y cobertura de inmunizaciones

Los niveles y cobertura de las diferentes inmunizaciones en la Encuesta ENDEMAIN-94, se muestran en el Cuadro 12.12. Los datos totales de promedio del país son: BCG 95.8 por ciento, DPT 84.8 por ciento; POLIO 83.5 por ciento; SARAMPION 84.7 por ciento y el total de vacunaciones completas 78.3 por ciento.



Los mismos parámetros considerados en la ENDEMAIN-89, representativos del anterior quinquenio, son: BCG 90.9, DPT 73.1 por ciento; POLIO 74.9 por ciento; SARAMPION 76.2 por ciento y el total de vacunaciones completas 69.6 por ciento.

Como puede observarse en el Gráfico 12.1, existe un importante incremento de todas las vacunaciones consideradas, en el último quinquenio, que es indicativo de los esfuerzos nacionales en el cumplimiento de esta medida de medicina preventiva, que redundará en la reducción de la morbimortalidad que estas enfermedades producen.

CUADRO 12.12

PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE RECIBIERON INMUNIZACIONES COMPLETAS,
POR TIPO DE VACUNA, SEGUN CARACTERISTICAS

CARACTERISTICAS	BCG	DPT(*)	POLIO(*)	SARAMPIÓN(**)	TODAS
TOTAL	95.8 (5543)	84.8 (5022)	83.5 (5022)	84.7 (4733)	78.3 (4733)
AREA					
Urbana	97.5 (2743)	89.3 (2466)	88.1 (2466)	87.2 (2331)	81.7 (2331)
Rural	94.1 (2800)	80.0 (2556)	78.6 (2556)	82.1 (2402)	74.8 (2402)
SIERRA	96.9 (3328)	85.5 (3036)	84.4 (3036)	84.3 (2850)	78.7 (2850)
Quito	97.9 (517)	90.6 (462)	89.2 (462)	86.2 (428)	82.0 (428)
Resto Urbano	98.2 (870)	90.5 (788)	90.3 (788)	87.1 (747)	82.6 (747)
Rural	96.1 (1941)	82.1 (1786)	80.8 (1786)	82.7 (1675)	76.2 (1675)
COSTA	94.8 (2215)	84.0 (1986)	82.5 (1986)	85.2 (1883)	78.0 (1883)
Guayaquil	97.6 (493)	90.4 (435)	89.6 (435)	88.0 (412)	83.4 (412)
Resto Urbano	96.7 (863)	87.0 (781)	85.1 (781)	87.3 (744)	79.7 (744)
Rural	90.9 (859)	76.8 (770)	75.2 (770)	81.1 (727)	72.6 (727)
PROVINCIA					
Carchi	99.4 (289)	94.2 (289)	94.2 (268)	96.6 (253)	95.2 (253)
Imbabura	98.1 (288)	85.9 (258)	83.7 (258)	85.4 (242)	83.3 (242)
Pichincha	97.8 (877)	87.4 (791)	86.1 (791)	84.1 (739)	79.3 (739)
Cotopaxi	96.5 (236)	85.7 (218)	83.7 (218)	83.4 (205)	78.7 (205)
Tungurahua	95.0 (278)	84.4 (251)	83.9 (251)	86.0 (238)	83.3 (238)
Bolívar	98.0 (262)	84.3 (242)	83.9 (242)	78.3 (227)	74.9 (227)
Chimborazo	93.6 (245)	81.4 (223)	80.6 (223)	79.4 (204)	73.2 (204)
Cañar	96.7 (280)	83.4 (250)	83.8 (250)	86.8 (236)	78.7 (236)
Azuay	99.0 (311)	86.9 (286)	85.2 (286)	84.6 (270)	77.0 (270)
Loja	93.4 (262)	80.1 (249)	79.2 (249)	85.4 (236)	73.5 (236)
EsmERALDAS	90.9 (311)	81.0 (272)	79.2 (272)	82.9 (254)	75.3 (254)
Manabí	92.2 (336)	85.7 (310)	83.2 (310)	86.5 (296)	81.5 (296)
Los Ríos	96.9 (393)	83.7 (350)	83.1 (350)	79.1 (336)	75.1 (336)
Guayas	95.8 (871)	83.5 (777)	82.2 (777)	85.7 (741)	76.9 (741)
El Oro	94.8 (304)	86.3 (277)	85.0 (277)	88.9 (256)	82.5 (256)
NIVEL DE INSTRUCCION					
Ninguna	88.4 (376)	66.6 (346)	65.3 (346)	67.2 (328)	60.5 (328)
Primaria incompleta	91.8 (896)	75.9 (820)	74.7 (820)	79.0 (781)	69.8 (781)
Primaria completa	96.4 (1825)	82.8 (1674)	81.4 (1674)	84.3 (1568)	76.2 (1568)
Secundaria incompleta	98.0 (1130)	91.5 (1011)	89.6 (1011)	87.9 (951)	83.7 (951)
Secundaria completa	98.7 (761)	94.8 (672)	93.9 (672)	93.0 (643)	89.5 (643)
Superior	98.1 (555)	94.0 (499)	93.5 (499)	92.2 (462)	88.7 (462)

* Excluye niños de 0-5 meses de edad

** Excluye niños de 0-8 meses de edad

FUENTE: ENDEMAIN-94

Se colige que el menor incremento, de 5 por ciento ha ocurrido con la vacuna BCG, que ya tenía cobertura alta. El mayor incremento se presenta con la vacuna DPT, en 14 por ciento. El incremento de cobertura para poliomelitis y sarampión es de un importante 10 por ciento. En vacunación total se evidencia un aumento de 11 por ciento.

La *tuberculosis* es una enfermedad crónica que usualmente comienza en los pulmones y puede diseminarse a otros órganos. La enfermedad ha sido asociada con la pobreza y las condiciones de hacinamiento de la vivienda, que favorecen su propagación. La tuberculosis permanece persistente en regiones en desarrollo. Aunque se desconoce el verdadero alcance de la enfermedad en la infancia, se estima que 30.000 niños mueren cada año debido a la misma en el mundo. La mayoría de niños mueren por una forma severa de la enfermedad llamada meningitis tuberculosa. Sin tratamiento, el bacilo puede permanecer en los pulmones indefinidamente, listo para causar infección más tarde en la vida. Un infante infectado tiene un 10 por ciento de riesgo para desarrollar la enfermedad más tarde en la infancia o en la edad adulta.

La vacuna BCG, que produce anticuerpos contra la tuberculosis, tiene una cobertura de 95.8 por ciento en el presente estudio.

Esta inmunización es algo más elevada en área urbana y en la sierra.

La cobertura alta es más o menos similar en Quito 97.9 por ciento y Guayaquil 97.6 por ciento. Más alta en el resto urbano sierra y menor en rural costa 90.9 por ciento.

La mayoría de provincias tienen coberturas iguales o superiores al promedio, alcanzando 99 por ciento en Carchi y Azuay. En tanto que Chimborazo, Loja, Esmeraldas, Manabí, El Oro es menor que el mismo, con el valor más bajo de 90.9 por ciento para Esmeraldas.

De acuerdo al nivel de instrucción de las madres existe una diferencia notable entre los hijos de aquellas sin ninguna instrucción con 88.4 por ciento de cobertura, a diez puntos porcentuales de diferencia con las de madres con instrucción secundaria y superior.

La vacuna DPT, administrada conjuntamente protege contra la difteria, tosferina y tétanos.

La *difteria*. La infección es grave, mata 10 a 15 por ciento de sus víctimas. Poco se conoce sobre el alcance o magnitud en el mundo en desarrollado. Quizá 5.000 niños mueren en el mundo cada año por esta causa. La inmunización se torna en factor crítico para prevenir la elevación de la morbilidad que ella produce.

La *tosferina*, es una infección bacteriana aguda del tracto respiratorio, que afecta la vida de 600.000 niños cada año en el mundo. Se caracteriza por tos violenta de sonido perruno, con crisis de inhalación respiratoria, es una enfermedad prolongada y extenuante. Los síntomas más severos duran de 2 a 4 semanas. La tos residual puede terminar en meses, es altamente contagiosa. Se estima que 1 a 2 por ciento de niños afectados de tosferina mueren, especialmente por neumonía.

El *tétanos* es una infección altamente letal causada por la toxina del bacilo tetánico. Es responsable de cerca de un millón de muertes anuales en el mundo; la mayor parte de ellas son de recién nacidos. Las personas de todas las edades pueden ser susceptibles a esta infección. El modo usual de transmisión es el contacto con tierra contaminada, a través de heridas de la piel. El tétanos que ocurre durante el primer mes de vida o tétanos neonatal es responsable del mayor número de muertes por esta enfermedad.

Responde a condiciones antihigiénicas de atención del parto. Los medios para cortar el cordón umbilical, material para anudarlo y cubrirlo son causas particulares. El primer signo es incapacidad para alimentarse y en pocos días aparece rigidez muscular con espasmos y convulsiones, a los que siguen la muerte que se produce entre 4 a 14 días de nacimiento. Sin tratamiento el tétanos neonatal es casi invariablemente fatal.

La aplicación de vacuna DPT tiene una cobertura total de 84.8 por ciento.

Es mayor en área urbana 89.3 por ciento que en la rural 80 por ciento y ligeramente más alta en la sierra que en la costa.

Más o menos similar en Quito 90.6 por ciento, que en Guayaquil 90.4 por ciento.

Su cobertura es más alta en los dominios resto urbano y rural sierra que en sus correspondientes de la costa.

La mayor parte de provincias tienen cobertura igual o superior al promedio, destacando Carchi con 94.2 por ciento. Otras como Chimborazo, Cañar, Loja, Esmeraldas, Los Ríos, Guayas, tienen niveles algo más bajos que el promedio, destacando con el valor más bajo 80.1 por ciento, en Loja.

Al considerar el nivel de instrucción de las madres, se encuentra una asociación diferencial, valores bajos hasta primaria completa y más altos entre las de nivel secundario y superior. Las analfabetas han vacunado DPT a sus hijos en 66.6 por ciento, las de instrucción secundaria en 94.8 por ciento, con 28.2 puntos porcentuales de notable diferencia.

La *poliomelitis*, es más invalidante que mortal. Es una enfermedad viral que se disemina de persona a persona por vía de alimentos contaminados y agua. Se estima que en 1985 en el mundo 272.000 niños contrajeron polio paralítica y que uno de cada diez murieron por la infección.

La enfermedad aparentemente es rara de observación, porque la mayoría de infecciones son silenciosas. Solo uno de cada 200 niños infectados desarrolla parálisis.

La vacuna oral de polio, requiere la "cadena de frío", que cuando no se cumple afecta la efectividad. En el presente estudio tiene una cobertura total de 83.5 por ciento.

Es más alta su administración en área urbana que en la rural, con 10 puntos porcentuales de diferencia. Algo más alta en la sierra que en la costa.

Se mantiene similitud en Quito 89.2 por ciento y en Guayaquil 89.6 por ciento.

Es superior la cobertura en los dominios resto urbano y rural sierra que en sus correspondientes de la costa.

La mayor parte de provincias tienen valores iguales o superiores al promedio, destacando otra vez Carchi con 94.2 por ciento de cobertura. En otras existen valores inferiores al mismo: Chimborazo, Loja, Esmeraldas y Guayas, con niveles de 79.2 por ciento en Loja y Esmeraldas.

El nivel de instrucción de las madres marca otra vez diferencia de valores menores del promedio hasta instrucción primaria completa y superior, a ese valor entre hijos de madres con instrucción secundaria y superior. Los niveles extremos, entre analfabetas con 65.3 por ciento de cobertura y las de secundaria completa 93.9 por ciento, con 28.6 puntos porcentuales de diferencia entre ellas.

El *sarampión*, es una infección viral que causa más muertes infantiles que todas las prevenibles mencionadas combinadas. Se estima que más de 2 millones de niños mueren anualmente en el mundo por sarampión con enfermedades complicantes de la misma: diarrea, neumonía y desnutrición. Se caracteriza por fiebre alta, tos, congestión ocular, fluido nasal y rash cutáneo, manchas que cubren el cuerpo 3 a 7 días después del inicio de los síntomas. El virus es altamente contagioso de persona a persona, sin vacunación virtualmente todos los niños en contacto contraerán la enfermedad.

La vacuna para el sarampión, en ENDEMAIN-94, tiene una cobertura total de 84.7 por ciento más alta con cinco puntos porcentuales en área urbana que en la rural. Y es ligeramente más alta su cobertura en la costa que en la sierra.

En Guayaquil se suministra en 88 por ciento, ligeramente más elevada que en Quito 86.2 por ciento. En los dominios resto urbano y rural sierra y costa los valores son similares.

Algunas provincias tienen valores de cobertura de vacuna para sarampión iguales o más altas que el promedio, significativamente más alta en Carchi con 96.6 por ciento. Otras como Pichincha, Cotopaxi, Bolívar, Chimborazo, Esmeraldas y Los Ríos tienen niveles inferiores al promedio.

Según nivel de instrucción tienen cobertura inferior al promedio hasta primaria incompleta y superior; que las de primaria completa, secundaria y superior. Los valores extremos: analfabetas 67.2 por ciento y secundaria completa 93 por ciento, dan una diferencia de 25.8 puntos porcentuales entre ellas.

La cobertura completa de todas las vacunas en los niños menores de cinco años es de 78.3 por ciento a nivel global.

En la urbana es de 81.7 por ciento y en la rural de 74.8 por ciento. No se aprecia diferencia significativa entre sierra y costa. Para Quito la cobertura total es de 82 por ciento y en Guayaquil 83.4 por ciento. Los valores son algo más altos en dominios de sierra que en los de la costa.

Algunas provincias tienen cobertura total igual o superior al promedio, con cifra más elevada en Cañar con 95.2 por ciento, en otras es inferior al mismo, como ocurre en Bolívar, Chimborazo, Azuay, Loja, Esmeraldas, Los Ríos, Guayas. La cobertura total más baja tiene Chimborazo con 73.2 por ciento.

El nivel de instrucción es sensible, mostrando valores inferiores al promedio total hasta primaria completa y más altos entre las que alcanzaron secundaria y superior. Los valores límites, entre las analfabetas 60.5 por ciento y las de secundaria completa 89.5 por ciento, con una diferencia de 29 puntos porcentuales entre ellas, que es significativo.

En el Cuadro 12.13, se presentan las coberturas totales de vacunación por grupos de edad considerada: 9 a 11 meses 46.8 por ciento; 12 a 23 meses 68.1 por ciento; 24 a 35 meses 81.5 por ciento; 36 a 47 meses 85 por ciento y 48 a 59 meses 88.9 por ciento.

Es notorio que la cobertura hasta los 23 meses es insatisfactoria y lo es aún más para el primer año de edad, requiriéndose mayores esfuerzos para cubrir las vacunaciones totales en edades más tempranas.

Las vacunaciones completas en el grupo 9 a 11 meses, dan un valor de 46.8 por ciento, no existe importante diferencia para área urbana y rural. Algun predominio en la costa respecto a la sierra.

La desagregación no permite conclusiones válidas para los dominios de estudio ni para provincias, por el número de casos inferior a 25.

Según nivel de instrucción, aún con esta limitación casuística, se observan valores más altos de cobertura entre las que alcanzaron secundaria completa 69 por ciento y superior 49.5 por ciento.

Al considerar el índice socioeconómico de la vivienda, para el estrato bajo es de 33 por ciento de cobertura total, para el medio 48.1 por ciento y para el alto 55.4 por ciento, que dan notable diferencia entre los extremos y patentizan su influencia en la cobertura para el grupo 9 a 11 meses, de la condición socio económica de las madres.

El análisis global del esquema completo de vacunaciones para los grupos de edad 12-23 meses es de 68.1 por ciento; 24-35 meses de 81.5; 36-47 meses 85 por ciento y del grupo 48-59 meses 88.9 por ciento.

En términos generales las coberturas son más altas en área urbana que en la rural y en la sierra que en la costa.

Quito presenta un valor inferior al promedio en el grupo 12-23 meses, superior en los dos siguientes e igual en el 48-59 meses que los que tiene Guayaquil.

Todos los valores más altos de vacunación completa total corresponden a Carchi. Los valores más bajos para Loja 55.4 por ciento en el grupo 12-23 meses y 72.6 por ciento para el grupo 36-47 meses. Mientras Los Ríos presenta 69.5 por ciento en el grupo 24-35 meses y 79.8 por ciento en el de 48-59 meses.

Invariablemente los niveles más bajos corresponden a las analfabetas y de nivel socioeconómico bajo, y los valores más elevados al nivel de instrucción superior y al índice socio-económico alto, como expresión de ser los indicadores más sensibles para las diferencias de cobertura y esquema completo de vacunaciones en la infancia y niñez.

CUADRO 12.13

ESQUEMA COMPLETO DE INMUNIZACION PARA LAS CUATRO VACUNAS, POR EDAD DEL NIÑO, SEGUN CARACTERISTICAS DE LA MADRE. ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS	TOTAL	EDAD DEL NIÑO (meses)				
		9-11	12-23	24-35	36-47	48-59
TOTAL	78.3	46.8	68.1	81.5	85.0	88.9
AREA Y REGION:						
Urbana	81.7	46.2	67.7	87.1	89.9	94.0
Rural	74.8	47.4	68.5	75.2	80.3	83.5
SIERRA	78.7	44.4	69.0	82.8	84.1	89.3
Quito	82.6	39.5	64.8	90.1	94.1	93.5
Resto Urbano	82.6	30.5	69.9	91.7	85.0	96.8
Rural	76.2	50.1	70.3	76.6	80.3	85.6
COSTA	78.0	48.8	67.0	80.1	86.0	88.5
Guayaquil	83.4	44.7	72.9	86.4	89.6	93.8
Resto Urbano	79.7	54.6	63.7	83.2	90.8	92.8
Rural	72.6	43.8	65.5	72.8	80.2	80.0
PROVINCIA						
Carchi	95.2	73.7	95.3	91.2	98.1	99.2
Imbabura	83.3	20.0	75.9	91.1	85.3	97.2
Pichincha	79.3	45.5	68.9	82.8	88.1	88.7
Cotopaxi	78.7	86.0	74.9	64.5	80.8	91.8
Tungurahua	83.3	46.0	85.0	87.4	84.5	85.8
Bolívar	74.9	40.7	65.6	81.4	77.0	90.2
Chimborazo	73.2	48.0	62.1	79.7	79.8	79.9
Cañar	78.7	36.7	64.8	70.2	98.2	93.8
Azuay	77.0	23.3	65.4	90.2	80.8	89.2
Loja	73.5	35.3	55.4	87.1	72.6	87.9
Esmeraldas	75.3	44.4	66.0	73.2	85.4	94.8
Manabí	81.5	63.0	70.0	83.9	85.9	88.5
Los Ríos	75.1	41.9	71.4	69.5	87.7	79.8
Guayas	76.9	44.3	63.6	80.8	85.8	90.1
El Oro	82.5	64.1	78.9	86.5	84.7	86.8
NIVEL DE INSTRUCCION						
Ninguna	60.5	25.6	42.5	65.0	68.1	65.2
Primaria incompleta	69.8	46.4	56.7	70.5	77.7	78.0
Primaria completa	76.2	45.7	60.6	79.5	84.1	92.2
Secundaria incompleta	83.7	37.1	77.9	88.9	90.6	95.8
Secundaria completa	89.5	69.1	84.6	91.1	95.0	96.1
Superior	88.7	49.5	80.4	90.7	96.4	98.5
INDICE SOCIOECONOMICO						
Bajo	68.6	33.0	57.3	71.9	74.2	78.3
Medio	78.3	48.1	67.6	80.9	85.9	90.4
Alto	87.0	55.4	76.6	90.9	95.0	95.6

FUENTE: ENDEMAIN-94

Capítulo 13

LACTANCIA MATERNA

RESUMEN EJECUTIVO

En Ecuador, la lactancia es una práctica generalizada, casi la totalidad (95%) de los niños han iniciado la lactancia en algún momento, pero la declinación en la prevalencia y duración de la lactancia, es diferencial.

El porcentaje de niños que alguna vez lactó (niños nacidos en los últimos cinco años anteriores a la encuesta), difiere levemente entre los diferentes grupos poblacionales (fluctúan entre 92.7 hasta 96.3 %), privilegia preferentemente áreas rurales, región sierra, si el parto fue en la casa y en aquellas de parto vaginal. No existe una clara asociación con los niveles de educación y el peso del niño al nacer.

Más de un tercio de los niños (35.8%) iniciaron la lactancia dentro de la primera hora de nacidos, un 43.5 por ciento en el transcurso del primer día (2 a 24 horas), y un cuarto de los niños lactaron a partir del segundo y más días después del parto.

La duración promedio de lactancia es de alrededor de un año 4 meses, un mes y medio más de lo acontecido hace 7 años (14 meses, ENDESA-87), sin embargo en la mayoría de estos meses la lactancia materna no es exclusiva.

En niños sobrevivientes menores de cinco años, el tipo de alimentación que reciben, según edad en meses, únicamente el 39 por ciento de niños menores de tres meses recibe sólo seno materno, la mayoría es alimentado con seno y alimentos suplementarios (agua, leche de vaca o tarro, comida sólida y otros combinados)

La utilización temprana de sólidos y otros suplementos para más de un cuarto de estos niños evidencia la práctica alimentaria errada, perjudicando a la madre y al hijo (recomendaciones nacionales e internacionales señalan como mínimo 4 meses de lactancia exclusiva), además un importante 15,9 por ciento suministra leche de vaca o de tarro en forma combinada con el seno.

13. LACTANCIA MATERNA

Cada vez se reconoce más la importancia que tiene la lactancia materna como un factor básico para lograr un crecimiento adecuado. Contribuye al desarrollo físico, psíquico y emocional óptimo de los niños. Es la forma más natural para alimentar y satisfacer las necesidades nutricionales del niño durante sus primeros meses de vida, así la leche materna proporciona anticuerpos que los protegen de enfermedades infecciosas, su práctica es una medida preventiva de la morbilidad y, por ende de la mortalidad infantil.

La práctica de la lactancia materna demora el retorno de la ovulación, disminuyendo la probabilidad de embarazos, que evitan los intervalos intergenésicos cortos, factor importante del riesgo reproductivo. Adicionalmente constituye un método relativamente efectivo para el control voluntario de la fecundidad, lo que a su vez condiciona las posibilidades de sobrevivencia de los hijos futuros y de la madre. Estos efectos son influenciados por la duración e intensidad de la lactancia, en la que la edad a la cual el niño comienza a recibir otros alimentos y líquidos, juega un rol importante.

En ENDEMAIN-94, las madres fueron investigadas sobre la práctica de la lactancia, su inicio, frecuencia y el uso de suplementación alimentaria de los hijos nacidos vivos, en los últimos cinco años anteriores a la encuesta. Aspectos que se abordan en el presente capítulo.

13.1 Inicio de la lactancia

En Ecuador, la lactancia es una práctica generalizada, casi la totalidad (95%) de los niños han iniciado la lactancia en algún momento, pero la declinación en la prevalencia y duración de la lactancia, es diferencial, afectada por factores médicos y sociales: malnutrición materna, urbanización, tipo de actividad económica, niveles de educación, y de la comercialización de alimentos suplementarios para niños.

El porcentaje de niños que alguna vez lactó (niños nacidos en los últimos cinco años anteriores a la encuesta), difiere levemente dentro de los diferentes grupos poblacionales (fluctúan entre 92.7 hasta 96.3 %), privilegia preferentemente áreas rurales, en la sierra, cuando el parto se efectúo en la casa atendida por comadrona o algún familiar o sola y cuando el parto es vaginal. No existe una asociación clara con los niveles de educación y lugar de atención del parto.

A nivel total, el porcentaje de niños que alguna vez lactaron ha ido en ascenso, de 92 por ciento en 1979 a 95 por ciento en 1994, porcentaje bastante importante, en el que ha incidido las acciones de los organismos de salud y los patrones culturales de la población en estudio (Gráfico 13.1).

CUADRO 13.1

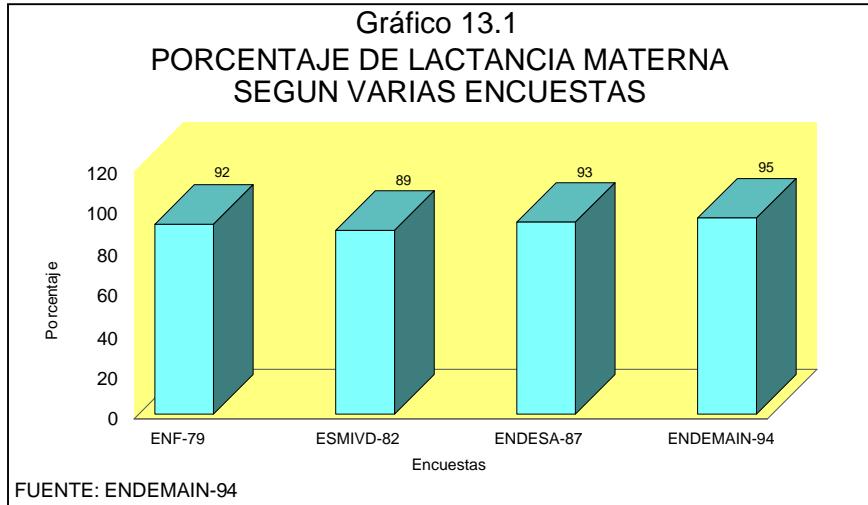
PORCENTAJE DE NIÑOS NACIDOS VIVOS EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS QUE HAN RECIBIDO LACTANCIA Y
DISTRIBUCION DE ULTIMOS NACIMIENTOS, POR TIEMPO AL INICIO DE LA LACTANCIA,
SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. ENDEMAIN-94

CARACTERISTICAS	NACIDOS VIVOS EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS		ULTIMO NACIDO VIVO QUE EMPEZO A LACTAR A:					
	% alguna vez lactó	Nº de niños	Primera hora de nacido	Primer día	Segundo día	3ºy más días	No responde	Nº de niños
TOTAL	95.0	8802	35.8	43.5	8.8	10.5	1.4	5844
SEXO								
Masculino	93.8	4521	35.7	43.7	8.8	10.4	1.5	3009
Femenino	96.3	4281	36.0	43.3	8.8	10.7	1.2	2835
ASISTENCIA DEL PARTO								
Médico	94.3	4793	30.7	48.4	9.1	10.9	1.0	3438
Obtetriz/enfermera	95.7	407	33.8	48.0	8.9	7.2	2.0	300
Partera/familiar/sola	95.9	3408	46.7	33.0	8.1	10.3	2.0	1974
Otro	92.7	148	37.7	37.4	14.0	8.7	2.2	97
No sabe	100.0	46	32.7	45.0	3.5	18.8	--	35
LUGAR DEL PARTO								
Establecim.de salud	94.5	5254	31.0	48.3	9.0	10.7	1.1	3779
En la casa	95.9	3408	46.7	33.0	8.1	10.3	2.0	1974
Otro lugar	94.2	135	38.0	36.1	13.6	9.8	2.5	87
No sabe/ninguno	--	--	--	--	--	--	--	*
PESO AL NACER								
< 5.5 libras	91.4	1162	32.4	43.4	7.9	15.3	0.9	758
5.5 y más	96.2	5333	33.5	46.6	9.2	9.7	1.0	3757
No pesaron	93.5	2307	45.6	33.2	8.1	10.5	2.7	1329
AREA								
Urbana	94.3	4007	31.9	47.7	9.1	10.3	0.9	2837
Rural	95.6	4795	40.5	38.5	8.4	10.8	1.8	3007
SIERRA								
Quito	95.7	5301	34.4	44.8	8.7	10.0	2.0	3528
Resto urbano	94.6	709	22.6	61.1	8.5	6.5	1.3	524
Rural	95.0	1282	31.1	42.0	9.1	11.0	1.8	912
COSTA								
Guayaquil	94.2	3501	37.3	42.1	8.9	11.0	0.6	2316
Resto urbano	93.9	711	29.2	48.4	9.6	12.0	0.7	510
Rural	94.1	1305	37.4	42.3	9.1	10.8	0.4	891
TIPO DE PARTO								
Cesárea	92.5	1288	17.6	51.5	14.5	15.7	1.5	4864
Vaginal	95.5	7514	40.2	41.6	7.4	9.3	0.7	980
INSTRUCCION								
Ninguna	95.4	739	46.2	37.1	5.5	7.3	3.9	419
Primaria incompleta	95.3	1641	42.9	38.4	7.6	9.6	1.5	988
Primaria completa	95.2	2989	38.5	40.7	8.2	11.3	1.4	1943
Secundaria incompleta	94.9	1654	34.6	45.8	8.3	10.3	1.0	1152
Secundaria completa	93.3	1049	26.9	49.7	10.9	11.7	0.7	776
Superior	95.7	730	25.5	50.7	12.3	10.4	1.1	566

* Menos de 25 casos

FUENTE: ENDEMAIN-94

El tiempo de inicio de la lactancia materna (últimos hijos nacidos vivos a partir de enero de 1989) realizada en forma precoz es beneficiosa para el binomio (madre, niño); para la madre, se produce una descarga de oxitocina, causando contracciones del útero que disminuyen el sangrado postparto; el niño ingiere calostro que eleva la protección contra varios tipos de bacterias y otros organismos dañinos (McCann et al., 1984)



La distribución de los niños, según el tiempo de inicio de la lactancia (Cuadro 13.1) demuestra que más de un tercio de los niños (35.8%) iniciaron la lactancia dentro de la primera hora de nacidos (recomendaciones internacionales consideran la media hora), un 43.5 por ciento en el transcurso del primer día (2 a 24 horas), y un cuarto de los niños lactaron a partir del segundo y más días después del parto.

