



**Centro de Estudios de Población
y Paternidad Responsable CEPAR
Ministerio de Salud Pública MSP
Centers for Disease Control CDC**



ECUADOR

Encuesta demográfica
y de salud materna e infantil

ENDEMAIN - 89



ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL ECUADOR 1989

Centro de Estudios de Población
y Paternidad Responsable (CEPAR)

Ministerio de Salud Pública (MSP)

Centers for Disease Control (CDC)



Reprinted by the
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Public Health Service
Centers for Disease Control



ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL
ENDEMAIN - ECUADOR 1989

CENTRO DE ESTUDIO DE POBLACION Y PATERNIDAD
RESPONSABLE, CEPAR

Diciembre 1990

Impresión: Ediciones Culturales UNP

Tiraje: 1000 ejemplares

Reproducción autorizada citando la fuente

TABLA DE CONTENIDOS

1. ANTECEDENTES	1
1.1 Introducción	1
1.2 Objetivos de la encuesta	1
1.3 Contenido del informe	2
1.4 Organización de la encuesta	3
1.5 Metodología	4
1.5.1 Instrumentos utilizados	4
1.5.2 Capacitación y selección de personal ...	5
1.5.3 Procesamiento de datos	6
1.6 Situación demográfica del país	6
1.7 Salud y planificación familiar	9
1.8 Resultado de las entrevistas	10
1.9 Principales características de las mujeres investigadas.	11
2. NUPCIALIDAD	14
2.1 Estado conyugal actual	14
2.2 Edad a la primera unión	18
2.3 Edad mediana a la primera unión	20
3. FECUNDIDAD	22
3.1 Fecundidad acumulada o retrospectiva	22
3.2 Niveles y tendencias de la fecundidad	32
3.3 Fecundidad conyugal	41
4. REGULACION DE LA FECUNDIDAD	45
4.1 Conocimiento de métodos de planificación familiar	45
4.2 Prevalencia de uso de métodos de planificación familiar	49
4.2.1 Comparación con la prevalencia de uso en otros países	59
4.2.2 Perfil de usuarias	62
4.3 Fuente de obtención de métodos	64
4.4 Razones para el uso de anticonceptivos	67
4.4.1 Razones para usar anticonceptivos	67
4.4.2 Razones para descontinuar el uso de métodos anticonceptivos.	69
4.4.3 Razones para no usar anticonceptivos ..	70
4.5 Intención de uso de anticonceptivos	73
5. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS Y RIESGO DE EMBARAZO NO PLANEADO	77
5.1 Deseo del último embarazo	77
5.2 Intenciones de embarazarse	80
5.3 Uso de métodos anticonceptivos e intenciones reproductivas	83
5.4 Deseo de más hijos	86
5.5 Interés en métodos permanentes	91
5.6 Riesgo de un embarazo no planeado (mujeres que necesitan planificación familiar)	96

6. LA EXPERIENCIA SEXUAL Y EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS MUJERES JOVENES (15 A 24 AÑOS).....	101
6.1 Concepciones premaritales.	101
6.2 La primera experiencia sexual y uso de anticonceptivos	102
6.3 Actividad sexual	111
6.4 Comparación con lo datos de la encuesta ENJOV-88.	113
7. COMUNICACION EN TEMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.....	117
8. MORTALIDAD INFANTIL Y DE LA NIÑEZ.....	122
8.1 Hijos nacidos vivos y sobrevivientes	122
8.2 Niveles de mortalidad infantil y de la niñez	123
8.3 Diferencias de los niveles de mortalidad	126
8.4 Causas de muerte: neonatal, postneonatal y de la niñez	131
9. SALUD MATERNA, INFANTIL Y DE LA NIÑEZ.....	136
9.1 Control prenatal y vacuna antitetánica	136
9.2 Atención del parto	140
9.3 Control postparto	144
9.4 Control médico del niño	146
9.5 Prevalencia de diarrea y su tratamiento	148
9.5.1 Prevalencia de diarrea	149
9.5.2 Tratamiento de diarrea	154
9.5.3 Razones para no haber dado tratamiento en caso de diarrea	159
9.5.4 Alimentación de los de niños con diarrea	160
9.5.5 Conocimiento y uso de suero de rehidratación oral (SRO)	162
9.6 Prevalencia de Infección Respiratoria Aguda (IRA)	165
9.6.1 La Frecuencia de IRA	165
9.6.2 Tratamiento de IRA	169
9.7 Inmunización de menores de 5 años	173
9.7.1 Niveles de inmunización por vacunas ..	174
9.7.2 Cobertura general de la vacunación ...	180
10. RESUMEN Y CONCLUSIONES	
10.1 RESUMEN	182
10.2 CONCLUSIONES	191
ANEXOS:	
I. DISEÑO MUESTRAL	194
II. LA PRECISION DE LOS RESULTADOS: LOS ERRORES ESTANDAR	200

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1.1	Ecuador: indicadores demográficos.....	8
Cuadro 1.2	Distribución porcentual de los hogares (viviendas) y mujeres visitados, por dominios de estudio, según resultado de las entrevistas	11
Cuadro 1.3	Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil. CENSO-82, ESMIVD-82, ENDESA-87 y ENDEMAIN-89	12
Cuadro 1.4	Distribución porcentual de las mujeres de 15-49 años, según el nivel de instrucción. ESMIVD-82, ENDESA-87 y ENDEMAIN-89.	12
Cuadro 1.5	Distribución porcentual de las mujeres de 15-49 años, por nivel de instrucción, según grupos de edad, área y residencia.	13
Cuadro 2.1	Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años, por estado civil o conyugal, según edad actual.	14
Cuadro 2.2	Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años según estado civil o conyugal y porcentaje en unión según edad. Comparación con otras encuestas.	16
Cuadro 2.3	Distribución porcentual de todas las mujeres de 15-49 años, por estado civil o conyugal, según características seleccionadas.	17
Cuadro 2.4	Distribución porcentual de todas las mujeres, por edad a la primera unión, según edad actual	19
Cuadro 2.5	Edad mediana a la primera unión, según características seleccionadas (todas las mujeres de 15-49 años)	21
Cuadro 3.1	Promedio de hijos tenidos por mujer, según grupos de edad, de acuerdo a varias encuestas	24

Cuadro 3.2	Distribución porcentual de todas las mujeres y mujeres unidas, por edad, según número de hijos tenidos.	26
Cuadro 3.3	Promedio de hijos tenidos por mujer, por edad, según características seleccionadas. (Todas las MEF).	27
Cuadro 3.4	Promedio de hijos nacidos vivos, por edad a la primera unión, según duración de la unión (mujeres alguna vez unidas).	30
Cuadro 3.5	Promedio de hijos nacidos vivos, por área y edad a la primera unión, según duración de la unión (mujeres alguna vez unidas)	31
Cuadro 3.6	Tasas específicas de fecundidad por edad y tasa global de fecundidad en los cinco años anteriores a la encuesta	33
Cuadro 3.7	Tasas específicas de fecundidad por edad y tasa global de fecundidad, según varias fuentes y períodos.	35
Cuadro 3.8	Tasas específicas de fecundidad por edad (por 1000 mujeres) y tasa global de fecundidad para el período 1984-1989, según características seleccionadas	38
Cuadro 3.9	Tasa global de fecundidad, según características seleccionadas ENDESA-87 y ENDEMAIN-89	40
Cuadro 3.10	Tasas de fecundidad conyugal para los cinco años anteriores a la encuesta, por años desde la primera unión, según características seleccionadas (mujeres alguna vez unidas). (Tasas por 1000)	42
Cuadro 4.1	Porcentaje de MEF casadas o unidas que conocen por lo menos un método anticonceptivo eficaz, según características seleccionadas. ENDESA-87 y ENDEMAIN-89	46
Cuadro 4.2	Porcentaje de MEF (todas) que conocen métodos anticonceptivos, por grupos de edad, según tipo de método	47

Cuadro 4.3	Porcentaje de MEF (todas), que conocen métodos anticonceptivos, por nivel de instrucción, según tipo de método.	48
Cuadro 4.4	Porcentaje de MEF casadas o unidas, que esta usando un método anticonceptivo, según algunas características seleccionadas. ESMIVD-82, ENDESA-87 y ENDEMAIN-89	51
Cuadro 4.5	Porcentaje de MEF casadas o unidas que esta usando métodos anticonceptivos, por residencia, según características seleccionadas	53
Cuadro 4.6	Porcentaje de MEF casadas o unidas, que esta usando métodos anticonceptivos, por nivel de instrucción, según características seleccionadas.....	54
Cuadro 4.7	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, por área, según uso y método. ESMIVD-82, ENDESA-87 y ENDEMAIN-89	56
Cuadro 4.8	Distribución porcentual de las MEF (unidas y total), por grupos de edad, según uso y método utilizado	57
Cuadro 4.9	Distribución porcentual de las MEF casadas o unidas, por número de hijos actualmente vivos, según uso y método utilizado	58
Cuadro 4.10	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, por nivel de instrucción, según uso y método utilizado	59
Cuadro 4.11	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas de 15-44 años de edad, según uso y método utilizado. Algunos países	60
Cuadro 4.12	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, por método que usan, según características seleccionadas	63
Cuadro 4.13	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, por área y región, según fuente donde obtienen el método anticonceptivo	65

Cuadro 4.14	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, por tipo de método usado, según fuente de obtención	66
Cuadro 4.15	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, por residencia, según tiempo necesario para ir a la fuente donde obtiene (obtuvo) los anticonceptivos	67
Cuadro 4.16	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, que están usando anticonceptivos, por razón de uso, según características seleccionadas.	68
Cuadro 4.17	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, que utilizaron métodos en el pasado y ya no usan, por último método usado, según razones para abandonar su uso	70
Cuadro 4.18	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, que no están usando anticonceptivos, por área de residencia, según razones para no usar	71
Cuadro 4.19	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, que no están usando métodos anticonceptivos, por nivel de instrucción, según razones para no usar.	72
Cuadro 4.20	Porcentaje de MEF casadas o unidas que no usan métodos y desean usar, por deseo de uso y conocimiento de la fuente de obtención, según características seleccionadas	74
Cuadro 4.21	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, no usuarias de métodos anticonceptivos, que desea usar ahora o en los próximos 12 meses, por residencia, según fuente de obtención del método.	75
Cuadro 4.22	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, no usuarias de métodos anticonceptivos, que desean usarlos ahora o en los próximos 12 meses, por residencia, según método preferido.	76