La importante diferencia de inicio de lactancia a 3 y más días, entre los niños de bajo peso al nacer: 15.3 por ciento y los niños de peso normal 9.7, puede atribuirse a que los primeros, en casos de parto institucional se encuentran en los servicios de neonatología. Igual comentario puede hacerse en la diferencia de los nacidos por cesárea.

La lactancia más temprana, es practicada preferentemente en madres que no fueron asistidas en su parto en un establecimiento de salud, las que no tuvieron asistencia profesional, residentes en áreas rurales, de partos normales y sin instrucción. Los porcentajes de estas madres superan hasta en más de diez puntos la relación del promedio nacional. La principal diferencia se observa en el tipo de parto (40.2% vaginal y 17.6 % con cesárea), para inicio de lactancia en la primera hora postparto.

13.2 Duración promedio de lactancia

Según la ENDEMAIN-94, en el país, la duración promedio de lactancia (cuadro 13.2) es de alrededor de un año 4 meses (15.7), un mes y medio más de lo acontecido hace 7 años (14 meses, ENDESA-87), sin embargo en la mayoría de tiempo la lactancia materna no es exclusiva ya que el niño es nutrido con alimentos suplementarios.

CUADRO 13.2

DURACION PROMEDIO DE LACTANCIA MATERNA Y PORCENTAJE DE CONSEJERIA, SEGUN DOMINIOS DE ESTUDIO.

DOMINIOS DE ESTUDIO	DURACION PROMEDIO (meses) Y TIPO DE LACTANCIA				RECIBIO CONSEJOS DE LACTANCIA	
	Exclusiva	Completa ¹⁾	Cualquier lactancia	Nº de casos	%	Nº de casos ²⁾
TOTAL PAIS	2.0	3.5	15.7	8821	43.1	6426
AREA Y REGION:						
Urbana	1.3	2.9	14.8	4013	50.9	3136
Rural	2.9	4.2	16.7	4808	33.8	3290
Sierra	3.1	4.3	17.7	5315	43.2	3863
Quito	2.3	3.9	17.7	712	56.1	580
Resto Urbano	2.2	2.5	15.0	1284	52.4	998
Rural	3.8	4.8	18.7	3319	34.5	2285
Costa	1.0	2.7	13.8	3506	43.0	2563
Guayaquil	0.4	1.5	13.5	712	53.7	571
Resto Urbano	1.1	3.3	13.7	1305	44.3	987
Rural	1.6	3.1	13.5	1489	32.8	1005
SEXO						
Masculino	2.0	3.3	15.6	4530	41.7	3316
Femenino	2.0	3.6	16.0	4291	44.6	3110
LUGAR DEL PARTO						
Establecimiento de salud	1.5	3.0	15.2	5254	48.8	4157
En la casa	3.0	4.3	16.8	3408	30.2	2171
Otro lugar	--	--	--	135	50.1	94
No sabe/ninguno (*)	--	--	--	--	--	--
TIPO DE PARTO						
Vaginal	2.3	3.8	15.6	7514	40.8	5318
Cesárea	1.1	2.4	14.6	1288	52.3	1108
NIVEL DE INSTRUCCION						
Ninguna	3.9	5.4	19.7	739	22.7	485
Primaria incompleta	2.9	4.4	17.0	1641	31.6	1078
Primaria completa	2.2	3.7	16.3	2989	34.9	2113
Secundaria incompleta	1.4	3.0	14.9	1654	48.4	1279
Secundaria completa	1.0	3.0	14.4	1049	58.1	847
Superior	1.0	1.7	14.1	730	68.1	624

1) Cuando el niño recibe sólo seno materno, o seno y además agua u otros líquidos

2) El número de casos corresponde a los últimos nacidos vivos a partir de enero de 1989

(*) Menos de 25 casos

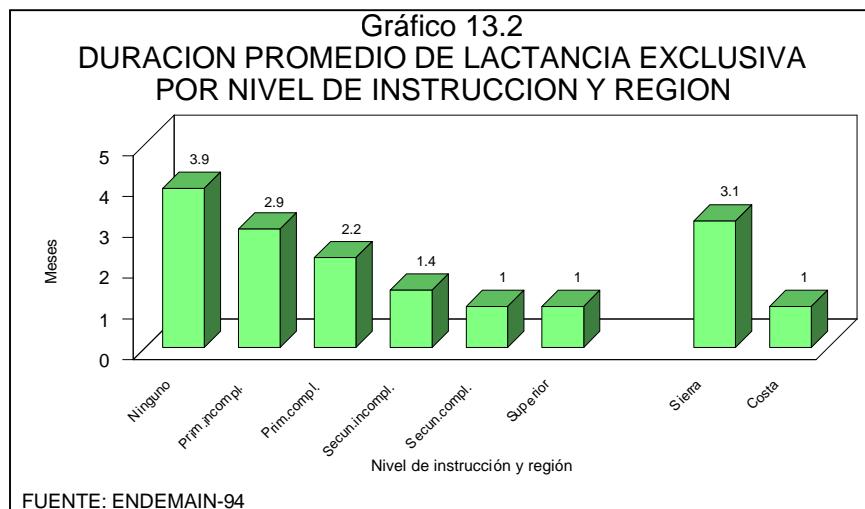
FUENTE: ENDEMAIN-94

Las normas del Ministerio de Salud Pública recomiendan que la lactancia exclusiva ¹ dure por lo menos 4 meses (MSP-1990), sin embargo, la investigación revela que la norma no se cumple; la duración promedio es de dos meses, exactamente la mitad de tiempo

¹ Será exclusiva si el niño recibió solo seno materno en las últimas 24 horas previas a la entrevista

recomendado. La duración de lactancia exclusiva disminuye cuando la madre reside en los centros poblados urbanos (1.3 meses), en la costa (1 mes), en madres cuyo parto fue por cesárea y de niveles de educación más altos.

El tiempo promedio que el niño recibe sólo seno, clasificado por niveles de educación de la madre, presenta una relación negativa o inversa, a menor educación más tiempo de lactancia materna exclusiva. En promedio es 4 veces más alta en madres analfabetas que en madres con instrucción media o superior.



A fin de proteger la salud de la madre y del niño, la legislación ecuatoriana contempla el permiso de maternidad en 12 semanas para madres trabajadoras con relación de dependencia pública o privada (a excepción del magisterio en que son 4 semanas). El promedio estaría afectado solo para aquellas madres que se encuentran incorporadas al sector informal de la economía. Dadas estas características se considera que la duración de la lactancia materna exclusiva es baja, en consideración a los cambios de los patrones culturales principalmente en las áreas urbanas.

El promedio se incrementa a tres meses y medio para la lactancia completa². El comportamiento de acuerdo a las diferentes características de la madre, es similar a lo observado para lactancia exclusiva. Las madres analfabetas en promedio dan lactancia completa hasta cerca de los 6 meses, a diferencia de cerca de dos meses en madres con instrucción superior.

Ante la pregunta ¿recibió consejería sobre lactancia?, menos de la mitad (43.1%) de madres que tuvieron sus hijos en los últimos cinco años declaró haberla recibido (Cuadro 13.2). La promoción de lactancia es más favorable en los dominios de estudio que presentan menores promedios de lactancia exclusiva completa: áreas urbanas, ciudades principales, madres que recibieron atención profesional en el parto. Los mayores porcentajes se observan en la capital de la República (56.1%) y en Guayaquil (53.7%), donde se concentra la mayor parte de la infraestructura sanitaria del país, tanto pública

² Será exclusiva si el niño recibió solo seno materno en las últimas 24 horas previas a la entrevista

como privada. A pesar de que las campañas sobre los beneficios de la lactancia materna han sido masivas y generalizadas en los últimos años en el país, el porcentaje de consejería es bajo.

13.3 Lactancia y alimentación complementaria

Una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en el lactante constituye la diarrea infecciosa originada en los malos hábitos higiénicos y en la pobre calidad del agua, habitualmente condicionada por malas técnicas en la alimentación.

CUADRO 13.3

TIPO DE ALIMENTACION QUE RECIBEN ACTUALMENTE, NIÑOS SOBREVIVIENTES QUE NACIERON EN LOS 5 AÑOS PREVIOS A LA ENCUESTA, SEGUN EDAD DEL NIÑO

EDAD (meses)	NO LACTANTE S	SOLO SENO	TIPO DE ALIMENTACION (SENO CON)				TOTAL	Nº DE CASOS (no ponderados)
			Agua	Otros líquidos jugos	Otra Leche	Comida sólida espesa y combin.		
TOTAL	55.8	4.8	2.3	0.5	11.6	25.0	100.0	6083
0-2	1.5	39.0	18.	2.5	15.9	22.5	100.0	417
3-5	5.5	18.6	7	3.0	17.2	47.0	100.0	433
6-8	16.7	4.9	8.6	0.8	24.4	51.6	100.0	448
9-11	19.9	1.7	1.6	0.7	20.9	55.4	100.0	482
12-17	37.2	0.6	1.4	--	24.5	37.4	100.0	848
18-23	66.4	0.1	0.4	0.2	13.3	19.9	100.0	721
24-35	85.5	--	--	--	4.2	10.3	100.0	1139
36 y más	90.3	--	--	--	0.5	9.3	100.0	1595

FUENTE: ENDEMAIN-94

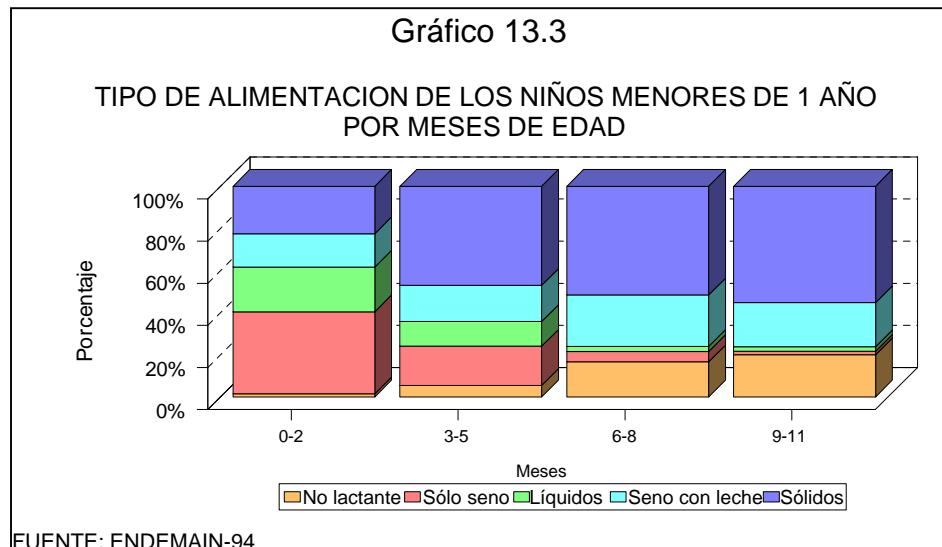
La práctica de la lactancia materna provee a los niños de nutrientes adecuados e inmunización para algunas enfermedades comunes en la niñez. Sin embargo, el temprano suministro de alimentos suplementarios a la lactancia, sin las debidas medidas de higiene, limita lo valioso de la lactancia al ponerse el niño en contacto con sustancias contaminadas. Los hábitos de lactancia y destete están relacionados con los riesgos de enfermedad y muerte y con el grado de nutrición.

La lactancia exclusiva hasta el cuarto mes, determinar la diferencia entre una buena nutrición y una temprana desnutrición del niño. El esquema de alimentación durante el primer año de vida que contempla las normas de los organismos de salud es: del primero al cuarto mes lactancia de seno exclusiva; quinto mes, lactancia de seno y jugos, puré de frutas y coladas sin condimentos; sexto mes, a más de lo señalado anteriormente, añadir sopas de verduras y carnes, suplemento de hierro oral; séptimo y octavo meses, introducir progresivamente en cantidad y variedad los alimentos predominantes de la región, a más del seno materno. Todos los alimentos se deben suministrar con cuchara.

La introducción temprana de otros alimentos suplementarios u otros líquidos sin el debido cuidado es crucial para el crecimiento y desarrollo del niño, así como para la incidencia de diarrea y otras infecciones. Además es un factor que interviene en la producción de la leche materna y en la duración de la amenorrea postparto.

Según la información del Cuadro 13.3, la distribución porcentual de los niños sobrevivientes menores de cinco años, por tipo de alimentación que recibieron, según su edad en meses, determina que únicamente el 39 por ciento de niños menores

de tres meses recibe "sólo seno", la mayoría es alimentado con seno y alimentos suplementarios (agua, leche de vaca o tarro, comida sólida y otros combinados). El suplemento más adecuado para este grupo de edad es el agua (18.7%), sin embargo la utilización temprana de sólidos y otros suplementos para más de un cuarto de estos niños evidencia una práctica alimentaria errada, la recomendación nacional e internacional es mínimo 4 meses, además un importante 15,9 por ciento suministra leche de vaca o tarro en forma combinada.



La alimentación con sólidos se inicia en algunos estratos de manera inmediata, sin cumplir con la normativa alimentaria del niño, se incrementa rápidamente de tal manera que para niños que se encuentran entre 6 a 8 meses, el 78.4 por ciento es alimentado con sólidos combinados con seno, o ya están destetados (16.7%).

13.4 Promoción de la lactancia materna

Dada la importancia de la lactancia materna, el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Fomento y Protección de la Salud, en el Manual de Normas para la atención Materno Infantil, textualmente dice: "...se recomienda y se insiste, por las múltiples ventajas de lactancia materna, que el equipo de salud promueva en las madres y en la comunidad la alimentación al seno y enseñe la técnica de alimentación en el primer año..."

Según la información recolectada por ENDEMAIN-94, cerca de 6 de cada diez madres de niños sobrevivientes nacidos en los últimos cinco años, no ha recibido consejos sobre los beneficios de la lactancia materna, en áreas rurales el porcentaje de madres que no recibieron consejos es más alto (65.8%) en relación a lo que acontece en áreas urbanas (49.3%), posiblemente debido a la mayor diseminación de servicios públicos y privados en las ciudades, así como de las campañas promovidas, mientras en las áreas rurales es casi exclusividad del sector público. Los porcentajes de madres que no recibieron consejería es menor en las dos ciudades más pobladas del país (mayor concentración de la infraestructura de salud), en madres más instruidas, en las que trabajan fuera de casa, estratos altos y nativos. Los porcentajes de consejería no tienen relación directa, al comparar la edad de la madre, el estado civil y el número de hijos.

En la distribución de quién dio los consejos de lactancia materna, tiene primacía el personal de salud con más de las tres cuartas partes (32.5% del 43.2% que recibió consejería), seguido en jerarquía por familiares (7.3%) y los medios de comunicación (2.3%), aunque con una brecha significativa.

Cabe resaltar que madres de la región de la costa recibieron consejería de familiares 4 veces más de lo reportado en la sierra. Las madres jóvenes que reciben más consejería de familiares.

CUADRO 13.4

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MADRES CON HIJOS MENORES DE CINCO AÑOS,
POR TIPO DE CONSEJERIA EN LACTANCIA, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS**

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS	CONSEJERIA SOBRE LACTANCIA					TOTAL	Nº DE CASOS		
	NO HA RECIBIDO	SI HA RECIBIDO							
		Familiares	Amigas vecinas	Personal de salud	Medios de comunicación				
PAIS	56.8	7.3	1.1	32.5	2.3	100.0	6083		
Urbana	49.3	8.6	1.1	37.9	3.2	100.0			
Rural	65.8	5.8	1.0	26.2	1.2	100.0	2965 3118		
REGION SIERRA	57.0	2.9	0.7	36.9	2.5	100.0	3648		
Quito	44.3	4.1	1.1	46.6	3.9	100.0	549		
Resto urbano	48.2	3.6	1.2	43.4	3.6	100.0	946		
Rural	65.4	2.2	0.4	30.5	1.4	100.0	2153		
REGION COSTA	56.7	11.7	1.4	28.1	2.1	100.0	2435		
Guayaquil	46.7	12.6	1.3	35.2	4.3	100.0	533		
Resto urbano	55.1	11.2	1.0	31.2	1.6	100.0	937		
Rural	66.3	11.6	1.9	19.3	0.9	100.0	965		
EDAD DE LA MADRES									
<25 años	59.0	9.0	0.8	29.8	1.4	100.0	1964		
25-34	54.5	6.6	1.3	34.9	2.8	100.0	2925		
35 y +	58.3	6.2	1.0	31.8	2.7	100.0	1194		
EDAD									
15-19	63.0	9.1	--	26.8	1.0	100.0	448		
20-24	57.7	8.9	1.1	30.8	1.5	100.0	1516		
25-29	54.5	5.9	1.6	35.6	2.4	100.0	1633		
30-34	54.4	7.5	0.9	34.1	3.2	100.0	1292		
35-39	54.7	6.7	1.5	34.1	3.0	100.0	746		
40-44	62.3	5.6	0.2	29.1	2.8	100.0	347		
45-49	68.4	4.5	--	26.4	0.7	100.0	101		
NIVEL DE INSTRUCCION									
Ninguno	75.9	6.8	1.6	15.0	0.7	100.0	442		
Primaria incompleta	68.6	6.0	1.0	23.7	0.7	100.0	1022		
Primaria completa	65.6	5.9	0.9	26.4	1.2	100.0	2013		
Secundaria incompleta	51.0	8.5	1.1	37.9	1.5	100.0	1211		
Secundaria completa	42.3	8.5	1.1	43.1	5.0	100.0	810		
Superior	31.7	9.9	1.2	50.3	6.9	100.0	585		
ACTIVIDAD ECONOMICA:									
No trabaja	57.9	8.5	1.3	30.6	1.8	100.0	3425		
Trabaja fuera del hogar	54.0	7.0	0.7	34.5	3.9	100.0	1491		
Trabaja dentro del hogar	57.1	3.9	0.9	36.3	1.7	100.0	1167		
INDICE SOCIOECONOMICO:									
Bajo	69.8	6.1	1.1	22.2	0.8	100.0	1538		
Medio	60.8	7.5	1.1	29.1	1.4	100.0	2853		
Alto	41.7	7.9	0.9	44.9	4.5	100.0	1692		

FUENTE: ENDEMAIN-94

CUADRO 13.4 (cont.)

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS	CONSEJERIA SOBRE LACTANCIA						TOTAL	Nº DE CASOS		
	NO HA RECIBIDO	SI HA RECIBIDO				TOTAL				
		Familiares	Amigas vecinas	Personal de salud	Medios de comunicación					
CLASIFICACION MIGRATORIA:										
Nativa	56.7	7.8	1.1	32.0	2.3	100.0	5351			
Migrante	57.4	3.3	1.0	36.5	1.7	100.0	732			
ESTADO CIVIL O CONYUGAL:										
Unida	61.6	9.0	1.4	26.4	1.6	100.0	1540			
Casada	53.9	6.5	1.0	35.9	2.6	100.0	3879			
Viuda	50.1	3.9	--	38.3	7.7	100.0	52			
Divorciado/Separada	57.8	10.4	1.1	28.3	2.5	100.0	320			
Soltera	64.5	4.1	0.2	30.7	0.5	100.0	292			
NUMERO DE HIJOS VIVOS:										
0	62.7	13.4	--	23.9	--	100.0	26			
1	55.1	8.5	0.8	33.4	2.2	100.0	1639			
2	53.1	8.0	1.1	35.1	2.3	100.0	1480			
3	54.0	7.6	1.9	33.8	2.7	100.0	1125			
4	58.2	6.5	1.1	31.5	2.7	100.0	696			
5	66.8	4.6	0.4	27.4	0.9	100.0	396			
6 y +	65.3	4.5	0.9	27.1	2.2	100.0	721			

FUENTE: ENDEMAIN-94

Capítulo 14

ASISTENCIA ESCOLAR DE LOS NIÑOS

R
E
S
U
M
E
N

E
J
E
C
U
T
I
V
O

La distribución porcentual de los niños en edad escolar de 6 a 14 años, por género es equitativa en las ciudades, levemente superior para el sexo masculino en el área rural de las dos regiones del país.

Según la información de la encuesta, un 4.1 por ciento de los niños que al momento de la encuesta se encontraba en edad escolar, no ha ingresado al sistema de educación regular a nivel total, cifra que asciende al 6 por ciento en las áreas rurales y en la costa.

En todos los grados existen niños de edades mayores a las normales, como consecuencia de repetición, deserción y atraso en la edad al ingreso al sistema regular de estudios.

Una considerable proporción de niños que no tienen ningún grado de instrucción son hijos de madres analfabetas y tienen la tendencia a concentrarse en primaria incompleta preferentemente. Gradualmente se va perdiendo la concentración de niños en primaria incompleta a favor de los niveles superiores cuando la instrucción de la madre va en ascenso.

Los porcentajes de niños en edad escolar que no asistieron al año lectivo 1993/ 1994 y aquellos que se encuentran atrasados 2 años o más de estudios, clasificados por nivel de instrucción de la madre, revela una directa correlación: mayor incidencia en familias numerosas, mayor orden de nacimiento, mayor número de hermanos y niveles de educación bajos de la madre.

A nivel general el porcentaje de abandono y retraso, es un niño de cada cinco en edad escolar, el doble (40.9%) cuando la madre es analfabeta y menor si la madre ha alcanzado algún año de secundaria o superior (7.4 y 3.9 % respectivamente).

14. ASISTENCIA ESCOLAR DE LOS NIÑOS

Para lograr un desarrollo social y económico equilibrado, la expansión de los servicios sociales debe guardar una relación razonable con el crecimiento económico. La asignación y utilización oportuna de recursos, debe tener la debida importancia, en vista de las prioridades básicas de educación, salud, vivienda y servicios básicos, como integrantes fundamentales de una planificación integral que contribuyan directamente a mejorar la calidad de la vida de la población, meta última del desarrollo.

La educación proporciona al individuo la oportunidad de desarrollar sus propias habilidades, generando bienestar individual y social, no sólo depende de los recursos materiales, sino de los recursos humanos. Tradicionalmente se ha considerado a la educación como un consumo social, sólo en las últimas décadas se ha aceptado el considerar la educación como una inversión en recursos humanos.

Si bien en el país no existe una racionalización en la distribución de la infraestructura educativa, en general está concentrada en las ciudades y es deficitaria o ausente en áreas marginales y rurales. A la mala distribución cuantitativa, se agregan múltiples problemas, entre otros relacionados con: distancias, inasistencia y deserción de los maestros, escuelas incompletas o unidocentes que deterioran la calidad educativa de algunos sectores del país. Sin embargo, los indicadores generales, en las últimas décadas han disminuido significativamente, a pesar de las dificultades estructurales del sistema. Todavía en las zonas rurales se estima que alrededor de un 15 por ciento del total de los niños no tiene acceso a la escuela (ILPES-CEPAL).

A fin de conocer la problemática de la educación en el país, primordialmente de la población en edad escolar y sus características de grados y niveles aprobados, asistencia escolar, deserción o abandono correspondiente al período 1993/1994, en la investigación ENDEMAIN-94, se incluyó un capítulo sobre la asistencia escolar de los hijos de mujeres en edad fértil, cuyas edades se encontraban entre 6 y 14 años de edad, y cuyos principales resultados se describen a continuación.

14.1 Características generales de los niños de 6 a 14 años de edad.

CUADRO 14.1

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CARACTERISTICAS
DE LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR (6-14 AÑOS) AL
INICIO DEL AÑO ESCOLAR 1993-1994 POR AREA Y REGION**

CARACTERISTICAS	AREA			REGION	
	Total	Urbana	Rural	Sierra	Costa
SEXO					
Masculino	50.7	50.0	51.3	50.6	50.7
Femenino	49.3	50.0	48.7	49.4	49.3
NIVEL DE INSTRUCCION DEL NIÑO					
Ninguna	4.1	2.6	5.7	2.3	5.8
Primaria incompleta	66.2	64.2	68.3	64.3	68.0
Primaria completa	16.0	14.7	17.4	18.7	13.6
Secundaria incompleta	13.6	18.5	8.5	14.7	12.6
NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE					
Ninguno	11.7	4.6	19.2	15.9	7.6
Primaria incompleta	23.4	14.5	32.7	27.1	19.8
Primaria completa	34.2	32.8	35.6	29.2	38.9
Secundaria incompleta	15.6	22.3	8.6	12.5	18.6
Secundaria completa y +	15.1	25.7	4.0	15.2	15.0
INDICE SOCIO-ECONOMICO					
Bajo	25.2	6.2	45.2	25.1	25.3
Medio	44.0	45.5	42.3	41.7	46.1
Alto	30.8	48.3	12.5	33.2	28.5
EDAD DE LA MADRE					
< 30 años	14.7	14.7	14.7	13.2	16.1
30-39 años	55.2	59.1	51.2	54.0	56.5
40-49 años	30.1	26.3	34.0	32.8	27.5
ORDEN DE NACIMIENTO					
1-2	47.0	54.0	39.7	46.0	48.0
3-4	28.4	29.0	27.7	27.5	29.3
5-6	14.2	10.4	18.2	15.5	12.9
7 y +	10.4	6.6	14.4	11.1	9.8
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº casos	10966	5027	5939	6483	4483

FUENTE: ENDEMAIN-94

La investigación se refiere a 10.966 niños de entre 6 y 14 años de edad, sobre cuyo universo versa el presente análisis.