Cuadro 5.1	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, por deseo del ultimo embarazo, según características seleccionadas	78
Cuadro 5.2	Porcentaje de MEF casadas o unidas (20-39 años), que no deseaba el ultimo embarazo o el actual, por número de hijos actualmente vivos, según grupos de edad y nivel de instrucción.	79
Cuadro 5.3	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, por intención de embarazarse, según características seleccionadas.	81
Cuadro 5.4	Porcentaje de MEF casadas o unidas, que no desea embarazarse, por número de hijos actualmente vivos, según grupos de edad y nivel de instrucción.	82
Cuadro 5.5	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, que tuvieron un embarazo en los últimos 5 años, por deseo del último embarazo, según uso y método utilizado.	84
Cuadro 5.6	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas que no desean embarazarse por residencia, según uso y método utilizado.	85
Cuadro 5.7	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, fecundas, por deseo de más hijos, según características seleccionadas	88
Cuadro 5.8	Porcentaje de MEF casadas o unidas, fecundas, que no desea tener más hijos, por número de hijos actualmente vivos, según grupos de edad y nivel de instrucción.	89
Cuadro 5.9	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, que no quieren tener más hijos por residencia, según uso y método utilizado.	90
Cuadro 5.10	Porcentaje de MEF casadas o unidas, fecundas, que no desean más hijos y que están interesadas en esterilización, según características seleccionadas	92

Cuadro 5.11	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, fecundas, que no desean más hijos, están interesadas en esterilizarse, conocen donde obtener servicios de esterilización, por nivel de instrucción, según razon para no haberse esterilizado	93
Cuadro 5.12	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, fecundas que no desean más hijos, están interesadas en esterilizarse conocen donde obtener servicios de esterilización, por número de hijos vivos, según razon para no haberse esterilizado	94
Cuadro 5.13	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, fecundas, que no desean más hijos, que no están interesadas en esterilizarse, por nivel de instrucción, según razon por las que no les interesa esterilizarse	95
Cuadro 5.14	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, fecundas, que no desean más hijos y que no están interesadas en esterilizarse, por número de hijos vivos, según razones por las que no les interesa esterilizarse	96
Cuadro 5.15	Distribución porcentual de MEF casadas o unidas, por necesidad de servicios de planificación familiar, según características seleccionadas.	98
Cuadro 5.16	MEF casadas o unidas que requieren servicios de planificación familiar, por residencia, según características seleccionadas	100
Cuadro 6.1	Porcentaje de primeros embarazos que fueron concebidos premaritalmente de mujeres de 15-24 años, según características seleccionadas	102
Cuadro 6.2	Porcentaje de mujeres de 15-24 años, con experiencia sexual premarital, por edad actual, según residencia e instrucción	103

Cuadro 6.3	Distribución porcentual de mujeres de 15-24 años, que tuvieron experiencia sexual premarital, por edad a la primera relación, según residencia e instrucción	104
Cuadro 6.4	Distribución porcentual de mujeres de 15-24 años, que tuvieron su primera relación sexual marital, por edad a la primera relación, según residencia e instrucción	105
Cuadro 6.5	Porcentaje de mujeres de 15-24 años, que utilizaron anticonceptivos en su primera relación sexual, por estado civil, según edad a la primera relación sexual	106
Cuadro 6.6	Distribución porcentual de mujeres de 15-24 años, que usaron anticonceptivos en la primera relación sexual, por estado civil, según método utilizado	106
Cuadro 6.7	Porcentaje de mujeres que conocen el período fértil de la mujer durante el ciclo menstrual, según características seleccionadas	107
Cuadro 6.8	Distribución porcentual de mujeres de 15-24 años, que tuvieron relaciones premaritales y no usaron anticonceptivos en la primera relación sexual, por edad a la primera relación, según razón para no usar	108
Cuadro 6.9	Distribución porcentual de mujeres de 15-24 años, por edad actual, según opinión acerca de las relaciones sexuales	109
Cuadro 6.10	Distribución porcentual de mujeres de 15-24 años, por residencia, según opinión acerca de las relaciones sexuales	110
Cuadro 6.11	Distribución porcentual de mujeres de 15-24 años, por experiencia sexual, según opinión acerca de las relaciones sexuales	111

Cuadro 6.12	Porcentaje de mujeres de 15-24 años, activas sexualmente, que tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior a la encuesta y usaron anticonceptivos, según estado civil	112
Cuadro 6.13	Porcentaje de mujeres de 15-24 años, activas sexualmente, que usa anticonceptivos, por estado civil, según uso actual y método utilizado	112
Cuadro 6.14	Distribución porcentual de mujeres de 15-24 años, activas sexualmente (en el último mes), por estado civil, según frecuencia de relaciones sexuales	113
Cuadro 6.15	Porcentaje de mujeres de 15-24 años, que informaron experiencia sexual premarital, por edad actual, según ciudad y fuente de investigación	114
Cuadro 6.16	Porcentaje de hogares con más de una mujer de 15-24 años, por número de mujeres y estado civil, según ciudad y edad	115
Cuadro 6.17	Porcentaje de mujeres de 15-24 años, que informaron experiencia sexual premarital, por número de mujeres entrevistadas en el hogar, según ciudad y edad	115
Cuadro 6.18	Porcentaje de mujeres de 15-24 años, que informaron experiencia sexual premarital, por número de mujeres entrevistadas en el hogar, según ciudad y estado civil	116
Cuadro 7.1	Distribución porcentual de MEF que vieron o escucharon mensajes de planificación familiar (en los últimos 6 meses), según características seleccionadas.	118
Cuadro 7.2	Porcentaje de MEF que recibieron mensajes de planificación familiar, por tipos de medios de comunicación, según características seleccionadas.	119
Cuadro 7.3	Porcentaje de MEF, por el tipo de mensaje de planificación familiar que habían visto o escuchado, según características seleccionadas.	121

Cuadro 8.1	Número promedio de nacidos vivos y sobrevivientes, según edad actual de la mujer. ENF-79, y ENDEMAIN-89	123
Cuadro 8.2	Mortalidad infantil y de la niñez, según las encuestas ENDESA-87 y ENDEMAIN-89	125
Cuadro 8.3	Mortalidad infantil y de la niñez, según características seleccionadas (julio 1979 julio 1989)	128
Cuadro 8.4	Distribución porcentual de las causas primarias de muerte durante la infancia y de la niñez	133
Cuadro 9.1	Control prenatal, por residencia y nivel de instrucción, según características seleccionadas. Distribución porcentual de mujeres casadas o unidas con algún hijo nacido vivo a partir de 1984	137
Cuadro 9.2	Vacunación contra el tétanos durante el embarazo, por número de dosis, según características seleccionadas. Porcentaje y distribución porcentual de mujeres casadas o unidas con algún nacido vivo a partir de 1984	139
Cuadro 9.3	Lugar de atención del último parto, por residencia y nivel de instrucción. Distribución porcentual de mujeres casadas o unidas con algún hijo nacido vivo a partir de 1984	141
Cuadro 9.4	Atención hospitalaria del último parto con cesárea, según características seleccionadas. Porcentaje de mujeres casadas o unidas con algún nacido vivo a partir de 1984	143
Cuadro 9.5	Control postparto, por residencia y nivel de instrucción, según características seleccionadas. Distribución porcentual de mujeres casadas o unidas con algún hijo nacido vivo a partir de 1984	145

Cuadro 9.6	Control del niño sano, por residencia y nivel de instrucción, según características seleccionadas. Distribución porcentual de mujeres casadas o unidas con algún hijo nacido vivo a partir de 1984	147
Cuadro 9.7	Porcentaje de niños menores de 5 años que tuvieron diarrea alguna vez en las dos semanas anteriores a la fecha de la entrevista, por residencia, según edad de los niños	149
Cuadro 9.8	Porcentaje de niños nacidos desde Enero de 1987, que tuvieron diarrea alguna vez en las dos semanas anteriores a la fecha de la entrevista, por edad de los niños, según situación de lactancia materna	150
Cuadro 9.9	Porcentaje de niños menores de 5 años, que tuvieron diarrea alguna vez en las dos semanas anteriores a la fecha de la entrevista, por edad de los niños, según nivel de instrucción e índice socioeconómico del hogar	151
Cuadro 9.10	Porcentaje de niños menores de 5 años, que tuvieron diarrea alguna vez en las dos semanas anteriores a la fecha de la entrevista, según características del hogar	152
Cuadro 9.11	Porcentaje de niños menores de 5 años, que tuvieron diarrea alguna vez en las dos semanas anteriores a la fecha de la entrevista, por algunos síntomas que presentaron, según características seleccionadas	153
Cuadro 9.12	Distribución porcentual de niños menores de 5 años en su episodio más reciente de diarrea, por tratamiento, según características seleccionadas	155
Cuadro 9.13	Distribución porcentual de niños menores de 5 años, que tuvieron un episodio reciente de diarrea, por tratamiento, según síntomas presentados.	156

Cuadro 9.14	Porcentaje de niños menores de 5 años, que tuvieron episodio de diarrea en las dos semanas anteriores a la entrevista, por tratamiento recibido, según características seleccionadas	158
Cuadro 9.15	Distribución porcentual de los niños menores de 5 años en su episodio más reciente de diarrea, por duración de la diarrea, según razones por las que no fueron tratados	160
Cuadro 9.16	Porcentaje de niños menores de 5 años en su episodio más reciente de diarrea, por tipo de alimentación, según características seleccionadas	162
Cuadro 9.17	Porcentaje de mujeres de 15 - 49 años, con hijos actualmente vivos (a la fecha de la entrevista) menores de 5 años, por conocimiento y uso de suero de rehidratación oral (SRO), según características seleccionadas	163
Cuadro 9.18	Distribución porcentual de mujeres con niños menores de 5 años, que conocían el propósito del SRO, por nivel de instrucción, según razones para no haber usado el SRO	164
Cuadro 9.19	Distribución porcentual de niños menores de 5 años, que reportaron episodios de enfermedades respiratorias en los tres meses anteriores a la entrevista, por residencia, según número de episodios	166
Cuadro 9.20	Porcentaje de niños menores de 5 años, con presencia de síntomas asociados con infección respiratoria aguda(ira) en las dos semanas anteriores a la entrevista, según características seleccionadas	167
Cuadro 9.21	Distribución porcentual de los niños menores de 5 años, que presentaron infecciones respiratorias agudas (ira) en las dos semanas anteriores a la entrevista, por presencia y gravedad de las infecciones, según características seleccionadas	169