La distribución porcentual de los niños en edad escolar de 6 a 14 años, por género es equitativa en las ciudades, el sexo masculino es levemente superior en el área rural de las dos regiones del país.

La educación regular es un derecho que lo establece la Constitución ecuatoriana. Según la información de la encuesta un 4.1 por ciento de los niños que al momento de la encuesta se encontraba en edad escolar (6 a 14 años de edad), no ha ingresado al sistema de educación regular a nivel total, cifra que asciende al 6 por ciento en las áreas rurales y en la costa ecuatoriana. Los indicadores se encuentran influenciados principalmente por lo que acontece en las áreas rurales andinas y del litoral, por la deficiencia de infraestructura educativa, recorrido de largas distancias a los establecimientos o la costumbre de inscribir a los hijos en el sistema educativo a edades tardías.

Según el cuadro 14.1, la estructura por nivel de educación alcanzado se concentran preferentemente en primaria incompleta (de 1 a 5 años) el 66 por ciento, cifra ligeramente superior en el área rural; un niño de cada diez (13.6 %) se encontraba en los primeros años de instrucción media, porcentaje que es cinco puntos menor en el área rural.

La distribución de los niños en edad escolar de acuerdo al nivel de instrucción de la madre, es heterogéneo a nivel de áreas y regiones; mayor concentración porcentual de hijos de madres con nivel primario completo y secundario incompleto (hasta un máximo de tercer año) en el área urbana y en la costa; en contraste el área rural y la sierra son hijos de madres preferentemente con instrucción primaria.

La clasificación de acuerdo al índice socio-económico de las viviendas, observa una centralización en el estrato medio (44%). En el área urbana se da un predominio en el estrato alto, lo opuesto en el estrato bajo del área rural. A nivel de regiones la concentración se mantiene en el nivel medio en alrededor de 46 por ciento.

De acuerdo a la edad de la madre, alrededor del 14 por ciento de los niños en edad escolar, son hijos de madres menores de 29 años, más de la mitad corresponde a madres de 30 a 39 años y la diferencia (30 %) son de madres mayores a los 40 años de edad; la distribución es similar por áreas y regiones, aunque da una menor proporción de niños en edad escolar de madres mayores a los 40 años en el área urbana y en la región costa.

Al igual de lo que acontece con la clasificación de la edad de la madre, el orden de nacimiento también presenta un comportamiento similar por área y región, pero con niveles porcentuales un tanto diferentes; existe una concentración de niños en edad escolar cuyo orden de nacimiento es primero o segundo (valores entre 39.7 a 54 %), los valores porcentuales van en descenso a medida que el orden de nacimiento es mayor, sólo en el área rural la proporción de niños en edad escolar cuyo orden de nacimiento es mayor a 6 es importante (14.4%). Esta es una manifestación de la mayor fecundidad en estos sectores.

14.2 Niveles y grado de instrucción aprobados

Al finalizar el año lectivo 1993/1994, el grado aprobado en 8 de cada 10 niños investigados es algún año de

instrucción primaria y un 13.6 por ciento se encontraban entre 1ro. y 3 año de instrucción media.

CUADRO 14.2

NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, POR AÑO APROBADO, AL FINALIZAR EL PERÍODO ESCOLAR 1993-1994, SEGUN EDAD.

EDAD AL FINALIZAR EL PERÍODO	ULTIMO GRADO APROBADO										TOTAL	Nº DE CASOS
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
TOTAL	4.1	0.8	15.7	14.0	13.1	11.9	16.0	7.2	4.9	1.5	100.0	10966
6	24.8	75.2	-	-	-	-	-	-	-	-	100.0	317
7	11.3	39.8	48.9	-	-	-	-	-	-	-	100.0	1576
8	4.0	15.3	39.1	41.7	-	-	-	-	-	-	100.0	1461
9	3.3	6.5	13.8	36.6	39.9	-	-	-	-	-	100.0	1467
10	1.6	3.8	7.1	14.7	33.9	39.0	-	-	-	-	100.0	1324
11	1.9	2.0	5.1	7.7	13.9	30.9	38.5	-	-	-	100.0	1398
12	1.0	1.4	3.2	5.2	9.5	16.2	37.7	25.8	-	-	100.0	1339
13	1.9	1.3	2.2	3.5	4.3	7.5	31.1	23.6	24.7	-	100.0	1224
14	1.7	0.8	1.7	1.8	2.7	4.5	30.8	13.1	24.9	18.1	100.0	860

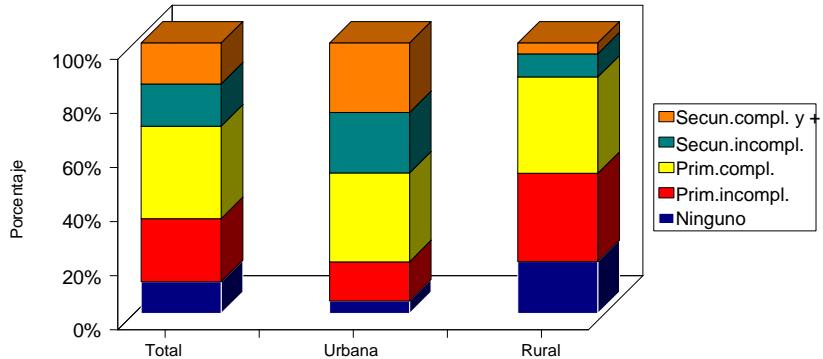
FUENTE: ENDEMAIN-94

Si se cumpliera la disposición de la obligatoriedad de la educación y ésta guardaría una relación de acuerdo a la edad, la edad en años simples y el grado alcanzado debería tener una relación directa; la información se concentraría en una sola diagonal, sin embargo, los datos del Cuadro 14.2

permiten visualizar la diagonal de asociación, que determina un triángulo de disociación entre la edad y los diferentes grados aprobados.

La diagonal que se forma a partir de los 6 y 7 años de edad hasta el octavo y noveno grado con las edades de 13 y 14 años de edad constituye la asociación directa y el triángulo que se forma bajo esta diagonal constituye la disociación. De tal manera que en todos los grados existen niños de diferentes edades como consecuencia de repeticiones de grados, deserciones y atrasos en la edad de ingreso al sistema regular de estudios, lo que influye negativamente en los programas educativos y en algunos casos produce conflictos psicológicos y sociales.

Gráfico 14.1
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR POR NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE



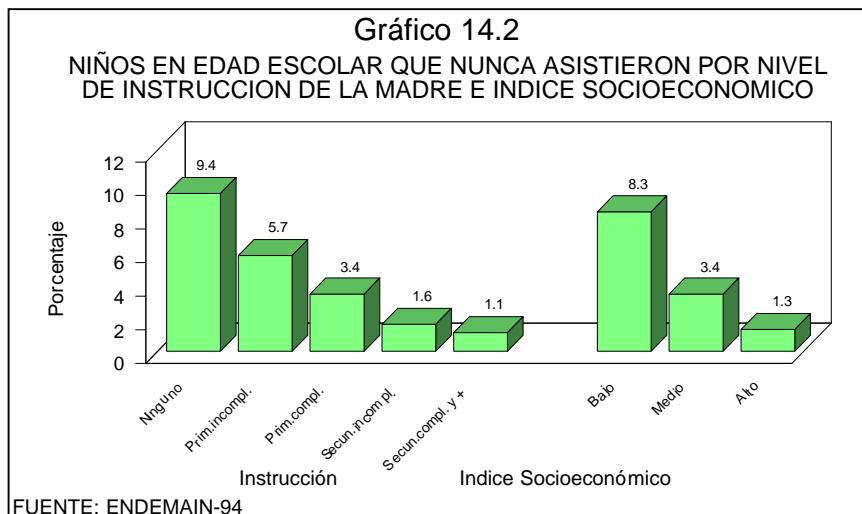
FUENTE: ENDEMAIN-94

Uno de cada cuatro niños de 6 años de edad no ha aprobado ningún grado (no se considera la asistencia a preescolar e incluye aquellos que no han sido inscritos en ningún sistema educativo), los tres restantes han aprobado el primer grado. A partir de los 7 años y más de edad, en la columna de ningún grado aprobado los diferentes porcentajes de niños que se mantienen fuera del sistema escolar revelan, que los niveles van en descenso a medida que la edad avanza, aunque los valores son mínimos. Sin embargo, en los albores del siglo XXI aún existe niños en edad escolar que se mantienen al margen de la educación; entre los niños de 14 años de edad (límite de edad escolar), menos de la mitad de ellos (42.2%) han superado la instrucción primaria.

La distribución de los niveles de instrucción alcanzados por los niños en edad escolar de acuerdo al nivel de instrucción de la madre, demuestra que existe incidencia de una considerable proporción de niños que no tienen algún grado de instrucción, hijos de madres analfabetas y la tendencia a concentrarse en primaria incompleta preferentemente. Gradualmente se va perdiendo la concentración de niños en primaria incompleta a favor de los niveles superiores cuando la instrucción de la madre va en ascenso (Gráfico 14.1).

14.3 Asistencia escolar

En el Ecuador, por los diferentes pisos climáticos, el año lectivo tiene dos regímenes, de octubre a julio para la sierra y Galápagos; de mayo a enero en las regiones costa y amazonía. Para compatibilizar la asistencia escolar del presente análisis, en las dos regiones en estudio, el año lectivo se refiere a 1993-1994.



Si bien el comportamiento de la estructura del tipo de asistencia es similar para los dos sexos, los niveles de nunca asistió (no se ha inscrito nunca en el sistema regular de estudios) son menores para las mujeres, así como el nivel de las atrasadas en 2 o más grados de acuerdo a la edad. El indicador estaría evidenciando un posible cambio de comportamiento histórico del menor acceso de la mujer a la educación; así como también confirmaría la hipótesis de que las niñas presentan una menor deserción y pérdida de grados principalmente hasta alcanzar los 6 primeros años de instrucción primaria.

Según el Cuadro 14.3, los niveles de nunca asistió son menores a medida que la edad avanza, situación que se invierte para la categoría no asistió (se refiere a que no asistió en el año escolar 1993/1994 habiendo ingresado alguna vez al sistema escolar), donde uno de cada cinco niños de 13 años de edad abandona la escuela o no continúa con la instrucción media. Niños que nunca han asistido al sistema escolar regular son preferentemente de madres analfabetas, de estrato bajo y del área rural.

CUADRO 14.3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ASISTENCIA ESCOLAR, AÑO 1993-1994
POR TIPO DE ASISTENCIA, SEGUN CARACTERISTICAS DEL NIÑO.

CARACTERISTICAS	TIPO DE ASISTENCIA ESCOLAR				TOTAL	Nº DE CASOS
	Nunca asistió	No asistió	Atrasado 2 y + grados	No atrasado		
TOTAL	4.0	6.2	11.1	78.7	100	10966
SEXO						
Masculino	4.6	6.2	11.9	77.3	100	5617
Femenino	3.3	6.2	10.3	80.2	100	5349
EDAD AL COMENZAR EL AÑO ESCOLAR 93/94						
6	14.7	0.4	-	84.9	100	1574
7	4.0	1.5	-	94.5	100	1488
8	3.4	1.1	6.8	88.7	100	1453
9	2.3	1.4	12.3	84.0	100	1392
10	1.6	3.4	14.7	80.2	100	1317
11	1.3	6.7	18.1	73.9	100	1376
12	1.8	15.8	17.9	64.5	100	1238
13	1.4	22.6	21.7	54.3	100	1128
NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE						
Ninguno	9.4	11.2	20.3	59.1	100	1355
Primaria incompleta	5.7	12.6	14.9	66.7	100	2680
Primaria completa	3.4	4.7	12.3	79.6	100	3679
Secundaria incompleta	1.6	1.4	4.4	92.6	100	1627
Secundaria completa y más	1.1	0.6	2.2	96.1	100	1625
INDICE SOCIO-ECONOMICO						
Bajo	8.3	11.2	19.9	60.6	100	3010
Medio	3.4	6.6	10.7	79.3	100	4920
Alto	1.3	1.5	4.5	92.8	100	3036
AREA						
Urbano	2.6	3.3	7.8	86.3	100	5027
Rural	5.5	9.2	14.6	70.8	100	5939

FUENTE: ENDEMAIN-94

La categoría "atrasado 2 y mas grados" de acuerdo a la edad fluctúa entre porcentajes que van de 6.8 por ciento en niños de 8 años de edad a un máximo de 21.7 por ciento en los niños de 13 años; a nivel total el 11.1 por ciento de los niños entre los 8 y 13 años de

edad en el período escolar 1993/1994 se encuentran con 2 o más años atrasados. Como era de esperarse, en la categoría no atrasados o los que se encuentran en el grado correcto de acuerdo a su edad, es más alto para los primeros años de estudio y va perdiendo importancia relativa a medida que la edad avanza por la incidencia de grados no aprobados o perdidos, y también por la deserción.

CUADRO 14.3(Cont.)

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ASISTENCIA ESCOLAR, AÑO 1993-1994
POR TIPO DE ASISTENCIA, SEGUN CARACTERISTICAS DEL NIÑO.

CARACTERISTICAS	TIPO DE ASISTENCIA ESCOLAR				TOTAL	Nº CASOS
	Nunca asistió	No asistió	Atrasado 2 y + grados	No atrasado		
TOTAL	4.0	6.2	11.1	78.7	100	10966
DOMINIOS						
Sierra	2.3	8.9	5.6	83.2	100	6483
Quito	1.7	2.8	2.9	92.6	100	789
Resto Urbano	1.0	3.7	3.8	91.5	100	1599
Rural	2.9	12.6	7.0	77.5	100	4095
Costa	5.6	3.6	16.4	74.4	100	4483
Guayaquil	2.1	1.9	10.0	85.9	100	953
Resto Urbano	4.3	4.5	10.8	80.4	100	1686
Rural	9.4	4.0	26.2	60.4	100	1844
ORDEN DE NACIMIENTO						
1-2	3.0	4.6	9.3	83.1	100	5578
3-4	4.1	6.4	11.4	78.2	100	3000
5-6	5.1	10.0	12.4	72.5	100	1391
7 y +	6.5	7.9	16.7	68.9	100	997
NUMERO DE HERMANOS						
0-1	3.2	1.4	4.2	91.2	100	1731
2-3	2.5	3.4	8.1	86.0	100	4563
4-5	5.7	8.3	14.0	72.0	100	2727
6 y +	5.8	13.2	19.3	61.7	100	1945
HERMANOS DE 6-13 AÑOS						
0	3.1	3.0	6.6	87.4	100	2331
1	3.5	5.1	9.3	82.1	100	3884
2	3.6	8.4	12.7	75.3	100	2919
3 y +	7.0	9.9	19.2	63.9	100	1832
HERMANOS < DE 5 AÑOS						
0	2.5	4.7	10.2	82.5	100	4913
1	3.6	6.1	10.0	80.4	100	3453
2	7.0	10.3	12.4	70.3	100	1927
3 y 5	10.8	8.1	21.4	59.6	100	673

FUENTE: ENDEMAIN-94

Los niños que no están atrasados según su edad, en los diferentes grados tiene una asociación directa con el nivel de instrucción que tienen sus madres; casi la totalidad de niños (96.1%) de madres con nivel secundaria completa o más no están atrasados, en contraste con sólo 6 de cada 10 hijos de madres analfabetas. En el otro extremo, niños de

madres analfabetas que nunca asistieron y no asistieron en el año lectivo 1993/1994, alcanzan a un quinto (20%), cifra que desciende a apenas 1.7 por ciento entre madres con niveles altos de educación (que posiblemente se trata de niños que no han ingresado por la diferencia de edad al inicio del año lectivo).

Los mayores porcentajes de niños atrasados en 2 años o más se presentan en madres analfabetas, de estratos bajos, áreas rurales residentes en la costa, de familias extensas (más de 6 hermanos), confirmando el efecto negativo del entorno familiar y del medio ambiente.

14.4 Abandono escolar.

CUADRO 14.4

PORCENTAJE DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR QUE NO ASISTIO O ATRASADOS 2 GRADOS O MAS
POR NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE, SEGUN CARACTERISTICAS.

CARACTERISTICAS	TOTAL	NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE					Nº DE CASOS
		Ninguno	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	
TOTAL	21.3	40.9	33.3	20.4	7.4	3.9	10966
ORDEN DE NACIMIENTO							
1-2	16.9	45.6	33.5	19.3	6.8	3.9	5578
3-4	21.8	43.6	34.5	19.9	7.4	3.2	3000
5-6	27.5	38.9	33.8	20.6	7.3	7.1	1391
7 y +	31.1	35.5	30.4	28.3	27.8	13.2	997
NUMERO DE HERMANOS							
0-1	8.8	41.0	19.4	12.5	4.6	3.2	1731
2-3	14.0	37.5	24.9	15.6	5.2	3.5	4563
4-5	28.0	42.1	36.3	22.3	14.9	8.5	2727
6 y +	38.3	42.1	40.4	35.1	21.6	16.8	1945
HERMANOS DE 6-13 AÑOS							
0							
1	12.6	37.9	25.3	13.4	6.4	3.5	2331
2	17.9	38.3	30.9	17.8	5.0	3.8	3884
3-6	24.7	40.7	31.3	22.7	9.8	3.4	2919
	36.1	46.6	43.9	31.7	15.3	11.4	1832
HERMANOS < DE 5 AÑOS							
0	17.5	40.8	27.3	18.5	5.9	3.9	4913
1	19.6	38.5	31.2	19.0	7.8	3.5	3453
2	29.7	41.4	42.4	23.2	12.7	5.1	1927
3-5	40.4	48.9	47.7	35.4	13.7	0.0	673

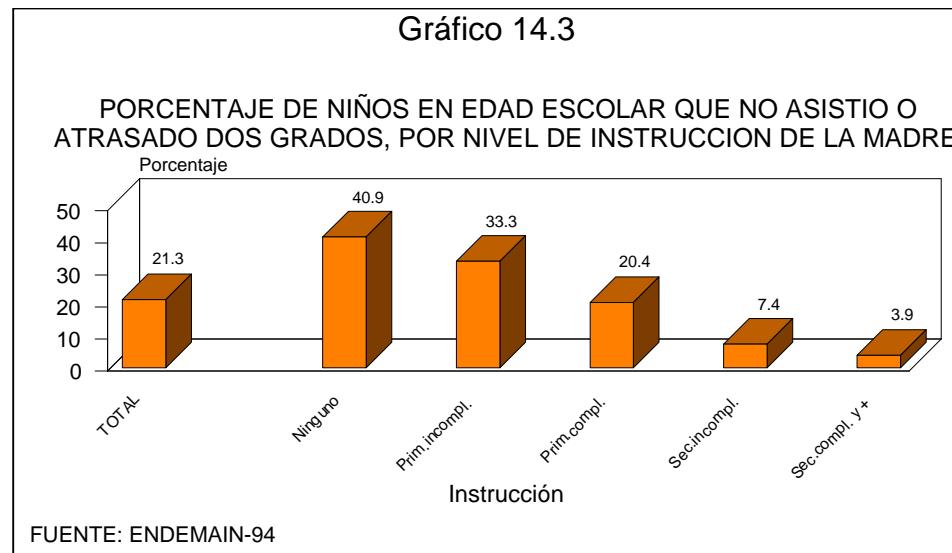
FUENTE: ENDEMAIN-94

El sistema educativo en el Ecuador se ha desarrollado de espaldas a la realidad nacional, particularmente a sus dimensiones culturales y ámbitos geográficos, lo que ha condicionado que la calidad sea diferencial inclusive al interior de una misma área. Esto requiere que se incurso en una reprogramación de estudios en todos los niveles.

Si bien se ha logrado avances importantes en los niveles educativos, la educación cuenta con un sistema de programas homogéneos para culturas heterogéneas, problemas estructurales y de coberturas parciales, que han permitido un abandono escolar sistemático que constituye un problema social que tiene sus secuelas en el desarrollo económico; eleva la mano de obra no calificada, se incrementan los niveles de desempleo, que desembocan en una deficitaria calidad de vida, agravando el problema social que debe afrontar la sociedad organizada en su conjunto.

La información 14.4, demuestra una fuerte relación del abandono y atrasado escolar, con los niveles educacionales de la madre y con el tamaño de la familia. Conocida la relación inversa del tamaño de la familia con la escolaridad de la mujer, se observa que la baja asistencia escolar, es producto de la limitada escolaridad de las madres con muchos hijos.

En general los porcentajes de niños en edad escolar, que no asistieron al año lectivo 1993-1994 y aquellos que se encuentran atrasados 2 años o más de estudios, clasificados por nivel de instrucción de la madre, revela una correlación directa: mayor incidencia en familias numerosas, mayor orden de nacimiento, mayor número de hermanos y niveles de educación bajos de la madre. Los porcentajes de abandono y retraso son más altos y van descendiendo a medida que el nivel de instrucción de la madre es más alto y menores cuando la familia es pequeña.



Entre los niños de madres con primaria incompleta el porcentaje no asistio a está atrasado, en el período 93-94, en familias grandes, conformadas por 6 o más hermanos, es dos veces el porcentaje de familias pequeñas (0-1 hermanos). Esta desventaja para familias grandes se incrementa en tres veces, si la madre terminó la primaria, y es cinco veces mayor cuando la madre curso algún año de la educación secundaria o superior.

A nivel general el porcentaje de abandono y retraso es de un niño de cada cinco en edad escolar, el doble (40.9%) cuando la madre es analfabeta y menor si la madre ha alcanzado algún año de secundaria o superior (7.4 y 3.9 % respectivamente).

CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Los principales resultados de la encuesta ENDEMAIN-94, proporcionan aportes valiosos al conocimiento de la situación demográfica y de salud, en la que se desenvuelven las mujeres en edad fértil del país.

Los resultados encontrados avalizan, el propósito de la investigación de entregar información básica actualizada, científicamente lograda, de forma que la toma de decisiones, se realice sobre la base de datos reales.
- La información, permite la comparabilidad internacional, con otras encuestas desarrolladas en otros países de América Latina. Los diseños metodológicos en general son similares, agregándose a esto que la mayoría de las encuestas se han realizado en el decurso del último quinquenio.
- El informe definitivo, tiene un carácter general, de existir interés por profundizar en diversas variables investigadas, los especialistas de las diferentes disciplinas pueden examinar con detenimiento los temas de su interés, que pueden sugerir nuevas investigaciones documentales y utilizar la base de datos lograda, que permite en alto grado inferir posibles causales y consecuencias de los niveles y tendencias de los indicadores en el corto plazo.
- La tendencia de descenso de la fecundidad se sigue manteniendo; para el período 1989-1994 la tasa global de fecundidad (TGF), sitúa en 3.6 hijos el promedio de hijos tenidos por mujer, aproximadamente dos tercios de la TGF ocurre antes de los 30 años de edad, determinando que la curva de fecundidad según edad se modifique hacia un nivel más bajo y concentrado en las primeras edades.
- Los niveles de fecundidad son diferentes según áreas geográficas, niveles educacionales, condiciones de hábitat, etc., todavía subsisten en el país patrones de alta fecundidad, inclusive los promedios nacionales advierten la potencialidad de un crecimiento poblacional significativo. En la necesidad de adecuar el crecimiento demográfico al económico, existe todavía mucho que hacer para regular la fecundidad a los niveles que nos permitan crecer con equidad.
- En el Ecuador el 56.8 por ciento de las mujeres en unión se encontraban regulando su fecundidad, en el último quinquenio, los incrementos de la prevalencia fueron mayores en el área rural, especialmente en la sierra, en mujeres con mayores niveles de instrucción, en las de 20 a 34 años de edad y en aquellas con 1 a 3 hijos actualmente vivos.
- En el país las mujeres esperan en promedio, tener 2 hijos vivos; 24 años de edad para empezar a usar anticonceptivos e iniciaron el uso 5.3 años después de la primera unión conyugal, comportamiento que determina en gran medida la preeminencia relativa del método de la esterilización femenina.

-
- La prevalencia más baja se observa en los sectores rurales, entre las mujeres analfabetas, las jóvenes y que no tienen aún hijos. Estadísticamente las tasas de prevalencia anticonceptiva se han estabilizado en la región costa, denotando la presencia del fenómeno del "plateau". Los volúmenes de deserción de usuarias continúan siendo elevados, máxime si se considera que se producen en proporciones significativas por falsos rumores sobre las consecuencias de uso de métodos como la píldora y la esterilización (masculina y femenina).
 - Los aspectos anotados nos llevan a concluir que es necesario redoblar esfuerzos para que los niveles de crecimiento de la planificación familiar se mantengan, lo acontecido en la región costa (plateau) podría paulatinamente generalizarse; el acceso a la planificación familiar de los grupos de menor prevalencia indica que se requieren cambios no solo en el propósito del uso, sino también en las áreas de cobertura. La interacción mancomunada de los actores involucrados, entendiendo la actual problemática será un aspecto decisivo para el desarrollo futuro de los programas de planificación familiar.
 - La mortalidad infantil ecuatoriana según ENDEMAIN-94, sitúa en 40 defunciones de niños menores a un año por cada mil nacimientos. Las muertes neonatales representan el 55 por ciento, de la mortalidad infantil. Las estimaciones sugieren que la mortalidad materna se encuentra en alrededor de 160 por 100.000 nacidos vivos durante el período 1988-1994, significa que aproximadamente 460 mujeres mueren cada año en Ecuador durante el embarazo, el parto o el puerperio.
 - Si bien se han operado cambios importantes, todavía encontramos niveles de mortalidad infantil tan altos como los que registran países africanos, en el caso concreto de las provincias de Chimborazo y Cotopaxi, la "baja" mortalidad infantil observada en las provincias de Pichincha y Guayas, rebasa en tres veces la observada en países desarrollados.
 - Por riesgo reproductivo una de cada 149 mujeres que alcanzan la edad fértil muere como consecuencia del embarazo, parto o puerperio. Para comparar las diferentes probabilidades de riesgo, citamos que en países desarrollados el riesgo es de una de cada 6000 (Estados Unidos) o de una de cada 10.000 (países nórdicos).
 - No es difícil concluir que los esfuerzos realizados para reducir la mortalidad (materna e infantil) ecuatoriana, no han sido suficientes, los avances reconocidos se presentan desiguales, contribuyendo a la heterogeneidad que tiene el país en el tratamiento de la salud.
 - En relación a la salud materna los indicadores nacionales: atención prenatal, vacunación antitetánica y atención profesional del parto no rebasan el 75 por ciento, indicativo que por lo menos una de cada cuatro investigadas, no ha recibido atenciones relacionadas con su salud reproductiva. Los contrastes entre la población que habita áreas citadinas y aquella que reside en zonas rurales, en esta materia es también evidente.

-
- El 16.9 por ciento registraron bajo peso (igual o menos de 5.5 libras), 2.9 por ciento tenían la condición de bajo peso y prematuridad y un importante 13.9 por ciento tienen peso bajo sin ser prematuros, este alto porcentaje se debe probablemente a influencias de mala nutrición materna, niveles de pobreza y condiciones genéticas, altura geográfica, inadecuados controles prenatales, entre otras, incidencia que se observa preferentemente en la sierra.
 - La prevalencia de diarrea (dos semanas anteriores a la encuesta), es de un quinto (19.2%). La diarrea fue tratada por el 86 por ciento de forma preferente con: remedios caseros, antidiarreicos y antibióticos.
 - La infección respiratoria aguda afectó al 59.4 por ciento de los casos, según su severidad la Infección Respiratoria Aguda "leve" representó el 19.8 por ciento, 25.2 por ciento "moderada" y 14.4 por ciento "grave". Recibieron tratamiento en 8 de cada diez casos, mediante antibióticos, aspirina y similares, expectorantes, remedios caseros, entre los más relevantes.
 - El perfil epidemiológico para el grupo de menores de cinco años, casi no ha cambiado en el país en los últimos veinte años, tanto la diarrea como la I.R.A., continúan entre las principales causas de muerte del país.
 - Importantes acciones desplegadas determinan que la vacunación completa ha llegado al 78.3 por ciento de los casos, sin embargo todavía queda un 21.7 por ciento sin las protecciones necesarias para enfrentar con éxito, los riesgos de transmisión de enfermedades prevenibles. La contaminación biológica, asociada a las deficitarias condiciones sanitarias, son fundamentales en la producción y propagación de patologías infecciosas; entre otras, en estas materias se debería centrar la atención preventiva de salud.
 - En materia de salud, resultará importante las acciones que amplíen las coberturas de servicios a todos los grupos poblacionales, mejoren la calidad de los servicios y propicien condiciones de vida saludables, estimulando la participación colectiva de todos los actores sociales, reorientando los recursos hacia los más pobres en función de la realidad demográfica y social, para todo lo cual la estadística del informe presentado, es un insumo de vital importancia.

ANEXO A

**PRECISION DE LOS RESULTADOS
(ERRORES MUESTRALES)**

ANEXO A

LA PRECISION DE LOS RESULTADOS: LOS ERRORES MUESTRALES

La exactitud de las estimaciones depende de los errores "muestrales" y "no muestrales" que resultan de la encuesta. Los errores muestrales se producen porque sólo se recogen datos de una muestra de la población objetivo, por lo tanto, las estimaciones pueden diferir de los valores que se hubiesen obtenido de un censo completo, realizado en las mismas condiciones generales.

La magnitud de los errores muestrales es una función del diseño muestral y de los procedimientos de estimación utilizados. Los "errores no muestrales", se pueden definir como residuales (todos los errores de estimación que no son resultado del muestreo). A diferencia de los errores muestrales, los no muestrales tienen diferentes fuentes, pueden producirse en cualquier etapa de la encuesta; diseño del cuestionario, formulación de preguntas, localizar la vivienda correcta, cobertura de todas las mujeres seleccionadas, formulación de las preguntas y anotación errada de las respuestas, interpretación de las preguntas por parte de la entrevistada, errores de codificación y de procesamiento. A menudo es sumamente difícil detectarlos y controlarlos.

Como es propio efectuar en cada una de las investigaciones, también en este estudio se trató de reducir a un mínimo este tipo de errores a través de una serie de procedimientos que se emplean en toda encuesta bien diseñada y ejecutada, como son: diseño cuidadoso y numerosas pruebas del cuestionario, adiestramiento de buena calidad a las entrevistadoras, supervisión estrecha y permanente del trabajo de campo, supervisión apropiada en la etapa de codificación y procesamiento de los datos y depuración cuidadosa del archivo magnético. Los elementos de juicio disponibles señalan que este tipo de errores se mantuvo dentro de márgenes razonables en la ENDEMAIN-94. En este Anexo no se hará más referencia a los errores ajenos al muestreo sino únicamente a los llamados **errores de muestreo**.

El **error de muestreo** se mide por medio del **error estándar** de una estadística que se define como la raíz cuadrada de la **varianza** de la estadística y es una medida de su variación en todas las muestras posibles, en consecuencia, el **error estándar** mide el grado de precisión con que el promedio, porcentaje, o estadística basado en la muestra, se aproxima al resultado que se habría obtenido si se hubiera entrevistado a todas las mujeres de la población bajo las mismas condiciones.

El **error estándar** puede ser usado para calcular intervalos de confianza de cualquier estadística. Así, si se toma una cierta estadística calculada de la muestra (un porcentaje, por ejemplo) y se le suma y resta dos veces su **error estándar**, se obtiene un intervalo al cual se le asigna una confianza de 95 por ciento .

En muestras con etapas múltiples como la de ENDEMAIN-94, los errores estándares son más complejos de calcular. Se utilizó el paquete SUDAAN (Research Triangle Institute, 1993) para el cálculo de los errores estándares usando las fórmulas que corresponden al diseño de la muestra, además se calculó el efecto del diseño para cada estadística, definida como la razón entre la

varianza correspondiente al diseño empleado y la varianza que se obtiene tratandola muestra como si hubiera sido simple al azar.

En este anexo se presenta una lista de las variables consideradas de mayor interés en la encuesta. En el Cuadro A1 para cada variable se especifica el tipo de indicador y el grupo de población para la cual está definida la variable. Los resultados del estimado porcentaje, el error estándar, el efecto del diseño, el intervalo de confianza del 95 por ciento y el número de casos no ponderados se presenta para todo el país en el cuadro A2 y por dominios de estudio del Cuadro A3 a A8.

El cuadro indica que, en general, los **errores estándar** son pequeños y que por ello la muestra puede calificarse como bastante precisa.

CUADRO A.1
LISTA DE VARIABLES SELECCIONADAS PARA EL CALCULO DE ERRORES MUESTRALES

VARIABLE	GRUPO POBLACIONAL
ACTUALMENTE EMBARAZADAS	Mujeres casadas/Unidas de 15-49 años de edad
QUIERE EMBARAZARSE	Mujeres casadas/Unidas de 15-49 años de edad
QUIERE ESPACIAR EMBARAZOS	Mujeres casadas/Unidas de 15-49 años de edad
NO QUIERE MAS HIJOS	Mujeres casadas/Unidas de 15-49 años de edad
USANDO ANTICONCEPTIVOS	Mujeres casadas/Unidas de 15-49 años de edad
NUNCA USO ANTICONCEPTIVOS	Mujeres casadas/Unidas de 15-49 años de edad
USO ANTICONCEPTIVOS ANTES	Mujeres casadas/Unidas de 15-49 años de edad
USANDO ESTERILIZACION FEMENINA	Mujeres casadas/Unidas de 15-49 años de edad
USANDO METODOS ORALES	Mujeres casadas/Unidas de 15-49 años de edad
POBLACION BLANCO NO CUBIERTA-TODAS	Todas Mujeres de 15-49 años de edad
POBLACION BLANCO NO CUBIERTA-UNIDAS	Mujeres casadas/Unidas de 15-49 años de edad
ABORTO	Últimos embarazos de mujeres de 15-49 a partir de enero de 1992
MORTINATO	Últimos embarazos de mujeres de 15-49 a partir de enero de 1992
NACIDO VIVO	Últimos embarazos de mujeres de 15-49 a partir de enero de 1992
PARTO CESAREA	Últimos partos ¹ de mujeres 15-49 a partir de enero de 1992
SANGRADO CON DESMAYO	Últimos partos ¹ de mujeres 15-49 a partir de enero de 1992
POSIBLE ECLAMPSIA	Últimos partos ¹ de mujeres 15-49 a partir de enero de 1992
HA TENIDO EL PAP	Mujeres de 15-49 años de edad que han tenido relaciones sexuales
TUVO CONTROL PRENATAL	Nacidos vivos de junio de 1989 a mayo de 1994
TOXOIDE TETANICO	Nacidos vivos de junio de 1989 a mayo de 1994
PARTO INSTITUCIONAL	Nacidos vivos de junio de 1989 a mayo de 1994
FUERON AMAMANTADOS	Nacidos vivos de junio de 1989 a mayo de 1994
LACTANCIA EXCLUSIVA	Niños 0-3 meses de edad
LACTANCIA PREDOMINANTE	Niños 0-3 meses de edad
NO LACTANDO	Niños 0-3 meses de edad
TUVO CONTROL POSTPARTO	Nacidos vivos de junio de 1989 a mayo de 1994
CONTROL DEL NIÑO SANO	Nacidos vivos de junio de 1989 a mayo de 1994
BCG COMPLETA	Hijos vivos menores de 5 años de edad
DPT COMPLETA	Hijos vivos menores de 6 a 59 meses de edad
POLIO COMPLETA	Hijos vivos menores de 6 a 59 meses de edad
SARAMPION COMPLETA	Hijos vivos menores de 6 a 59 meses de edad
INMUNIZACION COMPLETA	Hijos vivos menores de 6 a 59 meses de edad
DIARRAEA ULT.2 SEMANAS	Hijos vivos menores de 5 años de edad
IRA ULT. 2 SEMANAS	Hijos vivos menores de 5 años de edad

1

Sólo incluye embarazos que resultó en un nacido vivo o mortinato (nacidos muertos)-excluye abortos

CUADRO A.2
CALCULO DEL ERROR MUESTRAL. TODO EL PAIS

VARIABLE	PORCENTAJE	ERROR ESTANDAR	EFFECTO DISENO	P-2EE	P+2EE	N
ACTUALMENTE EMBARAZADA	9.73	0.37	1.25	8.99	10.48	9146
QUIERE EMBARAZARSE	4.57	0.28	1.41	4.01	5.13	9146
QUIERE ESPACIAR EMBARAZOS	22.78	0.54	1.32	21.70	23.87	9146
NO QUIERE MAS HIJOS	38.15	0.70	1.63	36.76	39.54	9146
USANDO ANTICONCEPTIVOS	56.82	0.93	2.80	54.96	58.67	9146
NUNCA USO ANTICONCEPTIVOS	26.76	0.94	3.59	24.88	28.64	9146
USO ANTICONCEPTIVOS ANTES	16.43	0.49	1.42	15.44	17.42	9146
USANDO ESTERILIZACION FEMENINA	19.78	0.66	2.18	18.46	21.10	9146
USANDO METODOS ORALES	10.22	0.44	1.65	9.35	11.09	9146
POBLACION BLANCO NO CUBIERTO - TODAS	8.81	0.34	1.92	8.13	9.48	13582
POBLACION BLANCO NO CUBIERTO - UNIDAS	14.06	0.53	1.88	12.99	15.13	9146
ABORTO	8.00	0.60	1.74	6.80	9.20	4290
MORTINATO	0.89	0.15	0.93	0.59	1.20	4290
NACIDO VIVO	91.11	0.61	1.65	89.88	92.33	4290
PARTO CESAREA	18.43	0.86	1.60	16.71	20.14	3988
SANGRADO CON DESMAYO	7.27	0.55	1.45	6.18	8.36	3988
POSIBLE ECLAMPSIA	2.49	0.29	1.11	1.92	3.07	3988
HA TENIDO EL PAP	49.80	0.90	3.11	48.00	51.61	10737
TUVO CONTROL PRENATAL	74.69	0.92	3.97	72.85	76.53	8837
TOXOIDE TETANICO	64.29	0.96	3.52	62.38	66.20	8837
PARTO INSTITUCIONAL	63.56	1.46	8.18	60.64	66.49	8837
FUERON AMAMANTADOS	94.92	0.31	1.74	94.30	95.53	8853
LACTANCIA EXCLUSIVA	35.56	2.61	1.84	30.34	40.77	581
LACTANCIA PREDOMINANTE	12.17	1.75	1.78	8.67	15.67	581
NO LACTANDO	5.14	1.02	1.33	3.10	7.19	581
TUVO CONTROL POSTPARTO	33.52	0.97	2.46	31.58	35.46	5856
CONTROL DEL NINO SANO	73.64	0.97	2.85	71.69	75.59	5856
BCG COMPLETA	95.67	0.45	2.70	94.77	96.57	5567
DPT COMPLETA	84.79	0.77	2.26	83.24	86.33	5022
POLIO COMPLETA	83.48	0.82	2.39	81.84	85.12	5022
SARAMPION COMPLETA	84.73	0.74	1.96	83.25	86.21	4733
INMUNIZACION COMPLETA	78.35	0.91	2.24	76.53	80.16	4733
DIARRREA ULT. 2 SEMANAS	19.35	0.80	2.25	17.75	20.95	5567
IRA ULT. 2 SEMANAS	53.34	0.92	1.86	51.51	55.18	5567

CUADRO A.2
CALCULO DEL ERROR MUESTRAL. QUITO

VARIABLE	PORCENTAJE	ERROR ESTANDAR	EFFECTO DISENO	P-2EE	P+2EE	N
ACTUALMENTE EMBARAZADA	7.42	0.88	1.02	5.66	9.19	873
QUIERE EMBARAZARSE	3.95	0.75	1.33	2.45	5.44	873
QUIERE ESPACIAR EMBARAZOS	23.31	1.73	1.52	19.84	26.77	873
NO QUIERE MAS HIJOS	39.00	1.86	1.32	35.28	42.73	873
USANDO ANTICONCEPTIVOS	70.11	2.24	2.17	65.63	74.60	873
NUNCA USO ANTICONCEPTIVOS	13.91	2.01	3.03	9.90	17.92	873
USO ANTICONCEPTIVOS ANTES	15.98	1.73	2.01	12.52	19.43	873
USANDO ESTERILIZACION FEMENINA	22.84	2.12	2.30	18.60	27.08	873
USANDO METODOS ORALES	5.92	0.98	1.55	3.96	7.88	873
POBLACION BLANCO NO CUBIERTO - TODAS	6.13	0.85	1.93	4.43	7.83	1261
POBLACION BLANCO NO CUBIERTO - UNIDAS	9.12	1.18	1.52	6.76	11.48	873
ABORTO	11.09	2.11	1.73	6.86	15.31	374
MORTINATO	0.44	0.31	0.82	-0.17	1.06	374
NACIDO VIVO	88.47	2.12	1.68	84.24	92.70	374
PARTO CESAREA	26.18	2.10	0.78	21.98	30.39	335
SANGRADO CON DESMAYO	4.24	1.19	1.19	1.85	6.62	335
POSIBLE ECLAMPSIA	1.00	0.47	0.78	0.05	1.95	335
HA TENIDO EL PAP	69.85	2.29	2.76	65.27	74.42	1017
TUVO CONTROL PRENATAL	86.34	1.92	2.79	82.50	90.18	711
TOXOIDE TETANICO	30.52	2.54	2.70	25.45	35.59	711
PARTO INSTITUCIONAL	89.55	1.51	2.16	86.53	92.56	711
FUERON AMAMANTADOS	94.65	0.87	1.34	92.90	96.40	710
LACTANCIA EXCLUSIVA	53.45	10.39	2.66	32.68	74.22	44
LACTANCIA PREDOMINANTE	20.69	6.08	1.38	8.53	32.85	44
NO LACTANDO	1.72	1.71	1.06	-1.70	5.15	44
TUVO CONTROL POSTPARTO	53.01	3.01	2.14	46.99	59.03	537
CONTROL DEL NINO SANO	81.94	2.08	1.72	77.78	86.09	537
BCG COMPLETA	97.66	1.05	2.75	95.55	99.77	518
DPT COMPLETA	90.59	1.79	1.89	87.02	94.17	462
POLIO COMPLETA	89.21	1.71	1.53	85.79	92.63	462
SARAMPION COMPLETA	86.18	2.70	2.88	80.77	91.59	428
INMUNIZACION COMPLETA	82.02	2.51	2.00	77.00	87.04	428
DIARREA ULT. 2 SEMANAS	15.89	2.23	2.11	11.42	20.35	518
IRA ULT. 2 SEMANAS	51.35	2.65	1.59	46.05	56.66	518

CUADRO A.2
CALCULO DEL ERROR MUESTRAL. URBANO SIERRA

VARIABLE	PORCENTAJE	ERROR ESTANDAR	EFFECTO DISENO	P-2EE	P+2EE	N
ACTUALMENTE EMBARAZADA	6.41	0.61	0.55	5.20	7.63	1481
QUIERE EMBARAZARSE	5.04	0.69	0.88	3.66	6.42	1481
QUIERE ESPACIAR EMBARAZOS	26.20	1.52	1.07	23.15	29.25	1481
NO QUIERE MAS HIJOS	37.21	1.84	1.29	33.53	40.89	1481
USANDO ANTICONCEPTIVOS	67.96	1.61	1.06	64.73	71.18	1481
NUNCA USO ANTICONCEPTIVOS	16.36	1.54	1.54	13.29	19.44	1481
USO ANTICONCEPTIVOS ANTES	15.68	1.13	0.85	13.43	17.93	1481
USANDO ESTERILIZACION FEMENINA	20.47	1.73	1.63	17.02	23.93	1481
USANDO METODOS ORALES	7.37	0.91	1.09	5.54	9.19	1481
POBLACION BLANCO NO CUBIERTO - TODAS	5.23	0.58	1.10	4.07	6.38	2332
POBLACION BLANCO NO CUBIERTO - UNIDAS	8.24	0.94	1.03	6.36	10.11	1481
ABORTO	6.61	1.22	0.90	4.17	9.05	635
MORTINATO	0.58	0.29	0.54	0.00	1.16	635
NACIDO VIVO	92.81	1.22	0.83	90.36	95.26	635
PARTO CESAREA	21.75	2.00	0.81	17.76	25.75	591
SANGRADO CON DESMAYO	7.14	1.42	1.06	4.29	9.99	591
POSIBLE ECLAMPSIA	1.65	0.57	0.68	0.52	2.79	591
HA TENIDO EL PAP	59.58	1.84	1.52	55.89	63.26	1767
TUVO CONTROL PRENATAL	80.64	1.72	1.71	77.19	84.08	1282
TOXOIDE TETANICO	49.59	2.75	2.73	44.10	55.09	1282
PARTO INSTITUCIONAL	79.38	2.59	3.70	74.20	84.57	1282
FUERON AMAMANTADOS	94.98	0.75	1.08	93.47	96.49	1284
LACTANCIA EXCLUSIVA	44.18	6.86	1.12	30.46	57.90	87
LACTANCIA PREDOMINANTE	6.16	2.70	0.74	0.75	11.57	87
NO LACTANDO	11.01	6.07	2.20	-1.13	23.15	87
TUVO CONTROL POSTPARTO	44.31	2.24	1.21	39.83	48.78	910
CONTROL DEL NINO SANO	80.26	1.76	1.17	76.74	83.79	910
BCG COMPLETA	98.20	0.54	0.93	97.11	99.28	872
DPT COMPLETA	90.46	1.30	0.98	87.87	93.06	788
POLIO COMPLETA	90.34	1.31	0.98	87.73	92.95	788
SARAMPION COMPLETA	87.14	1.93	1.58	83.29	91.00	747
INMUNIZACION COMPLETA	82.62	2.07	1.42	78.48	86.75	747
DIARRREA ULT. 2 SEMANAS	17.46	2.01	1.56	13.45	21.48	872
IRA ULT. 2 SEMANAS	51.78	2.77	1.72	46.23	57.32	872

CUADRO A.2
CALCULO DEL ERROR MUESTRAL. RURAL SIERRA

VARIABLE	PORCENTAJE	ERROR ESTANDAR	EFFECTO DISENO	P-2EE	P+2EE	N
ACTUALMENTE EMBARAZADA	9.87	0.68	0.99	8.50	11.23	2856
QUIERE EMBARAZARSE	3.50	0.38	0.81	2.74	4.26	2856
QUIERE ESPACIAR EMBARAZOS	22.39	1.01	1.11	20.37	24.40	2856
NO QUIERE MAS HIJOS	44.91	1.40	1.49	42.12	47.70	2856
USANDO ANTICONCEPTIVOS	42.08	1.87	2.71	38.35	45.82	2856
NUNCA USO ANTICONCEPTIVOS	44.99	2.27	3.95	40.45	49.52	2856
USO ANTICONCEPTIVOS ANTES	12.93	0.90	1.36	11.13	14.73	2856
USANDO ESTERILIZACION FEMENINA	13.00	1.14	2.19	10.72	15.28	2856
USANDO METODOS ORALES	4.96	0.56	1.26	3.84	6.08	2856
POBLACION BLANCO NO CUBIERTO - TODAS	12.22	0.75	1.70	10.72	13.72	4305
POBLACION BLANCO NO CUBIERTO - UNIDAS	19.89	1.23	1.81	17.42	22.35	2856
ABORTO	4.83	0.65	0.97	3.52	6.14	1587
MORTINATO	1.58	0.35	0.83	0.88	2.29	1587
NACIDO VIVO	93.59	0.76	1.01	92.06	95.12	1587
PARTO CESAREA	8.65	1.02	1.30	6.61	10.69	1516
SANGRADO CON DESMAYO	11.72	1.23	1.44	9.26	14.18	1516
POSIBLE ECLAMPSIA	2.77	0.53	1.01	1.72	3.82	1516
HA TENIDO EL PAP	30.31	1.70	3.25	26.90	33.71	3452
TUVO CONTROL PRENATAL	67.04	1.55	2.86	63.95	70.14	3330
TOXOIDE TETANICO	46.17	1.73	3.17	42.71	49.63	3330
PARTO INSTITUCIONAL	38.89	2.23	5.50	34.43	43.34	3330
FUERON AMAMANTADOS	96.15	0.47	1.62	95.21	97.10	3349
LACTANCIA EXCLUSIVA	58.69	3.85	1.04	50.99	66.39	201
LACTANCIA PREDOMINANTE	7.35	2.23	1.23	2.90	11.81	201
NO LACTANDO	4.57	1.69	1.11	1.19	7.95	201
TUVO CONTROL POSTPARTO	24.69	1.47	2.03	21.75	27.64	2082
CONTROL DEL NINO SANO	79.11	1.38	2.02	76.35	81.88	2082
BCG COMPLETA	95.76	0.80	2.57	94.16	97.36	1953
DPT COMPLETA	82.12	1.30	1.68	79.52	84.72	1786
POLIO COMPLETA	80.75	1.34	1.68	78.08	83.43	1786
SARAMPION COMPLETA	82.67	1.18	1.33	80.31	85.03	1675
INMUNIZACION COMPLETA	76.21	1.50	1.69	73.21	79.21	1675
DIARRREA ULT. 2 SEMANAS	24.47	1.44	1.83	21.59	27.36	1953
IRA ULT. 2 SEMANAS	52.10	1.46	1.39	49.18	55.02	1953

CUADRO A.2
CALCULO DEL ERROR MUESTRAL. GUAYAQUIL

VARIABLE	PORCENTAJE	ERROR ESTANDAR	EFFECTO DISENO	P-2EE	P+2EE	N
ACTUALMENTE EMBARAZADA	9.59	1.10	1.82	7.39	11.79	932
QUIERE EMBARAZARSE	4.01	0.83	2.31	2.36	5.66	932
QUIERE ESPACIAR EMBARAZOS	22.64	1.54	1.77	19.56	25.73	932
NO QUIERE MAS HIJOS	33.96	1.74	1.76	30.49	37.44	932
USANDO ANTICONCEPTIVOS	65.64	2.28	3.01	61.08	70.21	932
NUNCA USO ANTICONCEPTIVOS	14.62	1.68	2.93	11.27	17.97	932
USO ANTICONCEPTIVOS ANTES	19.73	1.28	1.34	17.18	22.28	932
USANDO ESTERILIZACION FEMENINA	26.02	1.85	2.33	22.32	29.73	932
USANDO METODOS ORALES	9.12	0.94	1.38	7.24	11.00	932
POBLACION BLANCO NO CUBIERTO - TODAS	7.14	0.78	2.11	5.57	8.71	1404
POBLACION BLANCO NO CUBIERTO - UNIDAS	11.16	1.24	2.01	8.69	13.63	932
ABORTO	13.60	2.52	2.65	8.56	18.64	345
MORTINATO	0.21	0.21	1.05	-0.21	0.63	345
NACIDO VIVO	86.19	2.51	2.59	81.17	91.21	345
PARTO CESAREA	32.93	3.15	1.90	26.64	39.22	306
SANGRADO CON DESMAYO	5.81	1.93	2.88	1.95	9.67	306
POSIBLE ECLAMPSIA	3.63	1.09	1.43	1.46	5.81	306
HA TENIDO EL PAP	64.74	1.62	1.82	61.49	67.98	1087
TUVO CONTROL PRENATAL	82.32	2.23	4.09	77.86	86.78	715
TOXOIDE TETANICO	85.62	1.85	3.33	81.93	89.32	715
PARTO INSTITUCIONAL	94.14	1.00	2.19	92.14	96.15	715
FUERON AMAMANTADOS	93.90	1.19	2.96	91.51	96.28	712
LACTANCIA EXCLUSIVA	5.63	2.46	1.03	0.71	10.56	52
LACTANCIA PREDOMINANTE	5.63	2.51	1.07	0.62	10.65	52
NO LACTANDO	1.41	1.42	1.32	-1.44	4.25	52
TUVO CONTROL POSTPARTO	39.55	2.46	2.00	34.62	44.48	519
CONTROL DEL NINO SANO	63.33	3.49	4.13	56.35	70.30	519
BCG COMPLETA	97.34	0.86	2.11	95.61	99.07	494
DPT COMPLETA	90.42	1.56	1.81	87.29	93.55	435
POLIO COMPLETA	89.63	1.80	2.23	86.04	93.23	435
SARAMPION COMPLETA	88.03	2.07	2.48	83.90	92.16	412
INMUNIZACION COMPLETA	83.36	2.63	3.05	78.09	88.62	412
DIARRREA ULT. 2 SEMANAS	19.75	2.92	3.92	13.90	25.59	494
IRA ULT. 2 SEMANAS	67.67	2.82	2.64	62.03	73.30	494