Cuadro 9.22	Porcentaje de niños menores de 5 años, con tratamiento en su reciente enfermedad respiratoria, según características seleccionadas	170
Cuadro 9.23	Porcentaje de niños menores de 5 años, que tuvieron enfermedad respiratoria, por tipo de tratamiento, según características seleccionadas	171
Cuadro 9.24	Distribución porcentual de los niños menores de 5 años, que no se les dio tratamiento en su enfermedad respiratoria, por nivel de instrucción de la madre, según razón para no dar tratamiento	173
Cuadro 9.25	Porcentaje de niños menores de 5 años de los que se reporto vacunación completa de BCG, Polio, DPT, y Sarampión por tipo de vacuna, según características seleccionadas	175
Cuadro 9.26	Porcentaje de niños menores de 5 años de los que se reporto vacunación completa de BCG, Polio DPT y Sarampión y confirmada con certificado, por residencia, según tipo de vacuna	176
Cuadro 9.27	Porcentaje de niños menores de 5 años de los que se reporto vacunación completa de BCG, por edad de los niños, según características seleccionadas	177
Cuadro 9.28	Porcentaje de niños menores de 5 años de los que se reporto vacunación completa de Polio, por edad de los niños, según características seleccionadas	178
Cuadro 9.29	Porcentaje de niños menores de 5 años de edad de los que se reporto vacunación completa de DPT por edad de los niños, según características seleccionadas	178

Cuadro 9.30	Porcentaje de niños menores de 5 años de los que se reportó vacunación completa de Sarampión, por edad de los niños, según características seleccionadas.	179
Cuadro 9.31	Porcentaje de niños de 9 a 59 meses que tienen inmunización completa, según características seleccionadas.	181

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 2.1	Estado civil o conyugal, según edad actual	15
Gráfico 2.2	Distribución de mujeres, según edad a la primera unión	20
Gráfico 3.1	Promedio de hijos tenidos por mujer, según edad. Varias encuestas	24
Gráfico 3.2	Promedio de hijos tenidos por mujer, por área y nivel de instrucción, según edad	28
Gráfico 3.3	Promedio de hijos nacidos vivos por mujer, por área y edad a la primera unión, según años de unión	32
Gráfico 3.4	Tasas específicas de fecundidad, según edad. Varias encuestas y períodos	36
Gráfico 3.5	Tasa global de fecundidad, según características seleccionadas	39
Gráfico 3.6	Tasa global de fecundidad conyugal, según características seleccionadas	44
Gráfico 4.1	Porcentaje de MEF casadas o unidas que conocen métodos, por tipo de método. ENDESA-87 y ENDEMAIN-89	49
Gráfico 4.2	Prevalencia anticonceptiva y tasa global de fecundidad	61
Gráfico 4.3	Distribución de MEF casadas o unidas que usan métodos, por tipo de método. ENDESA-87 y ENDEMAIN-89	62
Gráfico 5.1	Distribución de MEF casadas o unidas por preferencias reproductivas. ENDESA-87 y ENDEMAIN-89	87
Gráfico 9.1	Control prenatal según residencia, y nivel de instrucción	140
Gráfico 9.2	Atención profesional del último parto según residencia y nivel de instrucción	144

PRESENTACION

El Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable efectuó en 1989, la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN-89) con el auspicio del Ministerio de Salud Pública, el financiamiento de la Agencia para el Desarrollo Internacional y con la Asesoría Técnica de Centers for Disease Control, Atlanta Georgia. Sus principales resultados constituyen el contenido del informe, que se presenta a consideración de los usuarios involucrados en el área de la salud, los planificadores, administradores de programas de salud y planificación familiar.

Cabe destacar el amplio contenido de la investigación realizada en lo relativo a salud materna: atención pre y post natal, así como, lo relacionado con la atención del parto. Además, la información tomada acerca de la prevalencia de enfermedades como diarrea e infecciones respiratorias y la inmunización proporcionada a los niños menores de 5 años.

Adicionalmente, se puso énfasis en investigar la mortalidad infantil y sus causas, la fecundidad y sus determinantes, el conocimiento y uso de anticoncepción.

Al publicar los resultados obtenidos, es necesario resaltar la colaboración prestada por la población femenina entrevistada, digna de relieves, puesto que significa la base del trabajo emprendido y gracias a la cual se dispone de la información veraz acerca de la problemática investigada.

También fue trascendente la participación y dedicación del personal que tuvo a su cargo la recolección de los datos: coordinadores, supervisoras y entrevistadoras.

La contribución del grupo técnico de Centers for Disease Control, ha significado un valioso apoyo en el desarrollo de este proyecto, que incluye la elaboración y revisión del presente documento.

La labor del personal directivo, técnico y administrativo del CEPAR así como el apoyo del Ministerio de Salud Pública, ha hecho posible llegar a la culminación de este estudio, como un aporte para el mejor conocimiento de los aspectos inherentes a la salud de las madres y niños ecuatorianos.

PERSONAL DE LA ENDEMAIN-89

COMITE EJECUTIVO

Dra. Betty Proaño R. (CEPAR)
Lcda. Lupe Orozco (MSP)
Sr. Manuel Rizzo (AID)
Dr. Mario Vergara (AID)
Sr. Jaime Benavente (AID)
Sr. Eduardo Contreras (AID)

Dirección y análisis de la Encuesta

CEPAR

Dr. Nelson Oviedo
Lcdo. Francisco Páez
Econ. Magdalena Torres
Dmgfo. José Ordoñez
Est. Ernesto Pinto
Dr. Arturo Pozo
Econ. Carlos Criollo *

CENTERS FOR DISEASE CONTROL

Dr. Leo Morris
Sr. Richard Monteith
Dr. Raúl Romaguera
Dr. Eduardo Montaña
Dr. Paul Stupp

Procesamiento de la información

Tecn. Alicia Ruíz	Sr. Steve Kinchen (CDC)
Sr. Fernando Carlosama	Sr. Angel Urbina
Sr. Milton Lara	Sr. Luis Jarrín
Sr. Eduardo Argüello	Sr. Xavier Moreno
Sr. Robert Yandún	

Personal de trabajo de campo

Coordinadores:

Sr. Rodolfo Carrasco	Sr. Pedro Bolaños
Sr. Jorge Albán	Sr. Julio Villalta

Supervisoras:

Elsa Gutiérrez	Marjorie Mogollón
Rosie Obando	Cecibel Gordillo
Iveth Castillo	Sara Barriga
Maria Pérez	Isabel Schaffry
Marianela Maldonado	Isabel Sedamanos
Alejandra Gavilánez	Nadia Murillo

* Responsable del Diseño y Selección de la Muestra

Entrevistadoras:

Mónica Salazar
Vicky Castillo
Rocío Cuásquer
Nelly Yañez
Bertha Ponce
Grace Baldeon
Susana Tutillo
Mercedes Collahuazo
Patricia Aguilera
Adriana Sánchez
Catalina Proaño
Mónica Hidalgo
Ana Núñez
Sadie Aguilera
Elena Hidalgo
Jeaneth Coronel
Alexandra Rivera
Geovana Sánchez
Gloria Rivadeneira
Consuelo Martínez
Katerine Vinueza (fallecida)
Esperanza Rodríguez
Katty Sánchez
Máxima Mosquera

Olga Alejandro
Gislaine Escobar
Brenda Plúa
Pilar Bone
Kitty Lovatón
Luisa Jhonson
Ketty Parada
Isabel Durango
Rosa Gaviláñez
Tanye Miranda
María Rodríguez
Lina Pérez
Martha Chica
Rosa Iñiguez
Yenny Aroca
Ruth Savinovich
Elsa Yaulema
María Aguilera
Petita Sarco
Bella Crespo
Gladys Vite
Rocío Plúa
Katia Estrella
Mercedes Super
Zoila Parada

1. ANTECEDENTES

1.1 Introducción

El nivel y la rapidez de los cambios demográficos producidos en el país en las últimas dos décadas, especialmente en lo referente a fecundidad y mortalidad, conlleva la necesidad de contar con datos actualizados relativos a estos cambios y de obtener información que permita dilucidar sobre la medición y los factores que han incidido en los descensos observados.

Algunas investigaciones se han realizado a este respecto: la Encuesta Nacional de Fecundidad (INEC,1979), la Encuesta de Salud y Variables Demográficas (MSP,1982) y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (CEPAR,1987).

A estos esfuerzos se suma la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN-89) efectuada por CEPAR, con el auspicio del Ministerio de Salud Pública, la Asesoría Técnica de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC, Atlanta) y con el financiamiento de la Agencia para el Desarrollo Internacional.

En esta oportunidad, el CEPAR pone a consideración de los usuarios, el Informe Definitivo con los principales resultados obtenidos en la ENDEMAIN 89 y, destaca el amplio contenido de la misma para aquellos organismos y personas especializadas que tengan interés en profundizar en el estudio de las variables investigadas. Con este objeto, pueden solicitar al CEPAR la información adicional que así requieran.

1.2 Objetivos de la encuesta

Los principales objetivos de la ENDEMAIN-89 fueron los siguientes:

- Contar con información actualizada y confiable sobre salud reproductiva, materna e infantil.
- Cuantificar los cambios registrados en la fecundidad y mortalidad en el país en los diversos estratos geográficos, y las principales causas de muerte de los menores de cinco años.

- Establecer la influencia de los factores socio-económicos en los niveles y tendencias de las variables mencionadas.
- Determinar los niveles en que se encuentran la atención de la salud materna e infantil, la morbilidad infantil e inmunizaciones.
- Disponer de información relativa al conocimiento y práctica de la anticoncepción en el país.
- Conocer aspectos de la sexualidad de las mujeres jóvenes del país.

1.3 Contenido del informe

El presente informe es de carácter general y descriptivo; se refiere a los principales resultados obtenidos en la encuesta. Por ello no profundiza en el análisis de los datos, con la aspiración de que CEPAR, el Ministerio de Salud Pública y otros organismos o personas especializadas, incursionarán en estudios analíticos que ahonden sobre la problemática investigada.

Los resultados se presentan desagregados a nivel de Quito, Guayaquil, resto urbano sierra, resto urbano costa, rural sierra y rural costa; debe mencionarse que en el análisis no se incluye el dominio correspondiente a las provincias del plan piloto de salud del Ministerio de Salud Pública MSP, datos sobre los cuales se han realizado análisis específicos por parte de ese Ministerio.

Es de señalar, que el CEPAR cuenta con tabulaciones adicionales que pueden ser consultadas en la Institución así como del archivo completo de la información, que permite elaborar nuevas tabulaciones de así requerirse.

Los temas tratados en este documento son los siguientes:

En los acápite restantes del capítulo 1 se presentan las generalidades metodológicas, la situación demográfica y de salud del Ecuador, los resultados de las entrevistas efectuadas y, las características que identifican a la población femenina de 15-49 años que fue investigada.

El capítulo 2 corresponde al estado conyugal de la población femenina y datos relativos al tema, como la edad a la primera unión, y el tiempo de duración de esa unión.

El capítulo 3 se refiere al número de hijos que tuvieron las entrevistadas y la obtención de indicadores de la fecundidad en el pasado, la actual y la conyugal.

En el capítulo 4 se revisan los datos relativos al conocimiento y uso de anticonceptivos para regular la fecundidad y se presentan comparaciones con datos obtenidos en el pasado.

El capítulo 5 presenta las preferencias reproductivas de las mujeres y la exposición al riesgo de embarazo no deseado. El capítulo 6 se refiere a las jóvenes adultas (mujeres de 15-24 años), su experiencia sexual y reproductiva.

En el capítulo 7 consta un análisis sucinto de los datos obtenidos sobre conocimiento de las mujeres acerca de la planificación familiar y los medios de comunicación a través de los cuales tuvo acceso a ese tipo de mensajes.

En el capítulo 8 se encuentra lo correspondiente a mortalidad infantil y de la niñez, sus niveles, tendencias y las principales causas de muerte de los menores de cinco años.

El capítulo 9 trata lo relativo a salud materna e infantil, el control pre-natal, atención del parto, control post-parto y atención del niño sano. Además, los aspectos relacionados con enfermedades como diarrea e infecciones respiratorias de los niños menores de 5 años y la inmunización por vacunas administrada a los mismos.

Finalmente, el capítulo 10 contiene una síntesis de cada capítulo y las principales conclusiones de la investigación.

1.4 Organización de la encuesta

La ENDEMAIN-89 se efectuó bajo la coordinación y supervisión de un Comité Técnico Ejecutivo, integrado por representantes de las instituciones que auspiciaron la encuesta: el Ministerio de Salud Pública, la Agencia para el Desarrollo Internacional y el CEPAR, entidad responsable de la ejecución del proyecto.

El Comité Técnico trabajó activamente en la definición del contenido del cuestionario básico que sería utilizado y fue importante la participación del Ministerio de Salud Pública en la elaboración del mismo, especialmente en lo referente a los temas de salud materna e infantil y mortalidad infantil, así como también en la codificación y análisis de causas de muerte de los niños menores de cinco años. El cumplimiento de las actividades de la encuesta, desde su planificación hasta la

presentación de este informe, estuvo a cargo del personal técnico del CEPAR , con la asesoría y colaboración de los expertos de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia, en lo relativo al diseño muestral, la instrucción del personal, el procesamiento y análisis de la información, en la elaboración del Informe Preliminar, así como en la preparación y revisión del presente documento.

1.5 Metodología

La muestra de la ENDEMAIN-89 tuvo como universo las mujeres en edad fértil de 15-49 años (MEF) de la sierra y costa, regiones que representan algo más del 96 por ciento de la poblacional total del país. Se excluyó la Amazonía y Galápagos en razón del alto costo, en relación con su proporción demográfica.

De este universo se seleccionó una muestra aleatoria probabilística, autoponderada, cuyo diseño consta en el ANEXO 1, así como el cálculo de errores de muestreo.

1.5.1 Instrumentos utilizados

Para obtener la información y con el propósito de cumplir con los objetivos de la investigación, se diseñaron dos cuestionarios básicos: el del hogar, que fue aplicado a cada vivienda seleccionada con el fin de determinar si residía en la misma, una o más mujeres en edad fértil, además de tomar algunos datos relativos a las características habitacionales.

El formulario individual, fue aplicado a cada mujer en edad fértil (MEF) residente en la vivienda investigada. Contiene preguntas detalladas para obtener los datos requeridos sobre los temas siguientes:

- I. Características generales de las entrevistadas.
- II. Historia de los nacimientos que han tenido las MEF; defunciones y las causas de muerte de los niños que fallecieron antes de cumplir cinco años.
- III. Salud materna e infantil: control del embarazo, atención del parto, atención post-parto y del niño sano. Enfermedades de los niños: diarrea e infecciones respiratorias agudas.

- IV. Planificación familiar: conocimiento y uso.
- V. Esterilización.
- VI. Preferencias de servicios de planificación familiar.
- VII. Adultas jóvenes.
- VIII. Comunicación en planificación familiar.
- IX. Estado civil.

Los cuestionarios estuvieron sujetos a un proceso de elaboración y revisión exhaustiva por parte de funcionarios y expertos de las instituciones participantes, sobre todo en lo que concierne a morbilidad y mortalidad infantil, síntomas y causas de muerte, con el fin de asegurar que la información obtenida fuera la requerida por los usuarios especializados.

En el mes de abril de 1989 se efectuó una prueba de los cuestionarios en el área urbana y en la rural, merced a la cual se efectuaron las modificaciones pertinentes.

1.5.2 Capacitación y selección de personal.

En el mes de junio de 1989, se reclutó el personal que tendría a su cargo el trabajo de recolección de datos: cuatro coordinadores y las candidatas a supervisoras y entrevistadoras. En julio de 1989 se dictó el curso de entrenamiento en la ciudad de Quito para el personal que trabajaría en la sierra, luego de lo cual se hizo la selección definitiva. Este curso se cumplió en forma intensiva, su duración fue de dos semanas y se impartieron conocimientos tanto de aspectos teóricos de la encuesta y su contenido, como la aplicación práctica de los cuestionarios y la técnica de la entrevista. Igual procedimiento se utilizó en la ciudad de Guayaquil para el grupo que trabajaría en la costa.

El trabajo de recolección de los datos se inició a fines del mes de julio en la sierra y a mediados del mes de agosto en la costa, etapa que se cumplió hasta los primeros días del mes de octubre. Laboraron 4 coordinadores, 2 en la sierra y 2 en la costa, cada uno de ellos a cargo de tres equipos, los cuales estuvieron conformados por una supervisora y cuatro entrevistadoras.

1.5.3 Procesamiento de datos

Al curso de entrenamiento del personal de campo asistieron las personas que actuarían como digitadores para el ingreso de datos en microcomputador. La digitación se cumplió utilizando el programa Survey, elaborado por expertos del CDC, Atlanta, así como el de validación. Las tareas de digitación y validación se cumplieron en forma paralela a la recolección de datos lo que permitió corregir errores de entrevistas mediante la devolución al terreno de los cuestionarios que contenían errores, para que fueran revisados en las propias viviendas y con la MEF correspondiente. Esta etapa concluyó dos semanas después de haberse terminado la recolección de datos y ya en diciembre de 1989 se contó con información preliminar, la misma que estuvo disponible para uso nacional en marzo de 1990 y fue publicada en el mes de agosto del presente año.

1.6 Situación demográfica del país

En 1989 el Ecuador tenía una población estimada de 10 y medio millones de habitantes distribuidos en cuatro regiones naturales: sierra, costa, amazonía y la región insular o archipiélago de Galápagos. En las dos primeras regiones habita, más del 96 por ciento de la población nacional.

La población ecuatoriana evidencia una fecundidad y mortalidad en descenso, aunque todavía se encuentra sobre todo la primera variable en niveles superiores al promedio de los países de América Latina y de la región andina, con excepción de Bolivia. La migración internacional se compensa en gran medida y no afecta en forma importante en el crecimiento de la población del país¹.

En contraposición, el proceso migratorio interno ha sido muy importante y ocasionó que las principales ciudades del país, Quito y Guayaquil, crecieran a una tasa promedio anual superior al cuatro por ciento y que otras "ciudades intermedias", de alrededor de 50 mil habitantes en la década del 70 se incrementaran a tasas aún superiores a la señalada.

¹

Población y Cambios Sociales. Diagnóstico Socio-demográfico del Ecuador 1950-1982. CONADE, UNFPA, Corporación Editora Nacional. Quito 1987. Pág. 15.

Es decir, el país ha presentado una tendencia a "urbanizarse", la que se inició en décadas anteriores y que se estima prevalecerá en los siguientes decenios, de mantenerse las tendencias señaladas. En el cuadro 1.1 se presentan los datos de la población total del país y algunos indicadores que permiten visualizar el comportamiento de las variables demográficas en décadas recientes.

Han sido diversos los factores que determinaron el comportamiento y tendencias observadas en las variables mencionadas; la tasa global de fecundidad, que fue en 1979 (ENF, INEC 1979) 5.4 hijos por mujer, bajó a 4.3 en 1987 (ENDESA, CEPAR 1987) lo que significó un descenso del 19 por ciento.

La mortalidad, medida con la tasa de mortalidad infantil, como indicador más exacto, denota disminución de un 17 por ciento entre las dos fechas consignadas y de acuerdo a la mismas fuentes (de 70 muertes de menores de un año por cada mil nacidos vivos, bajó a 58 por mil)². No hay que perder de vista que son indicadores a nivel nacional y que existen diferencias importantes cuando se los revisa por zonas urbanas y rurales, por regiones, estratos entre los que se observan contrastes dignos de tenerse en cuenta por su impacto social, económico y también en la dinámica demográfica del país.