CUADRO A.2
CALCULO DEL ERROR MUESTRAL. URBANO COSTA

VARIABLE	PORCENTAJE	ERROR ESTANDAR	EFFECTO DISENO	P-2EE	P+2EE	N
ACTUALMENTE EMBARAZADA	10.45	0.89	1.25	8.67	12.22	1503
QUIERE EMBARAZARSE	4.72	0.64	1.33	3.45	5.99	1503
QUIERE ESPACIAR EMBARAZOS	21.30	1.12	1.10	19.07	23.53	1503
NO QUIERE MAS HIJOS	34.87	1.57	1.60	31.73	38.00	1503
USANDO ANTICONCEPTIVOS	62.54	1.62	1.67	59.30	65.79	1503
NUNCA USO ANTICONCEPTIVOS	19.83	1.27	1.50	17.30	22.37	1503
USO ANTICONCEPTIVOS ANTES	17.63	1.23	1.54	15.17	20.08	1503
USANDO ESTERILIZACION FEMENINA	24.34	1.45	1.70	21.44	27.25	1503
USANDO METODOS ORALES	16.16	1.02	1.14	14.12	18.21	1503
POBLACION BLANCO NO CUBIERTO - TODAS	7.10	0.60	1.41	5.90	8.30	2226
POBLACION BLANCO NO CUBIERTO - UNIDAS	11.25	0.97	1.39	9.32	13.19	1503
ABORTO	7.19	1.26	1.46	4.67	9.71	637
MORTINATO	0.77	0.42	1.43	-0.07	1.62	637
NACIDO VIVO	92.03	1.32	1.45	89.40	94.67	637
PARTO CESAREA	24.89	2.70	2.21	19.49	30.28	583
SANGRADO CON DESMAYO	5.13	0.85	0.84	3.44	6.82	583
POSIBLE ECLAMPSIA	1.75	0.58	1.10	0.60	2.91	583
HA TENIDO EL PAP	55.65	1.85	2.47	51.95	59.36	1754
TUVO CONTROL PRENATAL	82.61	1.90	3.87	78.81	86.42	1302
TOXOIDE TETANICO	88.30	1.34	2.65	85.63	90.98	1302
PARTO INSTITUCIONAL	76.31	2.96	7.45	70.38	82.24	1302
FUERON AMAMANTADOS	94.08	0.81	1.80	92.46	95.70	1307
LACTANCIA EXCLUSIVA	18.42	5.54	2.48	7.34	29.50	96
LACTANCIA PREDOMINANTE	18.29	5.66	2.60	6.97	29.61	96
NO LACTANDO	8.00	2.51	1.04	2.98	13.02	96
TUVO CONTROL POSTPARTO	39.35	2.60	2.85	34.16	44.54	897
CONTROL DEL NINO SANO	71.58	2.53	3.17	66.52	76.64	897
BCG COMPLETA	96.67	0.91	2.50	94.85	98.49	866
DPT COMPLETA	87.05	1.66	2.10	83.74	90.36	781
POLIO COMPLETA	85.06	2.04	2.83	80.98	89.14	781
SARAMPION COMPLETA	87.30	1.49	1.65	84.33	90.28	744
INMUNIZACION COMPLETA	79.71	1.96	1.97	75.78	83.64	744
DIARREA ULT. 2 SEMANAS	17.13	1.95	2.60	13.23	21.03	866
IRA ULT. 2 SEMANAS	49.30	2.40	2.25	44.49	54.11	866

CUADRO A.2
CALCULO DEL ERROR MUESTRAL. RURAL COSTA

VARIABLE	PORCENTAJE	ERROR ESTANDAR	EFFECTO DISENO	P-2EE	P+2EE	N
ACTUALMENTE EMBARAZADA	12.37	1.01	1.40	10.34	14.40	1501
QUIERE EMBARAZARSE	6.39	0.81	1.62	4.77	8.01	1501
QUIERE ESPACIAR EMBARAZOS	22.54	1.32	1.47	19.90	25.17	1501
NO QUIERE MAS HIJOS	36.51	1.79	2.05	32.92	40.10	1501
USANDO ANTICONCEPTIVOS	47.34	2.37	3.33	42.60	52.09	1501
NUNCA USO ANTICONCEPTIVOS	35.13	2.36	3.60	30.41	39.84	1501
USO ANTICONCEPTIVOS ANTES	17.53	1.14	1.32	15.25	19.80	1501
USANDO ESTERILIZACION FEMENINA	16.12	1.41	2.18	13.29	18.95	1501
USANDO METODOS ORALES	16.33	1.57	2.68	13.18	19.48	1501
POBLACION BLANCO NO CUBIERTO - TODAS	11.90	0.96	2.01	9.99	13.82	2054
POBLACION BLANCO NO CUBIERTO - UNIDAS	18.47	1.41	1.94	15.65	21.29	1501
ABORTO	8.58	1.48	1.82	5.63	11.53	712
MORTINATO	0.87	0.33	0.82	0.21	1.53	712
NACIDO VIVO	90.55	1.49	1.69	87.58	93.52	712
PARTO CESAREA	11.85	1.57	1.41	8.71	14.99	657
SANGRADO CON DESMAYO	4.79	0.97	1.22	2.86	6.72	657
POSIBLE ECLAMPSIA	3.28	0.73	1.01	1.82	4.74	657
HA TENIDO EL PAP	37.34	1.96	2.72	33.42	41.27	1660
TUVO CONTROL PRENATAL	64.70	2.30	3.92	60.10	69.29	1497
TOXOIDE TETANICO	81.18	2.09	4.84	77.00	85.36	1497
PARTO INSTITUCIONAL	46.63	3.63	8.97	39.37	53.90	1497
FUERON AMAMANTADOS	94.57	0.65	1.37	93.27	95.86	1491
LACTANCIA EXCLUSIVA	29.42	4.80	1.32	19.83	39.01	101
LACTANCIA PREDOMINANTE	16.34	4.67	1.89	7.00	25.68	101
NO LACTANDO	4.78	1.99	1.03	0.81	8.75	101
TUVO CONTROL POSTPARTO	21.70	1.80	2.10	18.10	25.29	911
CONTROL DEL NINO SANO	66.25	2.52	3.14	61.22	71.29	911
BCG COMPLETA	90.99	1.51	2.90	87.97	94.01	864
DPT COMPLETA	76.79	2.40	3.01	71.98	81.60	770
POLIO COMPLETA	75.23	2.48	3.06	70.27	80.19	770
SARAMPION COMPLETA	81.10	2.12	2.56	76.85	85.34	727
INMUNIZACION COMPLETA	72.58	2.73	3.27	67.12	78.05	727
DIARREA ULT. 2 SEMANAS	16.06	1.68	2.19	12.69	19.43	864
IRA ULT. 2 SEMANAS	50.95	2.30	2.20	46.36	55.55	864

ANEXO B

CALCULO DE LOS PESOS EN LOS ESTRATOS SELECCIONADOS

ANEXO B

**CALCULO DE LOS PESOS AL NIVEL DE VIVIENDAS PARA
ENDEMAIN - 1994**

PROVINCIAS	Viviendas (censo-90)	Viviendas en Muestra	Viviendas entrevistadas	(D=A/C)	Peso (Normalizado)	Nº de viviendas (Ponderados)
	(A)	(B)	(C)			
TOTAL	2'227.011	20.000	19.613			19.613
REGION SIERRA	1'159.266	12.400	12.013			
Azuay	148.546	1.200	1.200	123.79	1.09	1.308
Bolivar-urbano	8.469	200	200	42.35	0.37	75
Bolivar-rural	34.105	800	697	48.93	0.43	300
Cañar	53.358	1.000	1.000	53.36	0.47	470
Carchi	33.174	1.000	1.000	33.17	0.29	292
Cotopaxi-urbana	16.664	280	280	59.51	0.52	147
Cotopaxi-rural	59.956	720	612	97.97	0.86	528
Chimborazo-urbana	29.761	280	578	106.29	0.94	262
Chimborazo-rural	70.229	720	1.000	121.50	1.07	618
Imbabura	65.883	1.000	1.000	65.88	0.58	580
Loja	99.772	1.000	1.200	99.77	0.88	879
Pichincha (Resto)	158.572	1.200	2.000	132.14	1.16	1.397
Quito	283.426	2.000	400	141.71	1.25	2.496
Tungurahua-urbana	38.607	400	566	96.52	0.85	340
Tungurahua-rural	58.744	600		103.79	0.91	517
REGION COSTA	1'067.745	7.600	7.600			
El Oro	96.749	1.000	1.000	96.75	0.85	852
Esmeraldas	69.504	1.000	1.000	69.50	0.61	612
Guayas (resto)	226.310	1.200	1.200	188.59	1.66	1.993
Guayaquil	343.084	2.000	2.000	171.54	1.51	3.021
Los Ríos	115.302	1.200	1.200	96.09	0.85	1.015
Manabí	216.796	1.200	1.200	180.66	1.59	1.909

ANEXO C

**CRITICA Y PROCESAMIENTO DE
LOS DATOS**

ANEXO C

PROCESAMIENTO DE DATOS

La primera etapa del procesamiento de datos se cumplió en el terreno, durante la revisión de los cuestionarios por parte de las supervisoras, quienes verificaban la consistencia de los cuestionarios.

Recibidos los cuestionarios en la oficina central, fueron organizados en archivos provinciales. Conforme a su recepción cada uno pasó por una fase de codificación y crítica manual, para luego ser digitados.

La información fue procesada mediante la utilización de Software específicos, así para la digitación, validación, verificación y chequeos de consistencia de los datos se utilizó el paquete SURVEY, diseñado por el CDC-Atlanta-USA, diseñado específicamente para el levantamiento de encuestas.

Mediante el SURVEY es factible realizar crítica informática, validación de rangos y formular relaciones de consistencia externa e interna. Una vez efectuados esos controles se obtuvo un archivo de datos depurados.

Para la fase de emisión de reportes, cruce de variables y análisis estadístico se utilizó el paquete Statistical Analysis System (SAS).

Durante los meses de Junio, Julio y Agosto de 1994 se realizó la digitación, para el efecto se integró 2 equipos de trabajo de cuatro digitadores cada uno, laborando en dos turnos de 6 horas, bajo la supervisión de un coordinador.

ANEXO D

INDICE DE NIVEL SOCIOECONOMICO

ANEXO D

INDICE SOCIOECONOMICO DE LA VIVIENDA

El índice del nivel socioeconómico de la vivienda es una variable que establece importantes diferencias en el análisis de diversos temas tratados en la encuesta. En la ENDEMAIN-94, está basado en la ponderación de doce bienes y servicios, seleccionados como representativos al interior de cada vivienda investigada.

Los bienes y servicios son: luz eléctrica, televisor, refrigerador, servicio higiénico, automóvil, teléfono, disponibilidad de cuatro o más habitaciones, abastecimiento de agua, cocina de gas o eléctrica, paredes de concreto o ladrillo, techo de concreto, teja o eternit y piso diferente de tierra.

Para cada mujer se calcula un conteo ponderado de bienes y servicios que tiene su vivienda, usando como factor de ponderación el inverso de la prevalencia de cada bien o servicio. En este cálculo se pondrá más alto a los bienes o servicios más escasos y en menor grado a aquellos más generalizados en el país.

El puntaje más alto que la entrevistada podría recibir es de 45.0 (si tiene todos los bienes y servicios) y el más bajo 0.0 (si no los tiene). El rango se agrupó en tres intervalos de aproximadamente el mismo tamaño, correspondiendo a los tres niveles en que fueron clasificadas las mujeres de acuerdo a la tenencia de bienes y servicios, estos son:

Bajo de 0.00 a 5.29 puntos

Medio de 5.30 a 13.99 puntos

Alto de 14.00 a 45.00 puntos

Para una mujer, el índice de nivel socioeconómico de la vivienda refleja un nivel relativo en comparación con las otras entrevistadas.

ANEXO E

CUESTIONARIOS



ECUADOR
ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL
(ENDEMAIN 1994)
CUESTIONARIO DEL HOGAR
IDENTIFICACION

A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA	
REGION	<input type="text"/>
PROVINCIA	<input type="text"/>
CANTON	<input type="text"/>
CIUDAD O PARROQUIA	<input type="text"/>
AREA: URBANA RURAL	1 2
B. IDENTIFICACION MUESTRAL	
CUESTIONARIO No:	
ZONA No.	<input type="text"/>
SECTOR No.	<input type="text"/>
SEGMENTO No.	<input type="text"/>
VIVIENDA No.	<input type="text"/>

DIRECCION DE LA VIVIENDA SELECCIONADA.

Calle/Camino/Carretera: _____

Recinto/Caserío/Barrio: _____ Casa/Lote No.: _____ Piso No.: _____

NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR: _____

C. RESULTADO DE VISITAS Y DE LA ENTREVISTA				
Número de la visita	1	2	3	
Código de la entrevistadora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fecha visita	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/>
Hora inicial de la entrevista	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>
Resultado (*)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
(*) Código de Resultado	Entrevista completa MEF ausente Moradores ausentes Rechazo de vivienda	1 2 3 4	Rechazo de MEF Vivienda desocupada No hay MEF Otro _____ (Especifique)	5 6 7 8

D. OBSERVACIONES:

E. DATOS DE PROCESAMIENTO			
	Código	Día	Mes
Criticado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codificado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Digitado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verificado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

I. SELECCION DE LA MUJER ENTREVISTADA

100	¿Cuántas personas (incluyendo niños) residen habitualmente en esta vivienda?	No. TOTAL DE VARONES	<input type="text"/>
		No. TOTAL DE MUJERES	<input type="text"/>
		No. TOTAL DE PERSONAS	<input type="text"/>

- LEA: *Por favor, ¿Puede decirme los nombres de cada mujer de 15 a 49 años de edad que viven habitualmente en este hogar, empezando con la de más edad?*

- SI NO HAY MEF, ANOTE 00 EN 102 Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA

- SI HAY MEF, COMPLETE ESTA HOJA ANOTANDO EN EL RENGLON UNO A LA MUJER DE MAYOR EDAD Y PROSIGA EN ORDEN DESCENDENTE

101 Linea de MEF	Nombre de la Mujer en Edad Fértil (MEF)	EDAD (Años cumplidos)	ESTADO CIVIL O CONYUGAL	NIVEL Y GRADO DE INSTRUCCION APROBADO	
				NIVEL	GRADO
UNIDA.....1	NINGUNO 0	0			
CASADA.....2	PRIMARIO 1	1 2 3 4 5 6			
VIUDA.....3	SECUNDARIO 2	1 2 3 4 5 6			
SEPARADA....4	SUPERIOR 3	1 2 3 4 5 6+			
DIVORCIADA...5	CENTRO DE ALFABETIZ.	4 1 2 3 4			
SOLTERA.....6	NO SABE 9	9			
NO SABE9					
1.				:	
2.				:	
3.				:	
4.				:	
5.				:	
6.				:	
7.				:	
8.				:	
102	¿Entonces, en esta casa viven en total mujeres de 15 a 49 años de edad?		No. DE MEF	<input type="text"/>	
			SI ES 00 PONER CODIGO 7 EN RESULTADO Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA		

CUADRO PARA SELECCION DE LA MEF A ENTREVISTAR

ULTIMO DIGITO DEL NUMERO DEL CUESTIONARIO	NUMERO DE MEF EN LA VIVIENDA							
	1	2	3	4	5	6	7	8
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

NOMBRE DE LA MEF SELECCIONADA _____

No. DE LINEA DE LA MEF SELECCIONADA



ECUADOR
ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL
(ENDEMAIN 1994)

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

I. IDENTIFICACION

IDENTIFICACION GEOGRAFICA Y MUESTRAL	
CUESTIONARIO No.:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
LINEA MEF No.:	<input type="text"/>
PROVINCIA:	<input type="text"/> <input type="text"/>
CANTON:	<input type="text"/> <input type="text"/>
CIUDAD O PARROQUIA:	<input type="text"/> <input type="text"/>
ZONA No.:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
SECTOR No.:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
SEGMENTO No.:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
VIVIENDA No.:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

DIRECCION DE LA VIVIENDA SELECCIONADA.

Calle/Camino/Carretera: _____

Recinto/Caserío/Barrio: _____ Casa/Lote No.: _____ Piso No.: _____

NOMBRE DE LA MUJER ENTREVISTADA: _____

OBSERVACIONES:

II. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA	
200	Por favor dígame, ¿En qué mes y año nació Ud.?	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> NO RECUERDA 98		
201	Entonces, ¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños?	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> NO RECUERDA 98		
<p>SUME AÑO EN 200 Y EDAD EN 201, Y ANOTE EL TOTAL _____ SI LA MUJER YA CUMPLIO AÑOS, EN ESTE AÑO, EL TOTAL TIENE QUE SER 94. SI LA MUJER TODAVIA NO HA CUMPLIDO AÑOS, EL TOTAL TIENE QUE SER 93.</p> <p>SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO ESTA ENTRE 15 Y 49 AÑOS <u>TERMINE LA ENTREVISTA Y SELECCIONE OTRA MUJER</u></p>				
202	¿En qué idioma se comunica Ud. <u>habitualmente</u> con sus familiares o amigos?	QUICHUA..... 1 ESPAÑOL 2 LENGUA EXTRANJERA..... 3 OTRO IDIOMA NATIVO 4 (Especifique)		
203	ENTREVISTADORA: ANOTE EL IDIOMA QUE UTILIZARA PARA CONDUCIR LA ENTREVISTA	QUICHUA..... 1 ESPAÑOL 2		
204	¿En dónde vivía Ud. a inicios de 1989 (hace 5 años)?	AQUI 1 EN OTRO LUGAR DEL PAIS 2 EN EL EXTRANJERO 3	-> 207 -> 207	
205	¿Cuál era la provincia de su residencia hace cinco años?	AZUAY..... 1 BOLIVAR 2 CAÑAR 3 CARCHI..... 4 COTOPAXI..... 5 CHIMBORAZO 6 EL ORO 7 ESMERALDAS 8 GUAYAS..... 9 IMBABURA..... 10 LOJA..... 11	LOS RIOS 12 MANABI 13 MORONA STGO.... 14 NAPO 15 PASTAZA 16 PICHINCHA..... 17 TUNGURAHUA 18 ZAMORA CHIN. 19 GALAPAGOS..... 20 SUCUMBIOS..... 21 NS/NR 98	-> 207
206	¿El lugar donde vivía hace cinco años, era una capital provincial, cabecera cantonal, cabecera parroquial u otro lugar?	CAPITAL PROVINCIAL 1 CABECERA CANTONAL 2 CABECERA PARROQUIAL 3 OTRO LUGAR 4 NO SABE/NO RECUERDA 9		

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA																		
207	¿Cuál fue el grado más alto que Ud. aprobó y en qué nivel de estudios?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>NIVEL</th> <th>GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NINGUNO</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>PRIMARIO</td> <td>1</td> <td>1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIO</td> <td>2</td> <td>1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR</td> <td>3</td> <td>1 2 3 4 5 6+</td> </tr> <tr> <td>CENTRO DE ALFABETIZACION</td> <td>4</td> <td>1 2 3 4</td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL	GRADO	NINGUNO	0	0	PRIMARIO	1	1 2 3 4 5 6	SECUNDARIO	2	1 2 3 4 5 6	SUPERIOR	3	1 2 3 4 5 6+	CENTRO DE ALFABETIZACION	4	1 2 3 4	
	NIVEL	GRADO																			
NINGUNO	0	0																			
PRIMARIO	1	1 2 3 4 5 6																			
SECUNDARIO	2	1 2 3 4 5 6																			
SUPERIOR	3	1 2 3 4 5 6+																			
CENTRO DE ALFABETIZACION	4	1 2 3 4																			
208	¿Es Ud. afiliada o beneficiaria del Seguro Social o Seguro Social Campesino?	<p>AFILIADA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IESS 1 - SSC 2 <p>BENEFICIARIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IESS 3 - SSC 4 <p>NO AFILIADA/BENEFICIARIA..... 5</p>																			
209	¿Tiene Ud. acceso a algún plan de Seguro Privado de Salud (que no sea Seguro Social)?	<p>SI..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>																			
210	¿Trabaja Ud. actualmente por dinero u otra forma de pago, aunque sea en forma ocasional o ayudando sin remuneración en un negocio propio o de un familiar?	<p>SI..... 1</p> <p>NO 2----> 300</p>																			
211	¿Trabaja fuera o dentro del hogar?	<p>FUERA DEL HOGAR 1</p> <p>DENTRO DEL HOGAR 2</p>																			

III. HISTORIA DE NACIMIENTOS

LEA A LA ENTREVISTADA:

Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y partos que Ud. haya tenido durante toda su vida, hasta la fecha.

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
300	¿Actualmente está Ud. embarazada?	SI.....1 NO2 NO SABE9	1 → 303
301	En este embarazo, ¿Quería Ud. quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo o no quería el embarazo?	QUERIA ENTONCES.....1---- ESPERAR MAS TIEMPO2 NO QUERIA3----	→ 304 → 304
302	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES1 <input type="checkbox"/> AÑOS2 <input type="checkbox"/> NO SABE9 <input type="checkbox"/> 98----	1 → 304
303	¿Ha estado Ud. embarazada alguna vez?	SI.....1---- NO2----	→ 306 → 500
304	¿Cuántos meses de embarazo tiene Ud.?	MESES <input type="checkbox"/>	
305	¿Es su primer embarazo?	SI.....1---- NO2	→ 500
306	Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con Ud.?	A. HIJOS EN CASA <input type="checkbox"/> B. HIJAS EN CASA <input type="checkbox"/> C. TOTAL HIJOS EN CASA <input type="checkbox"/> (SI NO TIENE ANOTE 00)	
307	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos no viven con Ud.?	A. HIJOS FUERA DE CASA <input type="checkbox"/> B. HIJAS FUERA DE CASA <input type="checkbox"/> C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA <input type="checkbox"/> (SI NO TIENE ANOTE 00)	
308	¿Tuvo Ud. hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido poco tiempo?	SI.....1 NO2----	→ 310
309	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos han muerto?	A. HIJOS QUE MURIERON <input type="checkbox"/> B. HIJAS QUE MURIERON <input type="checkbox"/> C. TOTAL HIJOS QUE MURIERON <input type="checkbox"/> (SI NO TIENE ANOTE 00)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
310	¿Tuvo algún hijo o hija que nació muerto después de completar el sexto mes de embarazo (mortinato)?	SI.....1 NO.....2----	-> 313
311	¿Cuántos de sus embarazos terminaron en hijos que nacieron muertos?	N1 DE HIJOS QUE NACIERON MUERTOS (MORTINATOS) <input type="checkbox"/>	
312	¿Presentó el(los) niño(s) algunos signos de vida, por ejemplo, respiró o lloró?	SI.....1 NO.....2	
SI LA RESPUESTA ES SI, CORRIJA LAS PREGUNTAS 308, 309, 310 Y 311. EXPLIQUE A LA MUJER: Para nuestro estudio, queremos incluir este(os) niño(s) como nacido(s) vivo(s).			
313	Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de cumplir su sexto mes, ¿Ha perdido Ud. alguno antes de completar su sexto mes (abortos)?	SI.....1 NO.....2----	-> 315
314	¿Cuántas pérdidas (abortos) ha tenido Ud. antes de completar el sexto mes de embarazo?	N1 DE PERDIDAS <input type="checkbox"/>	
315	ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 300, 306C, 307C, 309C, 311 Y 314 PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTEN CORRECTOS, PREGUNTE: ¿Ud. ha tenido en total embarazos? SI EL TOTAL COINCIDE CON EL NUMERO DE EMBARAZOS, CONTINUE CON 316. SI NO COINCIDE Y ESTO NO SE DEBE A "PARTOS MULTIPLES" INDAGUE, CORRIJA Y CONTINUE	300. ACTUALMENTE EMBARAZADA (SI NO ESTA EMBARAZADA MARQUE 0 AQUI) <input type="checkbox"/> 306C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA <input type="checkbox"/> 307C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA <input type="checkbox"/> 309C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON <input type="checkbox"/> 311. MORTINATOS <input type="checkbox"/> 314. PERDIDAS <input type="checkbox"/> SUMA TOTAL <input type="checkbox"/> NUMERO DE PARTOS MULTIPLES <input type="checkbox"/>	
316	ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 306C, 307C Y 309C PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTEN CORRECTOS, PREGUNTE: ¿Ud. ha tenido en total hijos nacidos vivos? SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> SI ES 00 PASE A 500	306C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA <input type="checkbox"/> 307C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA <input type="checkbox"/> 309C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON <input type="checkbox"/>	

**Ahora quisiera hacer una lista de los hijos e hijas nacidos vivos que Ud. ha tenido, estén vivos o hayan muerto.
Empecemos por el menor.**

- ANOTE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA PRIMERA COLUMNA, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 1 Y CONTINUE EN ORDEN DE NACIMIENTOS (DE MENOR A MAYOR)
- LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MULTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGISTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE
- EN COLUMNA f., ANOTE DIAS SI LA EDAD ES < DE 1 MES; ANOTE MESES SI LA EDAD ES > O = 1 MES Y < 2 AÑOS; ANOTE AÑOS SI LA EDAD ES > O = 2 AÑOS

317 ¿Qué nombre le puso?	a. ¿Hombre o mujer?	b. ¿En qué fecha nació?	c. ¿Está vivo (a)?	d. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? ANOTE "00" SI ES MENOS DE 1 AÑO	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?
01. ----- ULTIMO NACIDO VIVO	HOMBRE1 MUJER2	DIA └─ MES └─ AÑO └─	SI.....1--> NO.....2----v Pasa a col. e	└─ PASE A SIG. NIÑO	MES..... └─ AÑO..... └─	DIAS.....1 └─ MESES.....2 └─ AÑOS.....3 └─
02. ----- PENULTIMO	HOMBRE1 MUJER2	DIA └─ MES └─ AÑO └─	SI.....1--> NO.....2----v Pasa a col. e	└─ PASE A SIG. NIÑO	MES..... └─ AÑO..... └─	DIAS.....1 └─ MESES.....2 └─ AÑOS.....3 └─
03. ----- ANTEPENULTIMO	HOMBRE1 MUJER2	DIA └─ MES └─ AÑO └─	SI.....1--> NO.....2----v Pasa a col. e	└─ PASE A SIG. NIÑO	MES..... └─ AÑO..... └─	DIAS.....1 └─ MESES.....2 └─ AÑOS.....3 └─
04. ----- CUARTO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER2	DIA └─ MES └─ AÑO └─	SI.....1--> NO.....2----v Pasa a col. e	└─ PASE A SIG. NIÑO	MES..... └─ AÑO..... └─	DIAS.....1 └─ MESES.....2 └─ AÑOS.....3 └─
05. ----- QUINTO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER2	DIA └─ MES └─ AÑO └─	SI.....1--> NO.....2----v Pasa a col. e	└─ PASE A SIG. NIÑO	MES..... └─ AÑO..... └─	DIAS.....1 └─ MESES.....2 └─ AÑOS.....3 └─
06. ----- SEXTO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER2	DIA └─ MES └─ AÑO └─	SI.....1--> NO.....2----v Pasa a col. e	└─ PASE A SIG. NIÑO	MES..... └─ AÑO..... └─	DIAS.....1 └─ MESES.....2 └─ AÑOS.....3 └─
07. ----- SEPTIMO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER2	DIA └─ MES └─ AÑO └─	SI.....1--> NO.....2----v Pasa a col. e	└─ PASE A SIG. NIÑO	MES..... └─ AÑO..... └─	DIAS.....1 └─ MESES.....2 └─ AÑOS.....3 └─
08. ----- OCTAVO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER2	DIA └─ MES └─ AÑO └─	SI.....1--> NO.....2----v Pasa a col. e	└─ PASE A SIG. NIÑO	MES..... └─ AÑO..... └─	DIAS.....1 └─ MESES.....2 └─ AÑOS.....3 └─