La educación de la población y el lugar de residencia de la misma son factores que sumados e interrelacionados con otros, han incidido en los niveles y tendencias observados. Los cambios económicos que ha sufrido el país en sus diversos sectores, sobre todo en el de producción agrícola para el consumo interno y la exportación; el impacto de la caída de precios de los hidrocarburos en años anteriores, a nivel mundial, así como los fenómenos naturales ocurridos en igual época, tuvieron una marcada incidencia en la vida del país.

²

Estos últimos datos no corresponden con los del cuadro 1.1 por razones del ajuste efectuado en la mortalidad para las proyecciones de la población. Además, los datos que se presentan en Cap. 3 y 8 son los obtenidos en 1989.

CUADRO 1.1
ECUADOR: INDICADORES DEMOGRAFICOS (*)

INDICADORES DEMOGRAFICOS	PERIODOS			
	1970-75	1975-80	1980-85	1985-90
CRECIMIENTO:				
Población TOTAL	7035	8123	9317	10587
Población 0-14 años	3143	3519	3859	4185
Población 15-64 años	3637	4309	5113	6001
Población 65 años y más	255	295	345	401
Nacimientos anuales	270	290	308	328
Muertes anuales	73	72	70	74
Incremento anual	197	218	238	254
TASAS Y PORCENTAJES:				
Tasa de crecimiento anual	30.08	28.73	27.38	25.53
Indice de masculinidad	101.01	101.15	101.18	101.18
Población en edad de trabajar	51.70	53.05	54.88	56.68
Mujeres en edad fértil/TOTAL MUJERES	44.65	46.09	47.85	49.37
Población escolar (6-18 años)	33.08	33.06	32.12	31.06
Población urbana	41.78	47.09	51.39	54.74
Edad mediana (en años)	17.51	18.07	18.81	19.59
FECUNDIDAD:				
Tasa global de fecundidad	6.05	5.40	4.80	4.28
Tasa bruta de natalidad	41.23	38.24	35.37	32.94
Tasa bruta de reproducción	2.99	2.63	2.34	2.09
Tasa neta de reproducción	2.43	2.24	2.05	1.88
MORTALIDAD:				
Tasa bruta de mortalidad	11.15	9.51	8.00	7.41
Tasa de mortalidad infantil	95.04	82.36	69.55	63.37
ESPERANZA DE VIDA AL NACER:				
Ambos sexos. N1 de años	58.87	61.41	64.27	65.44
Hombres. N1 de años	57.36	59.68	62.25	63.39
Mujeres. N1 de años	60.46	63.23	66.39	67.59

* Los valores absolutos en miles y las tasas por mil. Los datos de población se refieren al final del quinquenio. Los indicadores, excluyendo la tasa de crecimiento anual, se expresan con respecto a la población final del quinquenio; los demás son medias anuales para el quinquenio.

FUENTE : CELADE: AMERICA LATINA, Proyecciones de población 1950-2025 Boletín N1 45, Santiago de Chile. Enero 1990.
CONADE, INEC, CELADE: "Ecuador, estimaciones y proyecciones de población 1950 - 2000 ". 1984.

1.7 Salud y planificación familiar.

En el país las actividades de salud se cumplen por parte del sector público por acciones del Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, los servicios médicos de las Fuerzas Armadas y también por entidades de salud del sector privado, con el objetivo de atender y mejorar la salud familiar y en especial la materna e infantil; y, como un componente de esta última, se encuentran los servicios de planificación familiar.

En el sector privado son: la Asociación Pro-bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE) y el Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF), las entidades que desde la década del 60 han tenido activa participación en esta área de salud; y en la década del 80, la del Centro Obstétrico Familiar (COF).

Respecto de la salud materna el Manual de Normas para la Atención Materno Infantil, señala que está demostrado que "los períodos intergestacionales cortos, menores de dos años, embarazos en menores de 20 años o en mujeres mayores de 35 años, la alta paridad y embarazos de alto riesgo, embarazos no deseados, nacimientos de niños prematuros, o con bajo peso, predisponen al deterioro de la salud materno perinatal".³

En este sentido, el Ministerio de Salud Pública en el mismo Manual establece que "las entidades de salud dispondrán en sus unidades operativas: de información, orientación y prestación de servicios a las parejas, para la selección y adopción de métodos de regulación de la fecundidad que permitan disminuir los riesgos de morbilidad materno-infantil".

Además, la Constitución Política de la República del Ecuador, vigente desde 1979, establece en su Art. 24 que el Estado "propugna la paternidad responsable y la educación apropiada para la promoción de la familia, así como se garantiza el derecho de los padres a tener el número de hijos que pueda mantener y educar".

En octubre de 1987, el Consejo Nacional de Desarrollo en uso de las atribuciones establecidas en el artículo 89 de la Constitución vigente, aprobó la "Política de Población de la República del Ecuador". La planificación familiar consta

³ "Manual de Normas para la Atención Materno-Infantil". Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública del Ecuador. Pág. 62 ss. 1988

entre las estrategias para la implementación de esta política y establece que en este campo se requiere:

- "Mejorar la calidad de la prestación de los servicios de planificación familiar por parte de entidades del sector público y ampliar su cobertura.

- Coordinar y apoyar la labor que vienen realizando instituciones privadas de planificación familiar, de acuerdo con los principios y objetivos de la política poblacional.

- Extender los servicios de Planificación Familiar a las áreas rurales y zonas urbanas marginales, adecuándolas a sus necesidades, condiciones de vida y patrones socio-culturales."⁴

1.8 Resultado de las entrevistas

En el Cuadro 1.2 se presenta un resumen del resultado de las entrevistas, en lo que respecta a viviendas y mujeres en edad fértil (MEF) en los diferentes estratos para los que tiene representatividad la muestra diseñada⁵.

La cobertura de entrevistas completas de las viviendas se registró entre 92 y 99 por ciento, lo que da un promedio de 97 por ciento a nivel nacional. Respecto de las entrevistas a mujeres en edad fértil, la cobertura a nivel nacional llegó al 94.7 por ciento de las que residían en los hogares con entrevista completa. El porcentaje de rechazo de las MEF, de acuerdo con los datos revisados, fue bastante bajo.

⁴ Política de Población de la República del Ecuador. Consejo nacional de Desarrollo. 1988. Numeral 4.3 pág. 55

⁵ Para mayor detalle sobre el diseño de la muestra, ver Anexos 1 y 2.

CUADRO 1.2
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS HOGARES (VIVIENDAS) Y MUJERES VISITADOS, POR DOMINIOS DE ESTUDIO, SEGUN RESULTADO DE LAS ENTREVISTAS

RESULTADO DE LAS ENTREVISTAS	TOTAL	SIERRA			COSTA		
		Quito	Resto Urbano	Rural	Guayaquil	Resto Urbano	Rural
Con MEF en el hogar	75.9	78.1	73.3	71.2	83.5	80.1	73.8
Sin MEF en el hogar	19.9	14.3	24.7	25.6	13.8	19.1	17.3
Rechazo e inaccesible *	1.9	2.6	0.2	1.8	0.9	0.1	5.4
Residentes ausentes	1.8	3.7	1.2	1.0	1.6	0.5	3.1
Otro	0.4	1.3	0.6	0.4	0.2	0.2	0.4
TOTAL	100.0						
No. de Viviendas	7863	1116	1031	2119	1038	1187	1372
Entrevista completa	94.7	89.7	91.9	93.7	96.6	98.1	97.3
MEF Ausente	3.6	6.0	7.1	3.8	2.6	1.2	2.1
Entrevista pospuesta	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rechazo de MEF	0.5	2.4	0.0	0.3	0.1	0.1	0.0
Entrevista incompleta	0.2	0.4	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1
Otro	1.0	1.4	0.8	2.0	0.6	0.5	0.4
TOTAL	100.0						
No. DE MEF	8402	1217	1021	1932	1412	1425	1395

* Incluye un segmento en la sierra rural donde no se hizo la encuesta por oposición de autoridades locales y dos segmentos de la costa rural que tampoco fueron encuestados por inaccesibilidad.

Nota: La suma de este cuadro y en los siguientes no siempre es 100.0 por razones de redondeo.

FUENTE: ENDEMAIN-89.

1.9 Principales características de las mujeres investigadas.

La población femenina (15-49 años) encuestada presenta una distribución por edades bastante similar a la observada en otras investigaciones del pasado. (cuadro 1.3). Esta estructura se ha mantenido prácticamente constante en la última década y las diferencias observadas en los diversos grupos de edad no son significativas. También la estructura por edad de las MEF por áreas urbana y rural y regiones, según las fuentes de datos anotadas, no presentan cambios importantes.

CUADRO 1.3
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL.
CENSO-82, ESMIVD-82, ENDESA-87 Y ENDEMAIN-89

GRUPOS DE EDAD	CENSO-82	ESMIVD-82	ENDESA-87	ENDEMAIN-89
15-19	23.0	22.2	22.2	21.9
20-24	20.8	19.4	19.5	19.0
25-29	16.3	15.6	17.8	17.0
30-34	13.1	14.2	14.0	14.0
35-39	10.7	11.0	12.1	12.3
40-44	8.9	10.3	8.3	9.2
45-49	7.2	7.3	6.1	6.6
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
N1 DE CASOS	1'851.639*	4318	4713	7961

* Excluye las MEF de la Amazonía y del Archipiélago de Galápagos.

Respecto de la instrucción alcanzada por las mujeres, la información permite ratificar la tendencia ascendente del nivel educativo de las MEF, (Cuadro 1.4). Se pueden observar cambios importantes; aunque las fuentes de datos no son estrictamente comparables entre 1982 (año del censo) y 1989 (fecha de la encuesta), ha disminuido la proporción de MEF con niveles bajos de instrucción o sin ninguna instrucción, en cambio la proporción de MEF con niveles de instrucción secundario o superior ha aumentado. El mejoramiento en el nivel de instrucción de las MEF ya fue observado en la ENDESA-87 y se confirma en la ENDEMAIN-89; y, sin duda debe estar afectando, entre otras variables: la fecundidad, mortalidad infantil e intenciones reproductivas.

CUADRO 1.4
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15-49
AÑOS, SEGUN EL NIVEL DE INSTRUCCION.
ESMIVD-82, ENDESA-87 Y ENDEMAIN-89.

NIVEL DE INSTRUCCION	ESMIVD-82	ENDESA-87	ENDEMAIN-89
Ninguno	12.8	7.8	5.1
Primario 1-3	13.6	14.8	11.1
Primario 4-6	37.5	32.7	32.8
Secundario y más	36.1	44.7	51.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0
N1 DE CASOS	4318	4713	7961

FUENTE: ESMIVD-82, ENDESA-87, ENDEMAIN-89

Adicionalmente, se dispone de los datos de la educación femenina para los diferentes estratos geográficos y entre ellos se observan diferencias importantes. Es más alta la proporción de mujeres con nivel de instrucción secundario y superior entre aquellas cuyas edades están entre 15 y 34 años, a diferencia de lo que ocurre con las de edades mayores a 35 años (Cuadro 1.5) donde prevalece la instrucción primaria.

CUADRO 1.5
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS,
POR NIVEL DE INSTRUCCION, SEGUN GRUPOS DE EDAD,
AREA Y RESIDENCIA.

EDAD, AREA Y RESIDENCIA	NIVEL DE INSTRUCCION				TOTAL	N1 DE CASOS
	Ninguno	Primario	Secundario	Superior		
EDAD ACTUAL:						
15-19	1.4	32.9	63.1	2.6	100.0	1742
20-24	2.6	35.1	45.4	16.9	100.0	1515
25-29	3.0	41.0	37.3	18.7	100.0	1355
30-34	6.4	45.5	32.8	15.3	100.0	1114
35-39	8.5	55.9	26.8	8.8	100.0	976
40-44	9.7	62.6	20.3	7.4	100.0	729
45-49	14.2	61.9	20.4	3.5	100.0	530
AREA:						
Urbana	1.8	32.0	49.7	16.5	100.0	4792
Rural	10.0	61.9	25.1	3.0	100.0	3169
RESIDENCIA:						
SIERRA						
Quito	3.3	28.6	50.5	17.6	100.0	1092
Resto Urbano	2.1	32.5	50.1	15.3	100.0	938
Rural	11.4	63.8	21.9	2.9	100.0	1811
COSTA						
Guayaquil	0.8	32.9	50.4	15.9	100.0	1364
Resto Urbano	1.4	33.5	48.3	16.8	100.0	1398
Rural	8.1	59.4	29.2	3.3	100.0	1358
TOTAL	5.1	43.9	39.9	11.1	100.0	7961

FUENTE: ENDEMAIN-89

Así también, las mujeres residentes en el área urbana tienen mayor nivel educativo que las que viven en zonas rurales; más aún, las de Quito, Guayaquil y resto urbano presentan los más altos niveles de escolaridad.

2. NUPCIALIDAD

El estado conyugal de la entrevistada es una variable de gran importancia en este tipo de encuesta, pues permite identificar en forma más precisa a las mujeres que están directamente involucradas en el proceso reproductivo. La edad de las mujeres al iniciar su vida conyugal, y el tiempo que permanecen en esa unión, definen en cierta medida la exposición al riesgo de embarazo y, en última instancia, determinan los niveles de fecundidad.

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. Si bien existen características propias en el matrimonio y en la unión consensual que pueden resultar en una fecundidad diferencial, no se hará ninguna distinción entre los dos grupos.

2.1 Estado conyugal actual

Para obtener el estado civil o conyugal de las mujeres entrevistadas en la ENDEMAIN-89, se preguntó a cada una de ellas: ") Cuál es su estado civil actual?)Está Ud. unida, casada, viuda, separada, divorciada o soltera?". A las mujeres que contestaron "soltera" se les inquirió, además, si habían estado unidas o casadas alguna vez, obteniéndose un 4.7 por ciento (129 mujeres) que contestaron afirmativamente, las cuales fueron consideradas como separadas dentro del estado conyugal actual.

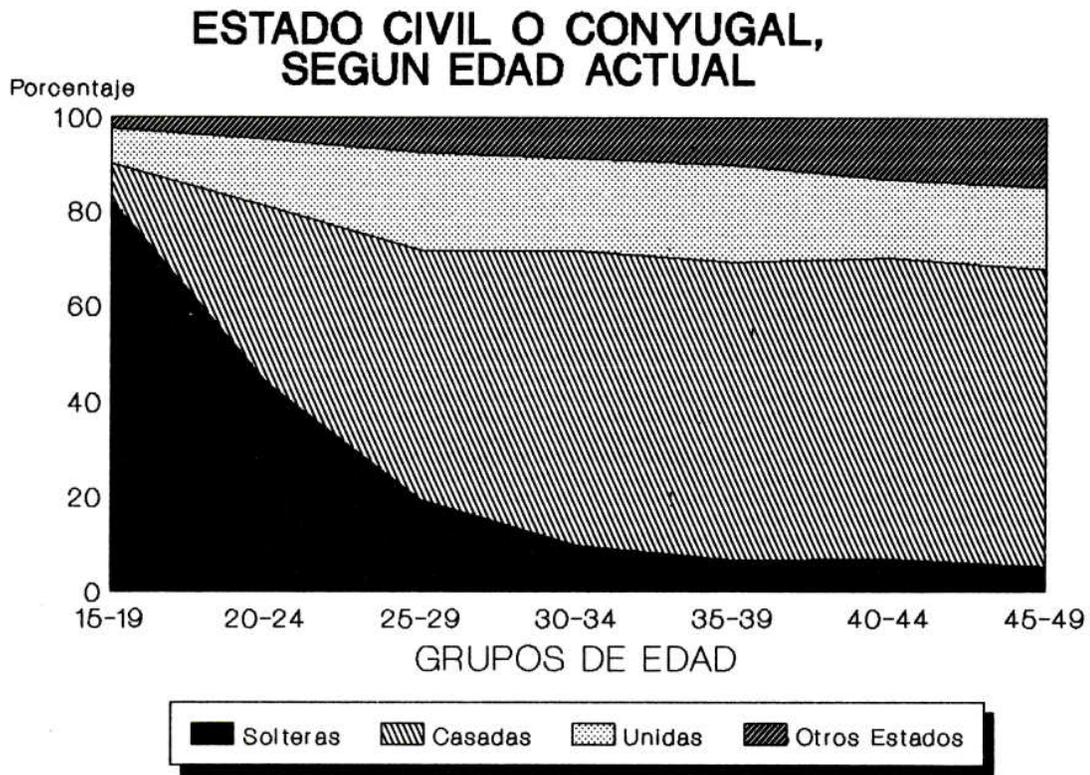
CUADRO 2.1
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15-49 AÑOS, POR ESTADO CIVIL
O CONYUGAL, SEGUN EDAD ACTUAL.

EDAD ACTUAL	ESTADO CIVIL O CUNYUGAL						TOTAL	RAZON Unid./Casd.	No. DE CASOS
	Solteras	Casadas	Unidas	Viudas	Divorc.	Separadas			
15-19	82.1	8.1	7.5	0.0	0.0	2.2	100.0	0.92	1742
20-24	44.0	37.0	14.3	0.1	0.3	4.2	100.0	0.39	1515
25-29	19.3	52.3	21.0	0.4	0.9	6.1	100.0	0.40	1355
30-34	9.7	61.9	19.7	1.6	1.1	5.9	100.0	0.32	1114
35-39	6.6	62.8	20.6	1.7	1.2	7.1	100.0	0.33	976
40-44	6.9	63.4	16.7	4.1	1.6	7.3	100.0	0.26	729
45-49	5.1	62.8	17.5	6.8	1.1	6.6	100.0	0.28	530
TOTAL	32.8	44.1	15.9	1.4	0.7	5.1	100.0	0.36	7961

FUENTE: ENDEMAIN-89

Al analizar el estado conyugal según edad (cuadro 2.1 y gráfico 2.1) se advierte que las primeras uniones se concentran en edades jóvenes, de tal modo que ya a los 20-24 años de edad la mayoría de las mujeres se ha casado o unido. La universalidad del matrimonio o unión informal se refleja en el hecho de que la proporción de mujeres de 15 a 49 años que nunca se han unido es solamente de un 5 por ciento. Es interesante notar que la relación de uniones consensuales con matrimonios formales, en general, disminuye principalmente entre mujeres de 40 años y más de edad, lo cual puede obedecer a un proceso que representa tanto diferencias entre generaciones como una tendencia a formalizar las uniones con el transcurso del tiempo. Como era de esperar, se encuentra una proporción mínima de mujeres viudas, divorciadas o separadas de 15-19 años, proporción que toma importancia a medida que aumenta la edad para en conjunto alcanzar su máximo valor en las edades 45-49 años (14.5%).

GRAFICO 2.1



FUENTE: Cuadro 2.1

Concordante con la información de encuestas anteriores, la ENDEMAIN-89, presenta una característica de distribución del estado civil o conyugal que en general se ha mantenido sin mayores cambios (ver cuadro 2.2). Sin embargo, como fue analizado en el informe definitivo de la ENDESA-87, el aumento en la proporción de casadas o unidas que registra esta encuesta, en el total de las mujeres y por grupos de edad, podría explicarse por una modificación en la actitud de las mujeres entrevistadas para declarar su real estado civil, dada la reforma legal del año 1979 que reconoce validez a la unión libre. La disminución de la proporción de casadas o unidas en la ENDEMAIN-89, se explica fundamentalmente por la baja del porcentaje de mujeres en unión consensual, la misma que se operó en todos los grupos de edad; el total de mujeres en este estado fue de 15.9 por ciento en la ENDEMAIN-89 y 20.6 por ciento en la ENDESA-87.