317 ¿Qué nombre le puso?	a. ¿Hombre o mujer?	b. ¿En qué fecha nació?	c. ¿Está vivo (a)?	d. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? ANOTE "00" SI ES MENOS DE 1 AÑO	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?
09. ----- NOVENO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER2	DIA MES AÑO	SI 1--> NO 2--> v Pasa a col. e	 PASE A SIG. NIÑO	MES AÑO	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3
10. ----- DECIMO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER2	DIA MES AÑO	SI 1--> NO 2--> v Pasa a col. e	 PASE A SIG. NIÑO	MES AÑO	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3
11. ----- ONCEAVO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER2	DIA MES AÑO	SI 1--> NO 2--> v Pasa a col. e	 PASE A SIG. NIÑO	MES AÑO	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3
12. ----- DOCEAVO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER2	DIA MES AÑO	SI 1--> NO 2--> v Pasa a col. e	 PASE A SIG. NIÑO	MES AÑO	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3
13. ----- TRECEAVO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER2	DIA MES AÑO	SI 1--> NO 2--> v Pasa a col. e	 PASE A SIG. NIÑO	MES AÑO	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3
14. ----- CATORCEAVO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER2	DIA MES AÑO	SI 1--> NO 2--> v Pasa a col. e	 PASE A SIG. NIÑO	MES AÑO	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3
15. ----- QUINCEAVO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER2	DIA MES AÑO	SI 1--> NO 2--> v Pasa a col. e	 PASE A SIG. NIÑO	MES AÑO	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3
16. ----- DIECISEISAVO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER2	DIA MES AÑO	SI 1--> NO 2--> v Pasa a col. e	 PASE A 400	MES AÑO	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3

IV. SALUD EN LA NIÑEZ

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
400	VEA EN 317 b. SI EL ULTIMO NACIDO VIVO OCURRIO A PARTIR DE ENERO DE 1989	ANTES DE ENERO DE 1989 1---- A PARTIR DE ENERO DE 1989..... 2	→ 500
401	ENTREVISTADORA: ANOTE EL NOMBRE DEL ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE: _____		
402	¿Durante el parto de (NOMBRE) o después del parto, fue operada para no tener más hijos?	SI, DURANTE EL PARTO..... 1 SI, DESPUES DEL PARTO..... 2 NO 3	
403	¿Le dió el seno a (NOMBRE) ?	SI..... 1---- NO 2	→ 405
404 (*)	¿Porqué no le dió el seno a (NOMBRE) ?	MADRE NO QUERIA..... 1 NIÑO MURIÓ 2---- NIÑO SE ENFERMO 3 NO TENIA LECHE 4 LA MADRE ENFERMO 5 PEZON INVERTIDO O LESIONES 6 OTRO 7 (Especifique)	→ 415

PASE A 413

405	¿A qué tiempo después de nacer (NOMBRE) empezó a darle el seno?	MINUTOS..... 1 <input type="checkbox"/> HORAS..... 2 <input type="checkbox"/> DIAS 3 <input type="checkbox"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
406	VEA EN 317 c. SI (NOMBRE) SE MURIÓ	VIVO 1 MUERTO..... 2----	→ 408
407	¿Está dándole el seno actualmente?	SI..... 1---- NO 2	→ 410

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
408 (*)	¿Porqué dejó de darle el seno?	NIÑO SE ENFERMO DE DIARREA.....1 NIÑO SE ENFERMO POR OTRA CAUSA.....2 NIÑO FALLECIO.....3 NIÑO NO QUERIA.....4 POCA LECHE5 SALIA A TRABAJAR/ESTUDIAR.....6 ERA INCONVENIENTE.....7 LA MADRE ENFERMO.....8 SEÑOS DOLOROSOS9 FIN DEL DESTETE.....10 QUEDO EMBARAZADA.....11 EMPEZO A UTILIZAR PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS12 OTRA13 (Especifique)	
409	¿Hasta qué edad le dió el seno a (NOMBRE)?	DIAS DE EDAD1 <input type="checkbox"/> MESES DE EDAD2 <input type="checkbox"/>	
ENTREVISTADORA: VEA 406 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO		VIVO1---- MUERTO2----	->413 ->415
410	Durante las últimas 24 horas y durante el dia, ¿Cuál fue el <u>mayor intervalo</u> de tiempo (en horas) entre lactadas de (NOMBRE)?	N1DE HORAS..... <input type="checkbox"/>	
411	¿Extrae su leche para darle a (NOMBRE)?	SI.....1 NO2	
412	¿Se separa de su hijo más de 6 horas?	SIEMPRE1 CASI SIEMPRE2 RARA VEZ3 NUNCA.....4	
413	Durante las últimas 24 horas, ¿Cuántas veces le dió a (NOMBRE) algo de lo siguiente? LEALE UNA A UNA	No. DE VECES a. AGUA <input type="checkbox"/> b. LECHE DE VACA <input type="checkbox"/> c. LECHE DE TARRO <input type="checkbox"/> d. OTROS LIQUIDOS, JUGOS <input type="checkbox"/> e. COMIDA SOLIDA O ESPESA <input type="checkbox"/>	
414 (*)	Durante las últimas 24 horas, ¿Cómo alimentó a (NOMBRE)?	BIBERON1 CUCHARITA.....2 GOTERO.....3 SENO MATERNO4	
415	¿Ha recibido consejos sobre los beneficios de la lactancia materna?	SI.....1 NO2----	-> 417
416	¿Quién le ha dado esos consejos?	FAMILIARES1 AMIGAS/VECINAS.....2 PERSONAL DE SALUD3 MEDIOS DE COMUNICACION4	
417	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió su regla?	MESES <input type="checkbox"/> EN EL MISMO MES 00 NO LE HA VUELTO AUN.....97	
418	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	MESES <input type="checkbox"/> EN EL MISMO MES 00 NO HA VUELTO A TENER97	
419	VEA 317 b. CUANTOS HIJOS NACIERON VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1989	<input type="checkbox"/>	

VEA 317 Y ANOTE EN PREGUNTAS 420 Y 421 EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1989,
AUNQUE NO ESTEN ACTUALMENTE VIVOS

PREGUNTAS	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
420 NOMBRE (VEA 317, COL. b.)					
421 ESTA VIVO (VEA 317, COL. c.)	SI 1 NO 2				
422 En la época en la que quedó embarazada de(NOMBRE), ¿Quería Ud.tener ese hijo entonces, quería esperar más tiempo, o no quería más hijos?	QUERIA ENTONCES 1-->424 QUERIA ESPERAR 2 NO QUERIA MAS HIJOS 3-->424	QUERIA ENTONCES 1-->424 QUERIA ESPERAR 2 NO QUERIA MAS HIJOS 3-->424	QUERIA ENTONCES 1-->424 QUERIA ESPERAR 2 NO QUERIA MAS HIJOS 3-->424	QUERIA ENTONCES 1-->424 QUERIA ESPERAR 2 NO QUERIA MAS HIJOS 3-->424	QUERIA ENTONCES 1-->424 QUERIA ESPERAR 2 NO QUERIA MAS HIJOS 3-->424
423 ¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES 1 AÑOS 2 NO SABE 9 98				
424 ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (NOMBRE)?	SI 1 NO 2-->429				
425 ¿Dónde se hizo el control? HOSPITAL/MATERNIDAD MSP 1 CENTROS DE SALUD/SIMILARES MSP 2 HOSPITAL/CLIN./DISP. DEL IEES 3 SEGURO SOCIAL CAMPESINO 4 HOSPITAL FF.AA. O POLICIA 5 JUNTA DE BENEFICENCIA 6 PATRONATO SAN JOSE 7 APROFE 8 CEMOPLAF 9 COF 10 CLINICA/MEDICO PRIVADO 11 PARTERA 12 OTRO 13 NO SABE/NO RESPONDE 98	Código]> 427				
426 ¿Cuál es el nombre del establecimiento y del lugar donde se hizo el control?	NOMBRE LUGAR NS/NR 98				
427 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	MESES └				
428 ¿En total, cuántos controles tuvo?	N1 DE CONTROLES └				
429 Durante este embarazo, ¿Le vacunaron a Ud. contra el tétano (para proteger al niño de convulsiones después de nacer)?	SI 1 NO 2 NR 9				

430 ¿En qué lugar tuvo el parto de (NOMBRE)? HOSPITAL/MATERNIDAD MSP1 CENTROS DE SALUD/SIMILARES MSP2 HOSPITAL/CLIN./DISP. DEL IEES.....3 SEGURO SOCIAL CAMPESINO.....4 HOSPITAL FF.AA. O POLICIA.....5 JUNTA DE BENEFICENCIA.....6 PATRONATO SAN JOSE7 CLINICA/MEDICO PRIVADO8 EN CASA CON PARTERA CAPACITADA9 EN CASA CON PARTERA NO CAPACITADA10 EN CASA CON FAMILIARES11 PARTO SOLA12 OTRO.....13 NO SABE/NO RECUERDA.....98	_____ Código → 432				
430A ¿Qué profesional le atendió? MEDICO1 OBSTETRIZ2 ENFERMERA.....3 AUX.ENFERMERIA4 OTRO.....5 NO SABE9	MEDICO1 OBSTETRIZ2 ENFERMERA.....3 AUX.ENFERMERIA4 OTRO.....5 NO SABE9	MEDICO1 OBSTETRIZ2 ENFERMERA.....3 AUX.ENFERMERIA4 OTRO.....5 NO SABE9	MEDICO1 OBSTETRIZ2 ENFERMERA.....3 AUX.ENFERMERIA4 OTRO.....5 NO SABE9	MEDICO1 OBSTETRIZ2 ENFERMERA.....3 AUX.ENFERMERIA4 OTRO.....5 NO SABE9	MEDICO1 OBSTETRIZ2 ENFERMERA.....3 AUX.ENFERMERIA4 OTRO.....5 NO SABE9
431 ¿Cuál es el nombre del establecimiento y del lugar donde tuvo su último parto? NOMBRE LUGAR NS/NR98	_____	_____	_____	_____	_____
432 ¿El parto de (NOMBRE) fue vaginal (normal) o por cesárea? VAGINAL1 CESAREA.....2	VAGINAL1 CESAREA.....2	VAGINAL1 CESAREA.....2	VAGINAL1 CESAREA.....2	VAGINAL1 CESAREA.....2	VAGINAL1 CESAREA.....2
433 ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue a los 9 meses o antes de tiempo (prematuro, sitemesino)? A TIEMPO1-> 435 PREMATURO.....2 NO SABE9-> 435	A TIEMPO1-> 435 PREMATURO.....2 NO SABE9-> 435	A TIEMPO1-> 435 PREMATURO.....2 NO SABE9-> 435	A TIEMPO1-> 435 PREMATURO.....2 NO SABE9-> 435	A TIEMPO1-> 435 PREMATURO.....2 NO SABE9-> 435	A TIEMPO1-> 435 PREMATURO.....2 NO SABE9-> 435
434 ¿Cuántas semanas antes de lo esperado nació (NOMBRE)? SEMANAS NO RECUERDA.....98	SEMANAS NO RECUERDA.....98	SEMANAS NO RECUERDA.....98	SEMANAS NO RECUERDA.....98	SEMANAS NO RECUERDA.....98	SEMANAS NO RECUERDA.....98
435 ¿Le pesaron a (NOMBRE) en el momento de nacer o en los primeros 7 días? SI.....1 NO.....2-> 437	SI1 NO2-> 437	SI1 NO2-> 437	SI1 NO2-> 437	SI1 NO2-> 437	SI1 NO2-> 437
436 ¿Cuánto pesó (NOMBRE)? (lbs.) (onz.) NS.. 98	_____ . _____ → PASE A 437 (lbs.) (onz.) NS.. 98	_____ . _____ → PASE A 437 (lbs.) (onz.) NS.. 98	_____ . _____ → PASE A 437 (lbs.) (onz.) NS.. 98	_____ . _____ → PASE A 437 (lbs.) (onz.) NS.. 98	_____ . _____ → PASE A 437 (lbs.) (onz.) NS.. 98
436A ¿Pesó menos de 5.5 libras? SI1 NO.....2	SI1 NO.....2	SI1 NO.....2	SI1 NO.....2	SI1 NO.....2	SI1 NO.....2
437 En comparación con otros niños recién nacidos, ¿Cómo considera que era el tamaño de (NOMBRE) cuando nació: era muy pequeño, pequeño, mediano o grande? MUY PEQUEÑO1 PEQUEÑO.....2 NORMAL O GRANDE.....3 NO SABE9	MUY PEQUEÑO1 PEQUEÑO.....2 NORMAL O GRANDE.....3 NO SABE9	MUY PEQUEÑO1 PEQUEÑO.....2 NORMAL O GRANDE.....3 NO SABE9	MUY PEQUEÑO1 PEQUEÑO.....2 NORMAL O GRANDE.....3 NO SABE9	MUY PEQUEÑO1 PEQUEÑO.....2 NORMAL O GRANDE.....3 NO SABE9	MUY PEQUEÑO1 PEQUEÑO.....2 NORMAL O GRANDE.....3 NO SABE9
438 ¿Le dió seno a (NOMBRE)? SI1 NO.....2->440	SI1 NO.....2->440	SI1 NO.....2->440	SI1 NO.....2->440	SI1 NO.....2->440	SI1 NO.....2->440
439 ¿Hasta qué edad le dió el seno a (NOMBRE)? DIAS1 _____ MESES2 _____	DIAS1 _____ MESES2 _____	DIAS1 _____ MESES2 _____	DIAS1 _____ MESES2 _____	DIAS1 _____ MESES2 _____	DIAS1 _____ MESES2 _____

**ENTREVISTADORA: REGISTRE TODOS LOS NIÑOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1989
EN ORDEN DE MENOR A MAYOR SEGUN DATOS DE PREGUNTAS 420 Y 421**

<u>ORDEN</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>ESTA VIVO</u>
		SI NO
ULTIMO	1 _____	1 2
PENULTIMO	2 _____	1 2
TERCERO ANTERIOR	3 _____	1 2
CUARTO ANTERIOR	4 _____	1 2
QUINTO ANTERIOR	5 _____	1 2

CUADRO PARA SELECCION DEL NIÑO A INVESTIGAR					
PENULTIMO DIGITO DEL NUMERO DEL CUESTIONARIO	NUMERO DE NIÑOS LISTADOS				
	1	2	3	4	5
0	1	2	2	4	3
1	1	1	3	1	4
2	1	2	1	2	5
3	1	1	2	3	1
4	1	2	3	4	2
5	1	1	1	1	3
6	1	2	2	2	4
7	1	1	3	3	5
8	1	2	1	4	1
9	1	1	2	1	2

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
440	A. NUMERO DEL NIÑO SELECCIONADO: B. NOMBRE DEL NIÑO SELECCIONADO: C. ¿ESTA VIVO? SI.....1 NO.....2	└─	
441	Hablando de (NOMBRE), ¿Tuvo Ud. algún control después del parto?	SI.....1 NO2----	-> 445
442	¿Cuánto tiempo después del parto de (NOMBRE) tuvo Ud. su primer control?	DIAS1 ┌─┐ SEMANAS.....2 ┌─┐ MESES3 ┌─┐	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
443	¿Dónde tuvo ese control?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTO DEL IESS..... 2 HOSPITAL FF.AA. O POLICIA. 3 JUNTA DE BENEFICENCIA 4 PATRONATO SAN JOSE 5 APROFE..... 6 CEMOPLAF..... 7 COF 8 CLINICA/MEDICO PRIVADO 9--- PARTERA 10--- OTRO _____ 11--- (Especifique) NO RECUERDA 98---	-> 445
444	¿Cuál es el nombre del establecimiento y del lugar donde se hizo el control?	NOMBRE: _____ LUGAR: _____ NO RECUERDA 98	
445	¿Después de que nació (NOMBRE), le llevó para control médico?	SI..... 1 NO 2---	-> 450
446	¿A qué tiempo después de nacido (NOMBRE), le llevó al control por primera vez?	DIAS 1 SEMANAS..... 2 MESES 3	
447	¿Le llevó porque estaba enfermo o para un control de niño sano?	ESTABA ENFERMO..... 1 PARA CONTROL NIÑO SANO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA 9	
448	¿A dónde le llevó al control?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTO DEL IESS..... 2 HOSPITAL FF.AA. O POLICIA. 3 JUNTA DE BENEFICENCIA 4 PATRONATO SAN JOSE 5 CLINICA/MEDICO PRIVADO 9--- PARTERA 10--- OTRO _____ 11--- (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA 98---	-> 450
449	¿Cuál es el nombre de la institución y del lugar donde le llevó al control?	NOMBRE: _____ LUGAR: _____ NO RECUERDA 98	
450	VEA 440C: ¿ESTA VIVO (NOMBRE)?	SI..... 1 NO 2---	-> 500
451	¿Vive (NOMBRE) con Ud. actualmente?	SI..... 1 NO 2---	-> 500

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
452	¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en las últimas dos semanas (INCLUYENDO ESTE DIA)?	SI..... 1 NO 2 NO SABE 9	J-> 463
453	¿Cuántos días le duró la diarrea?	DIAS ┌─┐ MENOS DE UN DIA..... 00	
454	¿Todavía tiene diarrea?	SI..... 1 NO 2 NO SABE 9	
455	¿Cuántos asientos líquidos hacía en un período de 24 horas?	No. DE ASIENTOS ┌─┐ NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
456	Durante la diarrea, ¿Ha tenido (NOMBRE) alguno de estos síntomas o dolencias?: LEALE UNO A UNO	SI NO NS/NR a. MOCO Y/O SANGRE..... 1 2 9 b. PIEL RESECA Y/O ARRUGADA..... 1 2 9 c. OJOS HUNDIDOS Y SIN LAGRIMAS..... 1 2 9 d. MOLLERA HUNDIDA (< 1 año)..... 1 2 9 e. LABIOS SECOS..... 1 2 9 f. VOMITOS 1 2 9	
457	¿Hizo Ud. algo para aliviarle?	SI..... 1 NO 2	-> 459
458	¿Qué tratamiento recibió el niño? NO LEA, PERO INDAGUE:	SI NO NS/NR a. ANTIBIOTICOS 1 2 9 b. ANTIDIARREICOS 1 2 9 c. REMEDIOS CASEROS 1 2 9 d. AGUITAS CASERAS 1 2 9 e. SUERO ORAL 1 2 9 f. MEDICINA TRADICIONAL 1 2 9 g. TRATAMIENTO ENDOVENOSO(Sueros) 1 2 9 h. HOSPITALIZACION MAS DE 24 HORAS 1 2 9 i. OTROS TRATAMIENTOS 1 2 9	-> 460
459	¿Porqué no hizo nada para aliviarle?	NO LO CONSIDERO NECESARIO 1 DEMASIADO LEJOS 2 SERVICIOS MALOS 3 POR DESCUIDO 4 FALTA DE DINERO 5 DEMASIADO OCUPADA 6 FALTA DE TRANSPORTE 7 NADIE PODIA CUIDAR LOS NIÑOS 8 MARIDO/PARENTES NO LE PERMITIERON 9 OTRO 10 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA 98	
460	¿Le atendió (vió) un médico o enfermera?	SI..... 1 NO 2	
461	Durante la diarrea, ¿Le dió de tomar más líquidos, menos líquidos, o la misma cantidad que le da normalmente?	MAS LIQUIDOS 1 MENOS LIQUIDOS 2 MISMA CANTIDAD 3 NO SABE/NO RECUERDA 9	
462	Durante la diarrea ¿Le aumentó, le disminuyó o le mantuvo igual la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da?	AUMENTO 1 DISMINUYO 2 MANTUVO IGUAL 3 TODAVIA NO COME 4 NO SABE/NO RECUERDA 9	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA																																																
463	<p>¿En las últimas dos semanas ha tenido (NOMBRE) alguno de estos síntomas o dolencias?:</p> <p>LEALE UNA A UNA</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. NARIZ TAPADA/MOCO LIQUIDO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>b. TOS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>c. FIEBRE O CALENTURA ALTA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>d. DOLOR DE GARGANTA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>e. RONQUERA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>f. DIFICULTAD PARA TRAGAR O ALIMENTARSE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>g. DOLOR DE OIDOS O SECRESIONES DEL OIDO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>h. RESPIRACION RAPIDA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>i. RESPIRACION DIFICIL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>j. PECHO HUNDIDO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>k. LABIOS AZULES O MORADOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS/NR	a. NARIZ TAPADA/MOCO LIQUIDO	1	2	9	b. TOS	1	2	9	c. FIEBRE O CALENTURA ALTA	1	2	9	d. DOLOR DE GARGANTA.....	1	2	9	e. RONQUERA	1	2	9	f. DIFICULTAD PARA TRAGAR O ALIMENTARSE	1	2	9	g. DOLOR DE OIDOS O SECRESIONES DEL OIDO	1	2	9	h. RESPIRACION RAPIDA.....	1	2	9	i. RESPIRACION DIFICIL.....	1	2	9	j. PECHO HUNDIDO.....	1	2	9	k. LABIOS AZULES O MORADOS.....	1	2	9	
	SI	NO	NS/NR																																																
a. NARIZ TAPADA/MOCO LIQUIDO	1	2	9																																																
b. TOS	1	2	9																																																
c. FIEBRE O CALENTURA ALTA	1	2	9																																																
d. DOLOR DE GARGANTA.....	1	2	9																																																
e. RONQUERA	1	2	9																																																
f. DIFICULTAD PARA TRAGAR O ALIMENTARSE	1	2	9																																																
g. DOLOR DE OIDOS O SECRESIONES DEL OIDO	1	2	9																																																
h. RESPIRACION RAPIDA.....	1	2	9																																																
i. RESPIRACION DIFICIL.....	1	2	9																																																
j. PECHO HUNDIDO.....	1	2	9																																																
k. LABIOS AZULES O MORADOS.....	1	2	9																																																

**SI TODAS LAS RESPUESTAS EN PREGUNTA 463 TIENEN CODIGO 2 ó 9,
PASE A PREGUNTA 470**

464	¿Cuántos días estuvo enfermo?	No. DE DIAS MENOS DE UN DIA..... MAS DE UN MES	□ □ 00 33 98																													
465	¿Todavía tiene alguno de estos síntomas?	SI..... NO	1 2																													
466	¿Hizo algo para aliviarle?	SI..... NO	1 2	-> 468																												
467	<p>¿Qué tratamiento recibió el niño? :</p> <p>LEALE UNA A UNA</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. ANTIBIOTICOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>b. ASPIRINA/ANTIFEBRILES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>c. ANTIGRIPALES/EXPECT./. MUCOLITOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>d. REMEDIOS CASEROS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>e. LE HOSPITALIZARON</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>f. OTRO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Especifique)</p>		SI	NO	NS/NR	a. ANTIBIOTICOS.....	1	2	9	b. ASPIRINA/ANTIFEBRILES	1	2	9	c. ANTIGRIPALES/EXPECT./. MUCOLITOS.....	1	2	9	d. REMEDIOS CASEROS	1	2	9	e. LE HOSPITALIZARON	1	2	9	f. OTRO	1	2	9		→ 469
	SI	NO	NS/NR																													
a. ANTIBIOTICOS.....	1	2	9																													
b. ASPIRINA/ANTIFEBRILES	1	2	9																													
c. ANTIGRIPALES/EXPECT./. MUCOLITOS.....	1	2	9																													
d. REMEDIOS CASEROS	1	2	9																													
e. LE HOSPITALIZARON	1	2	9																													
f. OTRO	1	2	9																													
468	¿Porqué no hizo nada para aliviarle?	<p>NO LO CONSIDERO NECESARIO..... DEMASIADO LEJOS</p> <p>SERVICIOS MALOS</p> <p>POR DESCUIDO</p> <p>FALTA DE DINERO.....</p> <p>DEMASIADO OCUPADA</p> <p>FALTA DE TRANSPORTE</p> <p>NADIE PODIA CUIDAR LOS NIÑOS.....</p> <p>MARIDO/PARENTES NO LE PERMITIERON.....</p> <p>OTRO</p> <p>(Especifique)</p> <p>NO SABE/NO RECUERDA.....</p>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 98																													
469	¿Le atendió (vió) un médico o enfermera?	SI..... NO	1 2																													

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
470	¿Tiene Ud. el "Carnet de Salud Infantil" de (NOMBRE) ?	SI.....1 NO.....2 SI LE ENTREGARON PERO SE HA PERDIDO.....3	↓ ↓> 473
471	ENTREVISTADORA: REVISE EL CARNET Y ANOTE LA INFORMACION QUE APARECE EN LA PAGINA RESPECTO A "ANTROPOMETRIA AL NACIMIENTO" SI NO EXISTE INFORMACION PARA ALGUN LITERAL ANOTE 98	a. FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DIA 1ra. CONSULTA b. FECHA DE LA 1ra. CONSULTA AÑO MES DIA c. PESO EN GRAMOS d. TALLA EN CENTIMETROS e. PERIMETRO CEFALICO EN CENTIMETROS	
472	ENTREVISTADORA: OBSERVE EL GRAFICO SOBRE "VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO" Y VEA SI EXISTEN MARCAS O SEÑALES. TIENE MARCAS/SEÑALES 1 TRANSCRIBALAS EN EL SIGUIENTE GRAFICO	NO TIENE MARCAS/SEÑALES 2 PASE A 473	

NRO. DE PUNTOS : □

1. EDAD □□□ PESO □□
 2. EDAD □□□ PESO □□
 3. EDAD □□□ PESO □□
 4. EDAD □□□ PESO □□
 5. EDAD □□□ PESO □□
 6. EDAD □□□ PESO □□
 7. EDAD □□□ PESO □□
 8. EDAD □□□ PESO □□
 9. EDAD □□□ PESO □□

473	ENTREVISTADORA: REGISTRE LA INFORMACION PARA CADA DOSIS, MES Y AÑO CON ESPECIAL CUIDADO. PARA CADA VACUNA O DOSIS QUE NO ESTE REGISTRADA EN EL CARNET, PREGUNTE: ¿LE HAN PUESTO LA (VACUNA/DOSIS) A (NOMBRE)? SI NO HAY CARNET DE VACUNACION, COMPLETE LOS DATOS CONSULTANDO A LA MADRE.
-----	---

	<u>SEGUN CARNET</u>			<u>SEGUN MADRE</u>		
	TIENE DOSIS		MES Y AÑO	¿TIENE LA VACUNA?		
	SI	NO		SI	NO	NS/NR
- BCG	1	2	____ / ____	1	2	9
- BCG (REFUERZO)	1	2	____ / ____	1	2	9
- DPT - 1	1	2	____ / ____	1	2	9
- DPT - 2	1	2	____ / ____	1	2	9
- DPT - 3	1	2	____ / ____	1	2	9
- DPT (REFUERZO)	1	2	____ / ____	1	2	9
- POLIO - 1	1	2	____ / ____	1	2	9
- POLIO - 2	1	2	____ / ____	1	2	9
- POLIO - 3	1	2	____ / ____	1	2	9
- POLIO (REFUERZO)	1	2	____ / ____	1	2	9
- SARAMPION	1	2	____ / ____	1	2	9

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
474	¿Puedo verle el brazo derecho a (NOMBRE)? OBSERVE SI HAY O NO CICATRIZ	HAY CICATRIZ1 NO HAY CICATRIZ2 NO SE DISTINGUE3 SE OPONE LA MADRE4 NIÑO AUSENTE5 NIÑO NO QUIZO6	
475	¿El niño tiene menos de un año?	SI1----> 500 NO2	
476	ENTREVISTADORA: VEA EN 473 SI EL NIÑO HA TENIDO TODAS LAS DOSIS DE CADA VACUNA	SI1----> 500 NO2	
477	¿Porqué no ha cumplido con todo el esquema de vacunación?	DESCUIDO1 NO LE INDICO EL PERSONAL DE SALUD2 NIÑO SE ENFERMO3 TUVO REACCIONES ADVERSAS4 OTRA _____ (Especifique)5 NO RESPONDE9	

V. PLANIFICACION FAMILIAR

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la planificación familiar; es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada

ENTREVISTADORA: PARA CADA METODO ANTICONCEPTIVO HAGA LAS PREGUNTAS QUE SE INDICAN A CONTINUACION

METODO	500 Conoce o ha oido hablar de...? (SI NO HA OIDO, PASE A SIGUIENTE METODO)		501 Alguna vez ha usado? (SI NO HA USADO, PASE A SIGUIENTE METODO)		502 Usa actualmente? (últimos 30 días)	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Píldoras o pastillas anticonceptivas	1	2	1	2	1	2
2 DIU, espiral o T de Cobre	1	2	1	2	1	2
3 Condón o preservativo	1	2	1	2	1	2
4 Inyección anticonceptiva	1	2	1	2	1	2
5 Métodos vaginales (jaleas/espumas/diafragma/cremas/ ovulos/ tabletas)	1	2	1	2	1	2
6 NORPLANT o implante	1	2	1	2	1	2
7 Esterilización femenina o ligadura	1	2	1	2	1	2
8 Vasectomía o esterilización masculina	1	2	1	2	1	2
9 Métodos Billings o moco cervical	1	2	1	2	1	2
10 Ritmo, calendario o control de la temperatura	1	2	1	2	1	2
11 Retiro (él se retira cuando va a terminar)	1	2	1	2	1	2

ENTREVISTADORA: SI EN 501 LA MUJER INDICA QUE HA USADO ESTERILIZACION (CODIGO 1), PONER TAMBIEN CODIGO 1 EN LA PREGUNTA 502 (USO ACTUAL).

503	ENTREVISTADORA: VEA PREGUNTAS 501 Y 502 Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE LA ENTREVISTADA ESTA USANDO ALGUN METODO ACTUALMENTE.....1 -----	LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO METODOS2 -----	LA ENTREVISTADA HA USADO METODOS PERO NO USA ACTUALMENTE.....3 -----		
				-----	-----> 526
				-----	-----> 516
				-----	-----> 504

SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE HAN USADO METODOS PERO NO USAN ACTUALMENTE

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
504	¿Cuál fue el último método que usó (Ud. o su pareja)?	PASTILLAS 1 DIU/ESPIRAL/T DE COBRE 2 CONDON 3 INYECCION 4 METODOS VAGINALES 5 NORPLANT 6 VASECTOMIA 7 METODO BILLINGS 8 RITMO 9 RETIRO 10 NO SABE/NO RECUERDA 98	→ 509
505	¿En qué mes y año comenzó a usar (NOMBRE DEL METODO)?	MES ┌─┐ AÑO ┌─┐ NO RECUERDA 98	
506	¿En qué mes y año dejó de usar (NOMBRE DEL METODO)?	MES ┌─┐ AÑO ┌─┐ NO RECUERDA 98	
507	¿Dónde obtuvo el último método que Ud. usó?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTO DEL IESS 2 HOSPITAL FF.AA O POLICIA 3 JUNTA DE BENEFICENCIA 4 PATRONATO SAN JOSE 5 APROFE 6 CEMOPLAF 7 COF 8 CLINICA O MEDICO PRIVADO 9 FARMACIA O BOTICA 10 PARTERA 11 OTRO 12 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA 98	→ 509
508	¿Cuál es el nombre de la institución y del lugar donde obtuvo ese método?	NOMBRE: ┌─┐ LUGAR: ┌─┐ NO RECUERDA 98	→ 511

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
509	¿Dónde recibió orientación sobre (NOMBRE DEL METODO)?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTO DEL IESS..... 2 HOSPITAL FF.AA O POLICIA..... 3 JUNTA DE BENEFICENCIA 4 PATRONATO SAN JOSE 5 APROFE..... 6 CEMOPLAF..... 7 COF 8 CLINICA O MEDICO PRIVADO 9 CENTRO DE EDUCACION 10 IGLESIA..... 11 ESPOSO/COMPAÑERO 12 AMIGA/VECINA/PARIENTE 13 OTRO 14 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA..... 98--	
510	¿Cuál es el nombre de la institución y del lugar donde recibió orientación sobre el método?	NOMBRE: █ LUGAR: █ NO RECUERDA 98	
511	¿Porqué razón dejó de usarlo?	PARA EMBARAZARSE 1 NO HABIA EN EXISTENCIA 2 LE QUEDO LEJOS..... 3 NO TUVO DINERO PARA COMPRAR 4 TUVO EFECTOS COLATERALES..... 5 MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 6 NO FUE EFICAZ/LE FALLO 7 EL COMPAÑERO SE OPUSO..... 8 DIFICULTAD DE USO..... 9 FATALISMO (NO VALE LA PENA)..... 10 DESCUIDO 11 SIN VIDA SEXUAL..... 12 RECOMENDACION MEDICA 13 MENOPAUSIA 14 MALA ATENCION..... 15 RAZONES RELIGIOSAS..... 16 OTRA 17 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
512	¿Cuál fue el primer método que Ud. usó?	PASTILLAS 1 DIU..... 2 CONDON 3 INYECCION 4 METODOS VAGINALES 5 NORPLANT 6 ESTERILIZACION FEMENINA..... 7 VASECTOMIA..... 8 METODO DE BILLINGS..... 9 RITMO 10 RETIRO 11 NO RECUERDA 98	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
513	¿En qué mes y año comenzó a usarlo?	MES [] AÑO [] ----- NO SABE/NO RECUERDA 98	->515
514	¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?	EDAD EN AÑOS..... []	
515	Cuando Ud. comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos vivos tenía?	N1 DE HIJOS VIVOS..... []	

**SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE HAN USADO METODOS PERO NO USAN ACTUALMENTE Y
ENTREVISTADAS QUE NUNCA USARON ANTICONCEPTIVOS**

516	VEA EN 300 SI ESTA EMBARAZADA	EMBARAZADA 1---- NO EMBARAZADA 2 NO SABE 9	->521
517	¿Cree Ud. que puede quedar embarazada?	SI 1---- NO 2 NO SABE 9-----	->519 ->519
518	¿Cuál es la razón por la que cree que no puede quedar embarazada?	FUE OPERADA POR RAZONES MEDICAS Y NO PUEDE TENER MAS HIJOS 1---- MENOPAUSIA 2 YA PASARON 2 AÑOS O MAS QUE ESTA QUERIENDO EMBARAZARSE SIN RESULTADO 3---- SIN VIDA SEXUAL 4---- AMAMANTAMIENTO 5---- OTRA 6---- (Especifique)	[> 600] -> 521 -> 519
519	¿Porqué no está usando Ud. algún método para evitar tener hijos actualmente?	DESEA EMBARAZO 1---- POSTPARTO O AMAMANTAMIENTO 2---- SIN VIDA SEXUAL 3---- FATALISMO (NO VALE LA PENA) 4---- MIEDO A EFECTOS COLATERALES 5---- TUVO EFECTOS COLATERALES 6---- NO TIENE DINERO PARA COMPRAR 7---- FALTA DE CONOCIMIENTO DE METODOS 8---- LE QUEDA LEJOS 9---- RAZONES RELIGIOSAS 10---- EL COMPAÑERO SE OPONE 11---- POR EDAD AVANZADA 12---- NO LE GUSTA 13---- DIFICULTAD DE USO 14---- MALA ATENCION 15---- OTRA 16---- (Especifique) NO RESPONDE 98	[> 521] -> 600

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
520	¿Desea Ud. usar algún método para evitar tener hijos actualmente?	SI.....1 NO2 NO SABE/NO RESPONDE9	->522
521	¿En el futuro le gustaría usar algún método?	SI.....1 NO2 NO SABE/NO RESPONDE9---->523	->600
522	¿Cuál método preferiría o está pensando utilizar Ud. (o su pareja)?	PASTILLAS1 DIU2 CONDON3 INYECCION4 METODOS VAGINALES5 NORPLANT6 ESTERILIZACION FEMENINA.....7 VASECTOMIA.....8 METODO DE BILLINGS.....9 RITMO10 RETIRO11 NO SABE/NO RESPONDE98	
523	¿Sabe dónde puede ir para conseguir métodos anticonceptivos para evitar tener hijos?	SI.....1 NO2---->600	
524	¿A qué lugar iría?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP1 ESTABLECIMIENTO DEL IESS.....2 HOSPITAL FF.AA O POLICIA.....3 JUNTA DE BENEFICENCIA4 PATRONATO SAN JOSE5 APROFE.....6 CEMOPLAF.....7 COF8 CLINICA O MEDICO PRIVADO9 FARMACIA O BOTICA10 PARTERA11 IGLESIA.....12 AMIGA/VECINA/PARENTES13 OTRO14 (Especifique)	
525	¿Cuánto tiempo tardaría Ud. normalmente para llegar desde aquí a ese lugar? SI ES MENOS DE 1 HORA, ESCRIBA EN MINUTOS SI ES 1 HORA O MAS, ESCRIBA EN HORAS	MINUTOS.....1 HORAS.....2 NO SABE9	98

PASE A 600

SOLO PARA ENTREVISTADAS QUE USAN ACTUALMENTE

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
526	ENTREVISTADORA: MARQUE EL METODO QUE USA (VEA 502). SI ESTA UTILIZANDO MAS DE UN METODO, MARQUE EL METODO MAS EFECTIVO	PASTILLAS 1 DIU 2 CONDON 3 INYECCION 4 METODOS VAGINALES 5 NORPLANT 6 ESTERILIZACION FEMENINA 7 VASECTOMIA 8 METODO DE BILLINGS 9 RITMO 10 RETIRO 11]] > 532] > 527] > 531	
527	¿En qué mes y año le operaron (a Ud. o a él)?	MES └─ AÑO └─ NO SABE/NO RECUERDA 98	->529
528	¿Qué edad tenía cuando le operaron (a Ud. o a él)?	EDAD EN AÑOS └─	
529	¿En qué lugar le hicieron la operación?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTO DEL IESS 2 HOSPITAL FF.AA O POLICIA 3 JUNTA DE BENEFICENCIA 4 PATRONATO SAN JOSE 5 APROFE 6 CEMOPLAF 7 COF 8 CLINICA O MEDICO PRIVADO 9 OTRO LUGAR 10 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA 98]] > 537	
530	¿Cuál es el nombre de la institución y del lugar donde le hicieron la operación?	NOMBRE: └─ LUGAR: └─ NO RECUERDA 98]] > 537	
531	¿Dónde recibió orientación sobre (NOMBRE DEL METODO) ?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTO DEL IESS 2 HOSPITAL FF.AA O POLICIA 3 JUNTA DE BENEFICENCIA 4 PATRONATO SAN JOSE 5 APROFE 6 CEMOPLAF 7 COF 8 CLINICA O MEDICO PRIVADO 9 IGLESIA 10 ESPOSO/COMPÁÑERO 11 OTRO 12 (Especifique) NO SABE 98	

PASE A 537

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
532	¿Dónde obtiene el método anticonceptivo que usa?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTO DEL IESS 2 HOSPITAL FF.AA O POLICIA 3 JUNTA DE BENEFICENCIA 4 PATRONATO SAN JOSE 5 APROFE 6 CEMOPLAF 7 COF 8 CLINICA O MEDICO PRIVADO 9---- FARMACIA O BOTICA 10---- PARTERA 11---- IGLESIA 12---- OTRO _____ 13---- (Especifique) NO SABE 98---- 	-> 534 -> 536
533	¿Cuál es el nombre de la institución y del lugar donde obtiene Ud. el método que usa?	NOMBRE: _____ ... <input type="text"/> LUGAR: _____ ... <input type="text"/> NO RECUERDA 98	
534	¿Cuánto tiempo tarda Ud. normalmente para llegar desde aquí a ese lugar? SI ES MENOS DE 1 HORA, ESCRIBA EN MINUTOS SI ES 1 HORA O MAS, ESCRIBA EN HORAS	MINUTOS 1 <input type="text"/> HORAS 2 <input type="text"/> NO SABE 9 98	
535	¿El precio que paga por consulta o método anticonceptivo, le parece caro, normal, barato o no pagó nada?	CONSULTA METODO CARO 1 1 NORMAL 2 2 BARATO 3 3 NO PAGO 4 4 NO SABE 9 9	
536	¿En qué mes y año comenzó a usar (NOMBRE DEL METODO)?	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> NO RECUERDA 98	
537	Hay mujeres que usan métodos anticonceptivos para no tener más hijos, para espaciar o posponer los embarazos y por otras razones, ¿Para qué lo usa Ud.?	YA NO QUIERE TENER MAS HIJOS 1 PARA ESPACIAR O POSPOSTER LOS EMBARAZOS 2 PARA PROTECCION DEL SIDA Y OTRAS ETS 3 POR OTRAS RAZONES DE SALUD 4 OTRA _____ 5 (Especifique) NO SABE/NO RESPONDE 9	
538	Si en este momento Ud. pudiera elegir, ¿Seguiría usando el mismo método o preferiría usar otro?	EL MISMO 1---- PREFERIRIA OTRO 2---- NO USARIA NINGUNO 3---- NO SABE 9---- 	->541 -> 541

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
539	¿Cuál método preferiría usar Ud.?	PASTILLAS 1 DIU 2 CONDON 3 INYECCION 4 METODOS VaginaLES 5 NORPLANT 6 ESTERILIZACION FEMENINA 7 VASECTOMIA 8 METODO DE BILLINGS 9 RITMO 10 RETIRO 11 NO SABE 98	
540	¿Porqué está usando el método actual en vez del que prefiere?	FALTA DE DINERO 1 ES MAS PRACTICO PARA ELLA 2 ES MAS BARATO 3 SIN DIFICULTAD DE USO 4 RECOMENDACION MEDICA 5 RECOMENDACION (AMIGA/PARIENTE) 6 RAZONES RELIGIOSAS 7 FALTA DE TIEMPO 8 PROTECCION DEL SIDA 9 ES DEFINITIVO 10 OTRO _____ 11 (Especifique) NO SABE 98	
541	¿Cuál fue el primer método que Ud. usó?	PASTILLAS 1 DIU 2 CONDON 3 INYECCION 4 METODOS VaginaLES 5 NORPLANT 6 ESTERILIZACION FEMENINA 7 VASECTOMIA 8 METODO DE BILLINGS 9 RITMO 10 RETIRO 11 NO RECUERDA 98	
542	¿En qué mes y año comenzó a usarlo?	MES ____ AÑO ____ ----- NO SABE/NO RECUERDA 98	->544
543	¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?	EDAD EN AÑOS ____	
544	Cuando Ud. comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos vivos tenía?	No. DE HIJOS VIVOS ____	

VI. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
600	ENTREVISTADORA: VEA 502 CODIGO 7 ESTERILIZADA 1  PASE A 605 NO ESTERILIZADA 2  PASE A 601		
601	Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro VEA 300: NO EMBARAZADA O INSEGURA  ¿Quisiera tener un (otro) hijo o preferiría no tener (más) hijos?	QUIERE HIJO 1	
		NO QUIERE MAS HIJOS 2	
		MENOPAUSICA (ESTERIL)..... 3	→ 608
		INDECISA O NO SABE 9	
602	VEA 300: NO EMBARAZADA O INSEGURA  ¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo?	MESES 1 	
		AÑOS 2 	→ 608
		PRONTO/AHORA..... 94	
		MENOPAUSICA (ESTERIL)..... 95	
		OTRO _____ 96 (Especifique)	
		NO SABE 98	
603	VEA: 300 y 317c ESTA EMBARAZADA Y/O TIENE HIJO(S) VIVO(S)	SI..... 1	
		NO 2	→ 608
604	VEA 300: NO EMBARAZADA O INSEGURA  De quedar embarazada otra vez, ¿Qué edad (cuántos años) le gustaría que tuviera en ese momento su hijo menor?	AÑOS DE EDAD 	
		NO SABE 98	→ 608
	EMBARAZADA  ¿Qué edad (cuántos años) le gustaría que tuviera el hijo que está esperando, cuando nazca su próximo hijo?		

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
605	Dada la situación actual, si tuviera que elegir nuevamente, ¿Tomaría la misma decisión de operarse para no tener más hijos?	SI..... 1 NO 2	
606	¿Ud. lamenta que haya sido operada para no tener más hijos?	SI..... 1 NO 2----> 608	
607	¿Porqué lo lamenta?	ELLA QUIERE OTRO HIJO 1 ESPOSO QUIERE OTRO HIJO..... 2 EFFECTOS SECUNDARIOS 3 OTRO _____ 4 (Especifique)	
608	VEA 317c: TIENE HIJO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/> Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían? NO TIENE HIJO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/> Si pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían? ANOTE NUMERO U OTRA RESPUESTA	NUMERO <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA _____ 98 (Especifique)	
609	VEA 600 SI LA MUJER ESTA ESTERILIZADA	SI..... 1----> 700 NO 2	
610	VEA 601 Y COPIE LA RESPUESTA	QUIERE HIJO 1----> 700 NO QUIERE MAS HIJOS 2 MENOPAUSICA..... 3----> 700 INDECISA..... 4----> 700	
611	¿Porqué no desea tener más hijos?	PROBLEMAS ECONOMICOS 1 POR RAZONES DE SALUD 2 YA TIENE SUFICIENTES HIJOS..... 3 SE SIENTE VIEJA 4 SU TRABAJO NO LE PERMITE 5 NO PUEDE ATENDER LOS HIJOS 6 INESTABILIDAD CONYUGAL 7 OTRO _____ 8 (Especifique) NO SABE 98 NO RESPONDE 99	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
612	¿Estaría Ud. interesada en operarse para no tener más hijos?	SI.....1 NO2----	-> 614
613	¿Porqué no ha ido a operarse?	MIEDO A LA OPERACION.....1 MIEDO A EFECTOS COLATERALES.....2 INTENCION DE REALIZARSE POSTPARTO.....3 COSTO MUY ELEVADO.....4 RECHAZO DEL MEDICO.....5 BARRERAS INSTITUCIONALES6 NO TIENE TIEMPO7 RAZONES RELIGIOSAS.....8 NO LE GUSTA.....9 CERCA DE LA MENOPAUSIA.....10 PREFIERE METODOS REVERSIBLES11 COMPAÑERO SE OPONE12 SIN VIDA SEXUAL.....13 ES TODAVIA MUY JOVEN14 NUNCA PENSO EN ELLO.....15 NECESITA MAYOR INFORMACION SOBRE ESTE METODO.....16 TIENE MIEDO A ARREPENTIRSE DESPUES17 OTRO _____18 (Especifique) NO SABE98 NO RESPONDE99	

PASE A 700

614	¿Porqué no estaría Ud. interesada en operarse?	MIEDO A LA OPERACION1 MIEDO A EFECTOS COLATERALES2 INTENCION DE REALIZARSE POSTPARTO.....3 COSTO MUY ELEVADO.....4 RECHAZO DEL MEDICO5 BARRERAS INSTITUCIONALES6 NO TIENE TIEMPO7 RAZONES RELIGIOSAS8 NO LE GUSTA.....9 CERCA DE LA MENOPAUSIA10 PREFIERE METODOS REVERSIBLES11 COMPAÑERO SE OPONE12 SIN VIDA SEXUAL13 ES TODAVIA MUY JOVEN14 NUNCA PENSO EN ELLO.....15 NECESITA MAYOR INFORMACION SOBRE ESTE METODO.....16 TIENE MIEDO A ARREPENTIRSE DESPUES17 OTRO _____18 (Especifique) NO SABE98 NO RESPONDE99	
-----	--	---	--

VII. MORTALIDAD MATERNA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
700	¿Tiene Ud. hermanas de la misma madre que actualmente estén vivas?	SI.....1 NO2----	-> 703
701	¿Cuántas hermanas de la misma madre están actualmente vivas?	No. DE HERMANAS VIVAS	<input type="text"/>

702 Por favor, dígame los nombres y edades de sus hermanas de la misma madre que actualmente estén vivas. Comencemos por la de más edad					
No.	NOMBRE	EDAD EN AÑOS	No.	NOMBRE	EDAD EN AÑOS
1	<input type="text"/>	<input type="text"/> AÑOS	7	<input type="text"/>	<input type="text"/> AÑOS
2	<input type="text"/>	<input type="text"/> AÑOS	8	<input type="text"/>	<input type="text"/> AÑOS
3	<input type="text"/>	<input type="text"/> AÑOS	9	<input type="text"/>	<input type="text"/> AÑOS
4	<input type="text"/>	<input type="text"/> AÑOS	10	<input type="text"/>	<input type="text"/> AÑOS
5	<input type="text"/>	<input type="text"/> AÑOS	11	<input type="text"/>	<input type="text"/> AÑOS
6	<input type="text"/>	<input type="text"/> AÑOS	12	<input type="text"/>	<input type="text"/> AÑOS

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
703	¿Ha tenido Ud. hermanas de la misma madre que han fallecido?	SI.....1 NO2----	-> 800
704	¿Cuántas hermanas de la misma madre han fallecido?	N1 DE HERMANAS FALLECIDAS	<input type="text"/>

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su(s) hermana(s) de la misma madre que falleció(fallecieron)? SI HA FALLECIDO MAS DE UNA HERMANA, ANOTE LOS NOMBRES COMENZANDO CON LA QUE FALLECIO MAS RECENTEMENTE.

705 ¿Cuál es el nombre? ANOTE EL NOMBRE	1 ----- -----	2 ----- -----	3 ----- -----	4 ----- -----	5 ----- -----
706 ¿Hace cuántos años falleció (NOMBRE)?	└─ No. DE AÑOS	└─ No. DE AÑOS	└─ No. DE AÑOS	└─ No. DE AÑOS	└─ No. DE AÑOS
707 ¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando falleció?	└─ AÑOS # 10 AÑOS 3 55 AÑOS V SIG. COL.	└─ AÑOS # 10 AÑOS 3 55 AÑOS V SIG. COL.	└─ AÑOS # 10 AÑOS 3 55 AÑOS V SIG. COL.	└─ AÑOS # 10 AÑOS 3 55 AÑOS V SIG. COL.	└─ AÑOS # 10 AÑOS 3 55 AÑOS V 800
708 ¿Estuvo (NOMBRE) embarazada alguna vez?	SI.....1 ->709 NO.....2- NS/NR.....9- V 712	SI.....1 ->709 NO.....2- NS/NR.....9- V 712	SI.....1 ->709 NO.....2- NS/NR.....9- V 712	SI.....1 ->709 NO.....2- NS/NR.....9- V 712	SI.....1 ->709 NO.....2- NS/NR.....9- V 800
709 ¿Murió (NOMBRE) cuando estaba embarazada, durante el parto o pérdida, o dentro de las 6 semanas después de terminar un embarazo (durante la dieta)?	SI.....1 NO.....2- NS/NR.....9- V 712	SI.....1 NO.....2- NS/NR.....9- V 712	SI.....1 NO.....2- NS/NR.....9- V 712	SI.....1 NO.....2- NS/NR.....9- V 712	SI.....1 NO.....2- NS/NR.....9- V 712
710 ¿Murió (NOMBRE) durante el?	EMBARAZO.....1 PARTO.....2 DESPUES DEL PARTO.....3	EMBARAZO.....1 PARTO.....2 DESPUES DEL PARTO.....3	EMBARAZO 1 PARTO.....2 DESPUES DEL PARTO.....3	EMBARAZO 1 PARTO.....2 DESPUES DEL PARTO.....3	EMBARAZO 1 PARTO.....2 DESPUES DEL PARTO.....3
711 ¿Dónde murió (NOMBRE)?	HOSP./CLIN. 1 CASA 2 TRAYECTO 3 OTRO 4	HOSP./CLIN.... 1 CASA..... 2 TRAYECTO 3 OTRO 4	HOSP./CLIN.... 1 CASA..... 2 TRAYECTO 3 OTRO 4	HOSP./CLIN.... 1 CASA..... 2 TRAYECTO 3 OTRO 4	HOSP./CLIN. 1 CASA 2 TRAYECTO 3 OTRO 4
712 ¿Cuántos hijos(as) tuvo (NOMBRE) en toda su vida?	└─ HIJOS (PASE A SIGTE. COLUMNA)	└─ HIJOS (PASE A SIGTE. COLUMNA)	└─ HIJOS (PASE A SIGTE. COLUMNA)	└─ HIJOS (PASE A SIGTE. COLUMNA)	└─ HIJOS