CUADRO 2.2
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	ENCUESTAS			
	ENF-79	ENDESA-87	ENDEMAIN - 89	
			%	N1 de Casos
DISTRIBUCION PORCENTUAL				
ESTADO CONYUGAL:				
Solteras	35	31	33	2609
Casadas o unidas	58	63	60	4776
Desunidas	7	6	7	576
TOTAL	100	100	100	7961
PORCENTAJE EN UNION				
EDAD:				
15-19	16	18	16	1742
20-24	51	55	51	1515
25-29	75	80	73	1355
30-34	82	86	82	1114
35-39	86	84	83	976
40-44	83	84	80	729
45-49	86	80	80	530
TOTAL	59	63	60	7961

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

La composición por estado civil o conyugal de las mujeres entrevistadas varía de manera considerable de acuerdo con el área, lugar de residencia, instrucción y actividad económica

que ellas tienen. Los datos del cuadro 2.3 revelan mayores porcentajes de mujeres solteras en el área urbana, en ciudades del resto urbano de la sierra, en ciudades de la costa, especialmente en Guayaquil, entre mujeres con mayores niveles de instrucción y de aquellas que al momento de la investigación no estaban trabajando; este hecho constituye un primer indicio de una nupcialidad más tardía en estos estratos. Por otra parte, la razón de uniones libres a matrimonios formales es notoriamente menor en esos mismos grupos sociales, excepto para las mujeres que no trabajan. Así mismo, la proporción de mujeres en uniones consensuales en la sierra (por debajo del 5%), es bastante inferior a la observada en la costa, desde un mínimo de 21 por ciento en el resto urbano a un 39 por ciento en el área rural.

En contrapartida, la proporción de mujeres casadas o unidas del área rural de la sierra y costa (63 y 65%, respectivamente) es superior a la que se presenta en Guayaquil y en el resto urbano de la sierra (54 y 56%, en ese orden).

CUADRO 2.3
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE TODAS LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS, POR
ESTADO CIVIL O CONYUGAL, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS.

CARACTERISTICAS	ESTADO CIVIL O CONYUGAL						TOTAL	No. DE CASOS
	Solteras	Casadas	Unidas	Viudas	Divorc.	Separadas		
AREA:								
Urbana	34.9	43.2	14.1	1.4	0.9	5.5	100.0	4792
Rural	29.5	45.3	18.7	1.4	0.4	4.6	100.0	3169
RESIDENCIA:								
Sierra								
Quito	31.2	58.4	3.7	1.2	1.5	4.5	100.0	1092
Resto Urbano	37.5	51.5	4.6	1.6	1.2	3.6	100.0	938
Rural	31.4	59.4	3.9	1.3	0.7	3.3	100.0	1811
Costa								
Guayaquil	37.0	32.6	21.7	1.1	0.4	7.2	100.0	1364
Resto Urbano	34.1	36.2	21.1	1.6	0.8	6.2	100.0	1398
Rural	27.0	26.5	38.6	1.5	0.1	6.3	100.0	1358
INSTRUCCION:								
Ninguno	10.6	54.5	26.2	3.0	0.7	5.0	100.0	404
Primario	21.2	47.9	22.6	1.8	0.5	6.1	100.0	3497
Secundario	45.2	37.8	10.7	0.8	0.8	4.7	100.0	3177
Superior	44.1	46.8	3.7	0.8	1.6	3.1	100.0	883
ACTIVIDAD ECONOMICA:								
No trabaja	34.9	41.5	18.7	0.8	0.3	3.7	100.0	5008
Trabaja en casa	25.3	53.1	11.6	2.7	1.0	6.2	100.0	1250
Trabaja fuera de casa	31.9	44.9	10.9	2.0	1.9	8.5	100.0	1703
TOTAL	32.8	44.1	15.9	1.4	0.7	5.1	100.0	7961

FUENTE: ENDEMAIN-89

Por lo general, se observa que a mayor nivel de instrucción es más baja la proporción de mujeres casadas o unidas. Más del 80 por ciento de las mujeres entrevistadas sin educación estaban en ese estado conyugal, en contraste con aproximadamente el 50 por ciento de mujeres con instrucción secundaria o superior. El interés de las mujeres por alcanzar mayores niveles de instrucción, en alguna medida, puede retrasar la edad al casarse. Sin embargo, todas estas cifras pueden estar afectadas por el hecho de que las mujeres con más educación en general, son las más jóvenes.

2.2 Edad a la primera unión

La edad a la primera unión constituye un factor condicionante de la fecundidad y un indicio para conocer la amplitud del período reproductivo. Esta tiende a cambiar a medida que ocurren cambios socio-económicos en la sociedad. Así, la edad a la primera unión es más tardía cuando se dan condiciones favorables de educación, por la influencia de la urbanización o por el ingreso en el mercado de trabajo.

Las tendencias de las diversas cohortes por edad a la primera unión pueden compararse por grupos sucesivos de edad, aunque la información de cohortes de mujeres de mayor edad debe interpretarse con cautela, dado el hecho de que dichas mujeres, pueden o no recordar con precisión las fechas del matrimonio, el que pudo haber ocurrido dos o tres décadas atrás. Además, debe considerarse el caso de uniones libres o consensuales que son muy comunes en el país.

En el cuadro 2.4 y gráfico 2.2, se describe la frecuencia por edad de las primeras uniones en las cohortes correspondientes a cada grupo quinquenal de edad actual. Cerca de la cuarta parte de las mujeres (24 %) se habían unido o casado antes de los 18 años de edad y el 39 por ciento antes de los 20 años, porcentajes que sin embargo son menores a los encontrados diez 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.

CUADRO 2.4
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE TODAS LAS MUJERES, POR EDAD A LA PRIMERA UNION,
SEGUN EDAD ACTUAL

EDAD ACTUAL	SOLTERAS	EDAD A LA PRIMERA UNION						TOTAL	No. DE CASOS	EDAD MEDIANA(a)
		< 15	15-17	18-19	20-21	22-24	25 y +			
15-19	82.1	4.0	(10.7)	(3.0)	*	*	*	100.0	1742	*
20-24	44.0	4.2	17.5	19.5	(11.1)	(4.0)	*	100.0	1515	(21.3)
25-29	19.3	6.1	20.5	17.7	14.9	14.9	6.6	100.0	1355	20.7
30-34	9.7	6.7	22.3	18.8	14.4	13.6	14.5	100.0	1114	20.2
35-39	6.6	6.9	19.6	20.3	15.4	14.2	17.0	100.0	976	20.4
40-44	6.9	7.1	23.9	16.7	16.3	13.4	15.4	100.0	729	20.2
45-49	5.1	8.3	21.4	15.5	14.2	17.0	18.5	100.0	530	20.6
TOTAL	32.8	5.7	18.3	15.1	11.0	9.3	7.8	100.0	7961	20.7

(a) Edad mediana a la primera unión, calculada en base a una tabla de vida. Se incluye la exposición al riesgo de casarse de las mujeres solteras hasta la fecha de la encuesta.

* No aplicable.

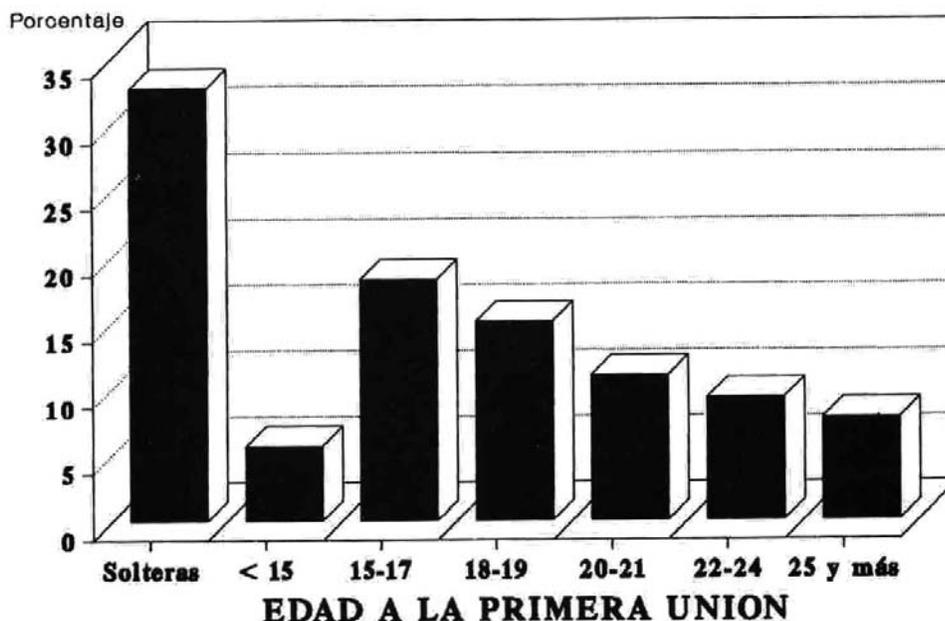
() Experiencia incompleta de la cohorte de mujeres de estas edades.

FUENTE: ENDEMAIN-89

En la cohorte de mujeres entrevistadas más jóvenes (de 20-24 años por ejemplo) una proporción más baja se casó antes de los 20 años (41 %), en comparación con las cohortes de mujeres mayores de 40 años entre quienes tal proporción es de aproximadamente el 46 por ciento, confirmando la tendencia actual de evitar entrar en la primera unión a edades tempranas. Considérese, 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, en alguna manera, estos diferenciales.

GRAFICO 2.2

DISTRIBUCION DE MUJERES, SEGUN EDAD A LA PRIMERA UNION



FUENTE: Cuadro 2.2

2.3 Edad mediana a la primera unión

La distribución de mujeres según edad a la primera unión de acuerdo a la ENDEMAIN-89 está resumida en el cuadro 2.5 mediante el cálculo de la edad mediana, edad a la cual se ha casado o unido el 50 por ciento de una cohorte dada.

Para el total de la población, la edad mediana a la primera unión es alrededor de 21 años para todas las cohortes de edad. Para la población de mujeres distribuida según área, residencia y características socio-económicas, la edad mediana a la primera unión presenta diferencias más o menos notables. En el área urbana las mujeres se casan o se unen por lo general un año y medio más tarde que en el área rural y cerca de un año cuando se comparan mujeres de la sierra con las de la costa.

Las diferencias en la mediana de edad a la primera unión según el nivel de instrucción son mayores que con respecto al lugar de residencia. Las mujeres con algún año aprobado de instrucción superior, se casaron seis años más tarde que aquellas sin instrucción.

Entre el total de mujeres que no trabajan o trabajan dentro de casa, la edad mediana al casarse es cerca de dos años menos que las mujeres que trabajan fuera del hogar.