VIII. MORBILIDAD MATERNA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
800	ENTREVISTADORA: VEA EN 300, 303 Y 305. ACTUALMENTE EMBARAZADA O ALGUNA VEZ EMBARAZADA	ACTUALMENTE EMBARAZADA POR PRIMERA VEZ 1---- NUNCA ESTUVO EMBARAZADA 2---- ALGUNA VEZ EMBARAZADA..... 3	-> 900 -> 900
801	VEA EN 315 SI HAY PERDIDAS O MORTINATOS	SI 1 NO 2----	->805
802	En su último embarazo, ¿Perdió al niño antes del sexto mes, nació muerto a partir del sexto mes, o fue un nacido vivo?	PERDIDA 1 NACIDO MUERTO..... 2 NACIDO VIVO 3----	->805
803	En este último embarazo, ¿Quería quedar embarazada <u>entonces</u> , quería <u>esperar más tiempo</u> , o <u>no quería ese embarazo</u> ?	QUERIA ENTONCES.....1 QUERIA ESPERAR.....2 NO QUERIA.....3	
804	¿En qué fecha terminó este último embarazo?	DIA └─ MES └─ AÑO └─	-> 806
805	VEA EN 317b LA FECHA DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO	DIA └─ MES └─ AÑO └─	
806	LA FECHA ES ANTES DE ENERO DE 1992 O A PARTIR DE ENERO DE 1992	ANTES DE ENERO DE 1992 1---- A PARTIR DE ENERO DE 1992 2	->900
807	En el último embarazo, ¿Ud. fumaba en los 3 meses anteriores a la fecha en que se dió cuenta que estaba embarazada?	SI 1 NO 2----	-> 810
808	Durante ese embarazo, ¿Siguió fumando?	SI 1 NO 2----	-> 810
809	¿Cuántas unidades diarias?	N1DE UNIDADES └─	
810	Durante el último embarazo, ¿Ha tenido el hábito de beber alcohol?	SI 1 NO 2----	-> 812
811	¿Con qué frecuencia?	DIARIAMENTE 1 OCASIONALMENTE 2	
812	VEA 801 COMO TERMINO LA ENTREVISTADA EL ULTIMO EMBARAZO	PERDIDA 1 NACIDO MUERTO..... 2 NACIDO VIVO 3----	-> 828
813	¿Tuvo algún control prenatal por un profesional cuando estuvo embarazada?	SI 1 NO 2----	-> 816
814	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	MESES..... └─	
815	En total, ¿Cuántos controles tuvo?	N1DE CONTROLES └─	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
816	VEA 812. COMO TERMINO LA ENTREVISTADA EL ULTIMO EMBARAZO	PERDIDA 1 NACIDO MUERTO 2----	-> 828
817	¿Cuántas semanas le duró este embarazo?	N1DE SEMANAS..... └─┘	
818	¿El sangrado que presentó con la pérdida (aborto), cuántos días duro?	No. DE DIAS └─┘	
819	¿Recibió atención cuando perdió el embarazo?	SI..... 1 NO 2---- NO SABE/NO RESPONDE 9----	-> 823 -> 823
820	¿En qué lugar le atendieron?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTO DEL IEES 2 HOSPITAL FF.AA O POLICIA 3 JUNTA DE BENEFICENCIA 4 PATRONATO SAN JOSE 5 APROFE 6 CEMOPLAF 7 COF 8 CLINICA O MEDICO PRIVADO 9---- PARTERA 10---- OTRO 11---- (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA 98----	-> 821 -> 823
820A	¿Cuál es el nombre de la institución y del lugar donde le atendieron?	NOMBRE: └─┘ LUGAR: └─┘ NO RECUERDA 98	
821	¿El tratamiento fue a base de? LEALE UNA A UNA	SI NO NS/NR a. ANTIBIOTICOS 1 2 9 b. TRANSFUSION DE SANGRE 1 2 9 c. LEGRADO (curetaje) 1 2 9 d. CIRUGIA 1 2 9 e. OTRO 1 2 9 (Especifique)	
822	¿Por cuánto tiempo estuvo hospitalizada?	DIAS └─┘ MENOS DE UN DIA 00	
823	Al perder el embarazo, o en las dos semanas después, ¿Tuvo Ud.? LEALE UNA A UNA	SI NO NS/NR a. SANGRADO ABUNDANTE 1 2 9 b. DOLORES INTENSOS DEL VIENTRE 1 2 9 c. FIEBRE O CALENTURA ALTA 1 2 9 d. ESCALOFRIOS 1 2 9 e. FLUJO O LIQUIDOS VAGINALES CON MAL OLOR 1 2 9	
824	Como resultado de este embarazo, ¿Tuvo después algunos de los siguientes problemas? LEALE UNA A UNA	SI NO NS/NR a. INFLAMACION O INFECCION 1 2 9 b. LE QUITARON LA MATRIZ (Histerectomía) 1 2 9 c. NO PUDO SALIR EMBARAZADA 1 2 9	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
825	¿Esta pérdida (aborto) fue espontáneo o inducido (provocado)?	ESPONTANEO 1 INDUCIDO (PROVOCADO) 2	-> 827
826	¿Qué hizo para no tener el hijo? LEALE UNA A UNA	SI NO a. TOMO PASTILLAS 1 2 b. SE PUSO INYECCIONES 1 2 c. USO UNA SONDA POR LA VAGINA 1 2 d. USO HIERBAS 1 2 e. SUFRIO UNA CAIDA 1 2 f. OTRA (Especifique) 1 2	
827	Al perder el embarazo, ¿Le aconsejaron el uso de algún método anticonceptivo?	SI 1 NO 2 NO RECUERDA 9	

PASE A 900

828	Durante el último embarazo, ¿Cuántas libras aumentó de peso desde que supo que estaba embarazada hasta el final de su embarazo?	LIBRAS NO SABE/NO RESPONDE 98	
829	Durante el último embarazo, le dijo alguien que tenía la presión alta?	SI..... 1 NO 2 NO RECUERDA 9	
830	¿Le tomaron la presión?	SI..... 1 NO 2 NO RECUERDA 3] 832
831	¿La presión era?	ALTA..... 1 NORMAL O BAJA..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 9	
832	Alguien le dijo que tenía la presión alta sin estar embarazada?	SI..... 1 NO 2 NO SABE/NO RECUERDA 9	
833	Durante el último embarazo, ¿Tuvo Ud. algunos de los siguientes problemas? LEALE UNA A UNA	a. LE DIJO ALGUIEN QUE TENIA ANEMIA (falta de hierro) 1 b. TOMO PASTILLAS DE HIERRO 1 c. SE LE HINCHARON LOS PIES..... 1 d. SE LE HINCHO LA CARA 1 e. LA VISION ERA BORROSA..... 1 f. TUVO DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL..... 1 g. SINTIO MAREOS O DEBILIDAD 1 h. TUVO DESMAYOS O PERDIDA DE CONCIENCIA 1 i. TUVO ARDOR O DOLOR AL ORINAR ... 1 j. LA ORINA TUVO COLOR OSCURO..... 1	SI NO NS/NR 2 9 2 9
834	¿Hubo sangrado antes que comenzaran los dolores de parto?	SI..... 1 NO 2 NO SABE/NO RECUERDA 9] 836
835	¿El sangrado que presentó era?	LIGERO (manchó ropa interior) 1 MODERADO (manchó ropa exterior) 2 SEVERO (manchó ropa de cama) 3	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
836	¿Tuvo ataques o convulsiones durante el último embarazo?	SI.....1 NO2 NO SABE/NO RECUERDA.....9	J> 838
837	¿Alguna vez tuvo ataques o convulsiones sin estar embarazada?	SI.....1 NO2 NO SABE/NO RECUERDA.....9	
838	¿Se le rompió la membrana (agua de fuente) antes que comenzaran los dolores de parto?	SI.....1 NO2 NO SABE/NO RESPONDE9	J> 840
839	¿Cuánto tiempo antes?	HORAS.....1 <input type="checkbox"/> DIAS2 <input type="checkbox"/>	
840	¿Cuánto tiempo duraron los dolores de parto (desde las primeras contracciones)?	HORAS..... <input type="checkbox"/> MAS DE 3 DIAS77 NO TUVO78	
841	¿En qué lugar tuvo el parto?	HOSPITAL.....1 CLINICA2 EN LA CASA.....3 OTRO _____4_____ (Especifique)	→ 842 J> 844
841A	¿Cuál es el nombre de la institución y del lugar donde tuvo el parto?	NOMBRE: _____ <input type="checkbox"/> LUGAR: _____ <input type="checkbox"/> NO RECUERDA98	
842	¿Ud. planeó ir a dar a luz en ese establecimiento, o fue referida por algún problema durante el parto?	LO PLANEÓ.....1---- FUE REFERIDA.....2	→ 844
843	¿Porqué la refirieron o mandaron al hospital o clínica?	PARTO DURO DEMASIADO.....1 NIÑO EN MALA POSICION2 NIÑO MUY GRANDE.....3 HEMORRAGIA.....4 NO LA PUDIERON ATENDER5 OTRA _____6_____ (Especifique)	
844	¿Tuvieron que romper la fuente para empezar a apurar el trabajo del parto?	SI.....1 NO2 NO SABE/NO RECUERDA9	
845	¿Le dieron medicinas o remedios para empezar a apurarlo?	SI.....1 NO2 NO SABE/NO RECUERDA9	
846	¿Le sobaron el estómago o lo acomodaron durante el parto?	SI.....1 NO2 NO SABE/NO RECUERDA9	
847	Durante el parto, ¿Tuvo Ud. algunos de los siguientes problemas? LEALE UNA A UNA	SI NO NS/NR a. SANGRADO INTENSO1 2 9 b. PRESION ALTA.....1 2 9 c. CONVULSIONES O ATAQUES.....1 2 9 d. DESMAYOS1 2 9 e. VISION BORROSA.....1 2 9 f. FIEBRES O ESCALOFRIOS.....1 2 9 g. DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL.....1 2 9 h. VOMITOS.....1 2 9 i. CORTE DE LA VAGINA (episiotomía).....1 2 9 j. MALA POSICION DEL FETO1 2 9	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
848	En este embarazo, ¿El parto fue?	VAGINAL NORMAL 1 VAGINAL CON FORCEPS 2 CESAREA 3	-> 852
849	¿La placenta salió espontáneamente, es decir, sin ayuda?	SI 1 NO 2 NO SABE/NO RECUERDA 9	-> 851 -> 851
850	¿Qué se hizo para que saliera la placenta?	LE SACARON CON LAS MANOS 1 SE LE PUSO INYECCION 2 SE DIO MASAJE EN EL ESTOMAGO 3 OTRA 4 (Especifique)	
851	¿La placenta salió completa o en pedazos?	COMPLETA 1 INCOMPLETA (EN PEDAZOS) 2 NO SABE/NO RECUERDA 9	
852	Durante el parto o en las 6 semanas subsiguientes, ¿Ud. recibió alguno de los siguientes tratamientos? LEALE UNA A UNA	a. ANTIBIOTICOS 1 2 9 b. LE PUSIERON SANGRE 1 2 9 c. LE HICIERON LEGRADO 1 2 9 d. LE QUITARON LA MATRIZ (HISTERECTOMIA) 1 2 9	SI NO NS/NR
Como consecuencia del parto, durante los 40 días (la dieta) después del parto, ¿Tuvo Ud. alguno de los siguientes problemas?			
	PROBLEMAS	853 ¿Tuvo este problema ?	854 ¿Cuánto tiempo le duró?
			855 ¿Recibió atención médica?
a. Sangrado intenso de la vagina	SI 1 NO 2 NS/NR 9 V	DIAS 1 [] SEMANAS 2 [] MESES 3 [] AUN TIENE 777	SI 1 NO 2 NS/NR 9
b. Desmayo o pérdida de conciencia	SI 1 NO 2 NS/NR 9 V	MINUTOS 1 [] HORAS 2 [] DIAS 3 []	SI 1 NO 2 NS/NR 9
c. Fiebre, calentura alta o escalofríos	SI 1 NO 2 NS/NR 9 V	DIAS 1 [] SEMANAS 2 [] MESES 3 [] AUN TIENE 777	SI 1 NO 2 NS/NR 9
d. Infección de los senos	SI 1 NO 2 NS/NR 9 V	DIAS 1 [] SEMANAS 2 [] MESES 3 [] AUN TIENE 777	SI 1 NO 2 NS/NR 9
e. Dolor o ardor al orinar	SI 1 NO 2 NS/NR 9 V	DIAS 1 [] SEMANAS 2 [] MESES 3 [] AUN TIENE 777	SI 1 NO 2 NS/NR 9
f. Flujos o líquidos vaginales con mal olor (loquios)	SI 1 NO 2 NS/NR 9 V	DIAS 1 [] SEMANAS 2 [] MESES 3 [] AUN TIENE 777	SI 1 NO 2 NS/NR 9
856	Después del parto, en los seis meses posteriores, ¿Le aconsejaron el uso de algún método anticonceptivo, a más de la lactancia materna?	SI 1 NO 2	

IX. ADULTAS JOVENES

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
900	<p>¿ Cuándo es más probable que una mujer que tiene relaciones sexuales quede embarazada?</p> <p>LEA LAS ALTERNATIVAS 1 A 5</p>	<p>- UNA SEMANA ANTES QUE LA REGLA COMIENCE 1 - DURANTE LA REGLA..... 2 - UNA SEMANA DESPUES DE QUE LA REGLA COMIENCE 3 - DOS SEMANAS DESPUES DE QUE LA REGLA COMIENCE 4 - TRES SEMANAS DESPUES DE QUE LA REGLA COMIENCE 5 - EN CUALQUIER TIEMPO..... 6 - OTRO 7 (Especifique) 8 - NO SABE 9 - NO RESPONDE 9</p>	
901	<p>¿En qué mes y año tuvo Ud. su primera relación sexual?</p>	<p>MES └─┘ AÑO └─┘</p> <p>NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES 22----> 1002 NO RECUERDA 98 NO RESPONDE 99----> 1000</p>	
902	<p>¿Cuántos años cumplidos tenía Ud. en ese momento?</p>	<p>EDAD EN AÑOS └─┘ NO RECUERDA 98</p>	
903	<p>VEA 201 SI LA ENTREVISTADA TIENE ACTUALMENTE: ENTRE 15 Y 24 AÑOS</p> <p style="text-align: center;">1 └─┘ PASE A 904</p> <p style="text-align: center;">2 └─┘ PASE A 1000</p>		
904	<p>¿Qué edad tenía la persona con quién Ud. tuvo esa primera relación sexual?</p>	<p>EDAD EN AÑOS └─┘ NO SABE 98</p>	
905	<p>¿Qué relación había con esa persona?</p>	<p>ESPOSO O COMPAÑERO 1 ENAMORADO..... 2 NOVIO 3 AMIGO 4 PARIENTE 5 VIOLACION..... 6 OTRO 7 (Especifique) 8 NO RESPONDE 9</p>	
906	<p>¿Qué tiempo conocía Ud. a esa persona con la que tuvo esa primera relación sexual?</p>	<p>SEMANAS..... 1 └─┘ MESES 2 └─┘ AÑOS 3 └─┘ NO RECUERDA/ NO RESPONDE 9 98</p>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
907	¿Usó Ud. o su pareja algún método anticonceptivo en esa primera relación sexual?	SI.....1 NO2-----	-> 909
908	¿Qué método utilizó o utilizaron en esa primera relación sexual?	PASTILLAS1---- DIU2---- CONDON3---- INYECCION4---- METODOS VAGINALES5---- METODO DE BILLINGS.....6---- RITMO7---- RETIRO8---- OTRO _____9---- (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA98----	-> 1000
909	¿Porqué no usó un método anticonceptivo en esa primera relación sexual?	- NO ESPERABA TENER RELACIONES EN ESE MOMENTO1 - NO CONOCIA NINGUN METODO2 - CREIA QUE LOS ANTICONCEPTIVOS ERAN MALOS PARA LA SALUD3 - LA RELIGION NO SE LO PERMITIA.....4 - QUERIA EMBARAZARSE.....5 - CONOCIA ANTICONCEPTIVOS, PERO NO SABIA DONDE OBTENERLOS.....6 - EL COMPAÑERO SE OPUSO.....7 - QUERIA USAR, PERO NO LO PUDO CONSEGUIR EN ESE MOMENTO.....8 - COITO NO ES SATISFACTORIO CON EL USO DE ANTICONCEPTIVOS.....9 - OTRO _____10 (Especifique) - NO RECUERDA98 - NO RESPONDE99	

X. ACTIVIDAD SEXUAL Y NUPCIALIDAD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1000	¿Ha tenido relaciones sexuales durante las últimas 4 semanas?	SI..... 1 NO 2 NO RESPONDE 9	-> 1002
1001	¿Cuántas veces?	No. DE VECES └─ NO RECUERDA 98 NO RESPONDE 99	
1002	¿Se ha hecho alguna vez el examen de papanicolaou (el DOC)?	SI..... 1 NO 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 9	-> 1006
1003	¿Cuándo fue la última vez?	MES └─ AÑO └─ NO RECUERDA 98	
1004	¿Dónde se lo hizo?	ESTABLECIMIENTO MSP 1 ESTABLECIMIENTO IESS 2 HOSPITAL FF.AA. O POLICIA..... 3 JUNTA DE BENEFICENCIA 4 PATRONATO SAN JOSE 5 APROFE 6 CEMOPLAF 7 COF 8 CLINICA O MEDICO PRIVADO 9 SOLCA 10 OTRO 11 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
1005	¿Supo el resultado del examen?	SI..... 1 NO 2 NO RECUERDA 9	
1006	¿Hace cuento tiempo tuvo su última regla? MENOS DE UN MES ANOTE 00	MESES └─ YA NO MENSTRUAR 95 ANTES DEL ULTIMO (ACTUAL) EMBARAZO 96 NUNCA HA MENSTRUADO 97	
1007	¿Es Ud. unida, casada, viuda, separada, divorciada o soltera?	UNIDA 1 CASADA 2 VIUDA 3 SEPARADA 4 DIVORCIADA 5 SOLTERA 6	-> 1009
1008	¿Ha estado Ud. casada o unida alguna vez?	SI 1 NO 2	-> 1100

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1009	¿En qué mes y año se casó/unió Ud. por primera vez?	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> NO RECUERDA	--- >1011 98
1010	¿Qué edad tenía Ud. la primera vez que se casó o unió?	EDAD EN AÑOS.....	<input type="text"/>
1011	ENTREVISTADORA: VEA 1007	ACTUALMENTE CASADA O UNIDA 1 OTRO ESTADO..... 2 SOLTERA 3	1 2 3 → 1100
1012	¿Ha conversado alguna vez con su esposo o compañero sobre el número de hijos que les gustaría tener?	SI..... 1 NO	2
1013	¿Cree Ud. que su esposo o compañero quiere el <u>mismo</u> número de hijos que Ud., el quiere <u>más</u> o quiere <u>menos</u> hijos de los que Ud. quiere tener?	MISMO NUMERO DE HIJOS..... 1 MAS HIJOS 2 MENOS HIJOS 3 NO SABE	9

XI. ASISTENCIA ESCOLAR DE LOS HIJOS DE 6 A 14 AÑOS DE EDAD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1100	ENTREVISTADORA: VEA 317c Y 317d. TIENE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS CON UNA EDAD ENTRE 6 Y 14 AÑOS	SI 1 NO 2--> 1200	
1101	ENTREVISTADORA: VEA EN 317c. Y 317d. CUANTOS HIJOS ACTUALMENTE VIVOS DE 6 A 14 AÑOS DE EDAD TIENE LA ENTREVISTADA	N1DE HIJOS..... □	

COPIAR LOS NOMBRES, SEXO Y EDADES DE LOS HIJOS ACTUALMENTE VIVOS Y CON UNA EDAD ENTRE 6 Y 14 AÑOS, EMPEZANDO POR EL MENOR DE LAS PREGUNTAS 317A A 317D.

PREGUNTAS	ULTIMO ESCOLAR	PENULTIMO ESCOLAR	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
1102 NOMBRE.....	_____	_____	_____	_____	_____
1103 SEXO.....	HOMBRE 1 MUJER 2				
1104 EDAD EN AÑOS	□ AÑOS	□ AÑOS	□ AÑOS	□ AÑOS	□ AÑOS
1105 ¿Cuál fue el grado o curso más alto que ha aprobado (NOMBRE) y en qué nivel?	NIVEL NINGUNO 0 PRIMARIO 1 SECUNDARIO 2 GRADO O CURSO □				
1106 ¿Asiste o asistió a la escuela o colegio en el año lectivo 1993-1994? SIERRA OCT.93/JUL.94 COSTA MAY.93/ENE.94	SI 1 NO 2--> V PASE A 1110				
1107 ¿A qué grado o curso asiste o asistió?	NIVEL NINGUNO 0 PRIMARIO 1 SECUNDARIO 2 GRADO O CURSO □				
1108 ¿Abandonó (NOMBRE) la escuela o colegio en el año lectivo 1993-1994?	SI 1 NO 2--> V PASE A 1112				

PREGUNTAS	ULTIMO ESCOLAR	PENULTIMO ESCOLAR	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
1109 ¿Porqué abandonó la escuela o colegio?	PROBLEMAS FAMILIARES1 PROBLEMAS EN LA ESCUELA2 CAMBIO DE DOMICILIO3 CERRARON LA ESCUELA/COLEGIO4 POR TRABAJO6 MUCHA DISTANCIA7 NIÑO SE ENFERMO8 BAJO RENDIMIENTO9 OTRO10	CODIGO V 1112	CODIGO V 1112	CODIGO V 1112	CODIGO V 1112
1110 ¿Porqué no asistió a la escuela o colegio?	PROBLEMAS FAMILIARES1 PROBLEMAS EN LA ESCUELA2 CAMBIO DE DOMICILIO3 CERRARON LA ESCUELA/COLEGIO4 NO HAY ESCUELA/COLEGIO5 POR TRABAJO6 MUCHA DISTANCIA7 NIÑO SE ENFERMO8 BAJO RENDIMIENTO9 OTRO10	CODIGO	CODIGO	CODIGO	CODIGO
1111 ¿Cuántos años hace que no asiste a la escuela o colegio?	AÑOS NUNCA ASISTIO99	AÑOS NUNCA ASISTIO99	AÑOS NUNCA ASISTIO99	AÑOS NUNCA ASISTIO99	AÑOS NUNCA ASISTIO99
1112 ¿Vive (NOMBRE) con Ud.?	SI1 V SIG. COL. NO2	SI1 V SIG. COL. NO2	SI1 V SIG. COL. NO2	SI1 V SIG. COL. NO2	SI1 V SIG. COL. NO2
1113 ¿Con quién vive?	PADRE1 FAMILIAR2 OTRO3 NO SABE9	PADRE1 FAMILIAR2 OTRO3 NO SABE9	PADRE1 FAMILIAR2 OTRO3 NO SABE9	PADRE1 FAMILIAR2 OTRO3 NO SABE9	PADRE1 FAMILIAR2 OTRO3 NO SABE9

XII. COMUNICACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1200	ENTREVISTADORA: VEA 500 SI LA ENTREVISTADA CONOCE SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS	SI.....1 NO2----> 1204	
1201	¿Aprueba o desaprueba Ud. el uso de métodos anticonceptivos para espaciar el nacimiento de los hijos o evitar el embarazo?	APRUEBA1 DESAPRUEBA.....2 NO OPINA.....3	
1202	¿Acepta o no acepta Ud. que la información sobre anticonceptivos se transmita por medio de la radio?	ACEPTA.....1 NO ACEPTA2	
1203	¿Acepta o no acepta Ud. que la información sobre anticonceptivos se muestre en la televisión?	ACEPTA.....1 NO ACEPTA2	
1204	¿Ha visto o escuchado Ud. algún anuncio o mensaje sobre Planificación Familiar en los últimos seis meses?	SI.....1 NO2----> 1206	
1205	¿Porqué medios ha visto o escuchado los mensajes? LEALE UNA A UNA	SI NO EN LA RADIO1 2 EN LA TELEVISION1 2 EN PERIODICO O REVISTA1 2 EN UN AFICHE.....1 2 EN FOLLETOS1 2 EN CLINICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.....1 2 DE TRABAJADORES EN SALUD1 2 DE PROFESORES.....1 2 OTRO _____1 2 (Especifique)	
1206	¿Ha recibido Ud. información sobre Planificación Familiar?	SI.....1 NO2----> 1300	
1207	¿En dónde ha recibido principalmente Ud. información sobre Planificación Familiar?	CLINICA DE PLANIFICACION FAMILIAR1 HOSPITAL.....2 CENTRO DE SALUD3 DOCTOR.....4 TRABAJADOR DE SALUD5 FARMACIA O BOTICA6 AMIGO7 MEDIOS DE COMUNICACION8 FAMILIARES9 OTRO _____10 (Especifique)	

XIII. VIVIENDA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1300	¿Qué parentesco o relación tiene Ud. con el jefe del hogar?	ELLA ES JEFE DEL HOGAR1 ESPOSA O COMPAÑERA2 HIJA3 HERMANA.....4 OTRO PARIENTE5 OTRO NO PARIENTE6 EMPLEADA DOMESTICA7	
1301	Tipo de vivienda ANOTE LO QUE UD. OBSERVE	CASA INDEPENDIENTE1 DEPARTAMENTO2 CUARTOS EN CASA DE INQUILINATO.....3 MEDIAGUA.....4 COVACHA.....5 OTRO _____6 (Especifique)	
1302	¿Es esta vivienda propia, alquilada, cedida, prestada, u ocupa este hogar bajo otra condición?	PROPIA1 ARRENDADA2 GRATUITA O POR SERVICIO.....3 OTRA _____4 (Especifique)	
1303	Principal material del piso. ANOTE LO QUE UD. OBSERVE	TIERRA.....1 MADERA.....2 PARQUET, BALDOSA O VYNIL3 LADRILLO O CEMENTO.....4 OTRO _____5 (Especifique)	
1304	Principal material de construcción de las paredes. ANOTE LO QUE UD. OBSERVE	HORMIGON, LADRILLO O BLOQUE1 ADOBE O TAPIA.....2 MADERA/TABLA.....3 CAÑA O BAHAREQUE.....4 PAJA O PALMA.....5 OTRO _____6 (Especifique)	
1305	¿De cuántos cuartos dispone su vivienda para dormir?	NUMERO DE DORMITORIOS <u> </u>	
1306	¿Cuál es el principal combustible o energía que utilizan para cocinar?	GAS1 CARBON2 LEÑA.....3 ELECTRICIDAD4 KEREX.....5 OTRO _____6 (Especifique) NO COCINAN.....7	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1307	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para uso doméstico?	AGUA POR TUBERIA DE RED PUBLICA: DENTRO DE LA VIVIENDA 1 FUERA DE LA VIVIENDA 2 AGUA DE POZO 3 RIO/VERTIENTE/ACEQUIA/CANAL 4 LLUVIA/TANQUE/ALJIBE 5 CAMION TANQUERO 6 OTRO 7 (Especifique)	
1308	¿Qué tipo de servicio sanitario tiene este hogar?	ESCUSADO USO EXCLUSIVO 1 ESCUSADO USO COMUN 2 LETRINA 3 NO TIENE 4 OTRO 5 (Especifique)	
1309	¿Tiene en su hogar? LEALE UNA A UNA	SI NO ENERGIA ELECTRICA 1 2 TELEFONO 1 2 VENTILADOR 1 2 PLANCHA ELECTRICA 1 2 LICUADORA 1 2 RADIO 1 2 EQUIPO DE MUSICA 1 2 AIRE ACONDICIONADO 1 2 TELEVISOR 1 2 REFRIGERADORA 1 2 LAVADORA DE ROPA 1 2 CALENTADOR DE AGUA 1 2 BOMBA DE AGUA 1 2	
1310	¿Algún miembro de su vivienda tiene?: LEALE UNA A UNA	SI NO CARRO PARTICULAR 1 2 MOTOCICLETA 1 2 BICICLETA 1 2 TRACTOR (Solo rural) 1 2	

1311	Hora de finalización de la entrevista	HORA <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>
------	---------------------------------------	---

**AGRADEZCA A LA MUJER POR HABERLE DADO SU TIEMPO, REGRESE A LA PRIMERA PAGINA Y ANOTE EL CODIGO DE RESULTADO.
GRACIAS!**

ASEGURESE QUE HA TRANSCRITO LA INFORMACION DE IDENTIFICACION GEOGRAFICA Y MUESTRAL DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR AL CUESTIONARIO INDIVIDUAL