CUADRO 2.5
EDAD MEDIANA A LA PRIMERA UNION, SEGUN CARACTERISTICAS
SELECCIONADAS (TODAS LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS)

CARACTERISTICAS	EDAD MEDIANA A LA PRIMERA UNION (a)	No. DE CASOS
AREA:		
Urbana	21.3	4790
Rural	19.9	3166
RESIDENCIA:		
Sierra	21.1	3839
Quito	21.6	1092
Resto Urbano	21.6	938
Rural	20.5	1809
Costa	20.4	4117
Guayaquil	21.4	1362
Resto Urbano	20.7	1398
Rural	19.1	1357
INSTRUCCION:		
Ninguno	18.9	404
Primario	19.4	3494
Secundario	21.3	3175
Superior	25.3	883
ACTIVIDAD ECONOMICA:		
No trabaja	20.4	5004
Trabaja en casa	20.5	1250
Trabaja fuera de casa	22.2	1702
TOTAL	20.7	7956 (b)

(a) Edad mediana a la primera unión, calculada sobre la base de una tabla de vida. Se incluye la exposición al riesgo de casarse de las mujeres solteras hasta la fecha de la encuesta.

(b) Excluye 5 casos de mujeres con edad ignorada (al unirse o casarse).

FUENTE: ENDEMAIN-89

3. FECUNDIDAD

El objetivo básico de este capítulo es medir los niveles y observar el comportamiento de la fecundidad en el Ecuador, para lo cual se utilizó un conjunto de preguntas diseñadas para minimizar las omisiones y obtener información con la mayor precisión posible.

Los datos recolectados sobre este tópico fueron el número total de nacidos vivos tenidos por la mujer durante toda su vida y el número de hijos que estaban vivos al momento de la encuesta. Además, se obtuvo un registro de la fecundidad en el período 1974-1989, por medio de preguntas sobre las fechas de nacimiento, sobrevivencia y edad al morir de todos los nacidos vivos a partir del mes de enero de 1974.

El estudio de la fecundidad de este capítulo comienza con el análisis de la fecundidad acumulada o retrospectiva, luego la determinación del nivel y la tendencia de la fecundidad actual o reciente (de los últimos cinco años), tanto general como conyugal. En las tres secciones se analizan los diferenciales existentes entre segmentos de la población, clasificados según características de residencia, instrucción, actividad económica y nivel socioeconómico del hogar. En varias oportunidades, los resultados de la ENDEMAIN-89 son comparados con los obtenidos en otras encuestas realizadas en el país, especialmente la ENF-79, ESMIVD-82 y ENDESA-87.

Todo este detalle está plenamente justificado por la importancia de la variable fecundidad dentro de las poblaciones humanas y por el comportamiento especial que presentó la fecundidad ecuatoriana durante los últimos quince años.

3.1 Fecundidad acumulada o retrospectiva

Se abordará en primer lugar, el estudio comparativo de los cambios ocurridos en la fecundidad ecuatoriana, a través del número medio de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres según su edad, desde el comienzo de la vida reproductiva hasta la fecha de la encuesta.

Este indicador, además de obtenerse a partir de cálculos sencillos, tiene la ventaja que no está referido a un período fijo de tiempo anterior a la encuesta, y por lo tanto no está afectado por errores de declaración de las fechas de los nacimientos, que pueden alterar las estimaciones correspondientes a un período determinado de referencia.

No obstante, la información retrospectiva tiene dos importantes limitaciones. La primera es la tendencia que tienen las mujeres, al momento de declarar el número total de hijos tenidos, a omitir algunos de ellos, especialmente aquellos que fallecieron poco después de nacer o a los que ya no viven con ella. Esta tendencia, que se atribuye a fallas de la memoria, suele acentuarse a medida que aumenta la edad de la mujer ya que debe informar sobre un número mayor de acontecimientos, los cuales están también más alejados en el tiempo. Una segunda limitación es que, si la fecundidad está en un proceso de cambio, como sucede ahora en el Ecuador, la fecundidad acumulada por cada una de las cohortes produce un número promedio de hijos indicativo de niveles de fecundidad que se refieren a períodos diferentes, anteriores a la encuesta. Por ejemplo, el número promedio de hijos de las mujeres de 15 a 19 años depende de la fecundidad de los últimos cinco años, mientras que el de mujeres de 40 años y más de edad mide los niveles de fecundidad prevalecientes durante más de 30 años anteriores a la fecha de la encuesta. De ahí que los valores que se presentan en esta sección deben ser tomados como una primera aproximación al comportamiento de la fecundidad en cada fecha considerada. Sin embargo, esta segunda limitación tiene menos importancia, pues para realizar comparaciones se puede calcular el número promedio de hijos de las mujeres de un mismo grupo de edades para los diferentes períodos y según las características que se quiera analizar.

En el cuadro 3.1 y gráfico 3.1, se compara el número promedio de hijos nacidos vivos, calculado sobre la base de los resultados de la ENDEMAIN-89, con la información obtenida de tres encuestas anteriores: ENF-79, ESMIVD-82 Y ENDESA-87. Los promedios acumulados se refieren a todas las mujeres, incluyendo las solteras.

Los resultados son bastante consistentes, tomando en consideración la importante disminución de la fecundidad ocurrida en el país durante los últimos quince años. La evolución del promedio de hijos tenidos según la edad de la mujer sigue el patrón esperado, sin que sea evidente ninguna inconsistencia grave. El cuadro anterior muestra, en primer lugar, que en los últimos diez años, el promedio total de hijos tenidos por las mujeres se reduce de 2.8 a 2.4, reducción equivalente a un 14 por ciento. En segundo lugar, muestra que los descensos se operaron en todos los grupos de edad, inclusive en mujeres de mayor edad que estaban por concluir su período reproductivo.

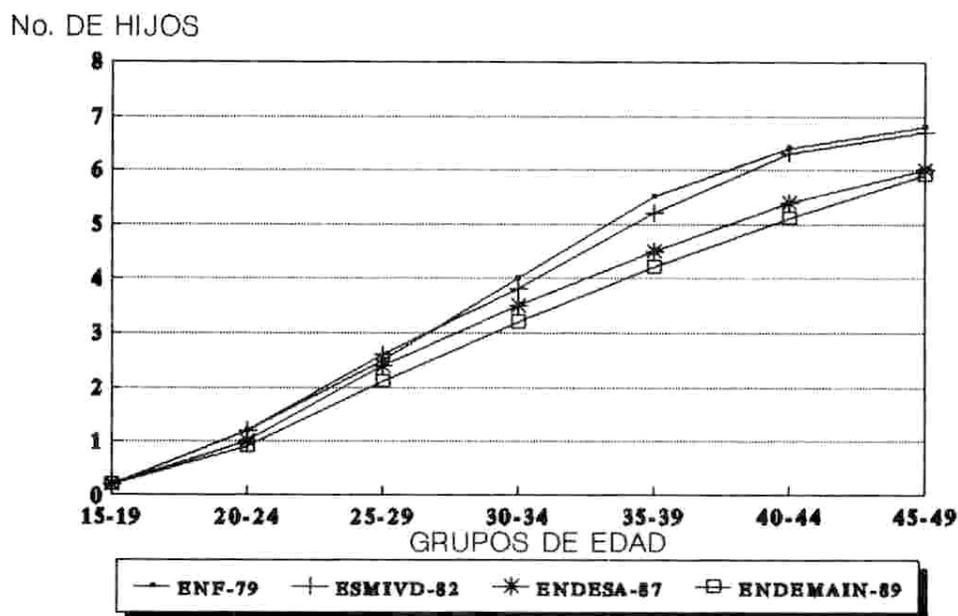
CUADRO 3.1
 PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS POR MUJER *, SEGUN GRUPOS DE EDAD,
 DE ACUERDO A VARIAS ENCUESTAS

GRUPOS DE EDAD	ENF 1979	ESMIVD 1982	ENDESA 1987	ENDEMAIN 1989	VARIACION (%) 1979 a 1989
15-19	0.2	0.2	0.2	0.2	0
20-24	1.2	1.2	1.0	0.9	- 25
25-29	2.5	2.6	2.4	2.1	- 16
30-34	4.0	3.8	3.5	3.2	- 20
35-39	5.5	5.2	4.5	4.2	- 24
40-44	6.4	6.3	5.4	5.1	- 20
45-49	6.8	6.7	6.0	5.9	- 13
Total	2.8	2.9	2.5	2.4	- 14

* A la fecha de la investigación
 FUENTE: INEC, ENF 1979. Cuadro 2.2.5 B1
 ININMS, ESMIVD. Informe Demográfico, 1982
 CEPAR, ENDESA. Informe final 1987
 CEPAR, ENDEMAIN-1989

GRAFICO 3.1

PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS POR MUJER, SEGUN EDAD. VARIAS ENCUESTAS



FUENTE: Cuadro 3.1

La fecundidad retrospectiva según la ENDEMAIN-89, se detalla en el cuadro 3.2 para dos grupos de mujeres: todas las mujeres y mujeres actualmente unidas (casadas o en unión libre a la fecha de la entrevista). El promedio de hijos nacidos vivos acumulados por las mujeres de 45 a 49 años que estaban terminando su vida fértil, de 5.9 hijos para todas las mujeres (panel superior del cuadro), y de 6.4 hijos para mujeres actualmente unidas (ver panel inferior), no refleja la fecundidad actual prevaleciente en esta época, la cual como se verá más adelante en este capítulo, es de 3.8 y 4.5 hijos para estos dos grupos de mujeres, respectivamente. Esto se debe a que las mujeres de más edad de la ENDEMAIN-89 estuvieron sometidas en su juventud al régimen de alta fecundidad prevaleciente en el Ecuador hasta hace unos veinte años. Será necesario esperar todavía un par de décadas más para observar las familias completas con menos de 4 hijos, actualmente en formación.

Además, este cuadro refleja que la proporción de mujeres que nunca tuvieron un hijo nacido vivo se reduce rápidamente con la edad. Ya entre mujeres jóvenes actualmente unidas de 20 a 24 años de edad, las que aún no han tenido un hijo representan solamente el 13 por ciento. Del total de mujeres en unión que se aproximan al final del período reproductivo, en las edades de 45 a 49 años, sólo el 1 por ciento no tuvo hijo alguno. Estas cifras nos están indicando que la infertilidad primaria de la mujer ecuatoriana, actualmente en unión, es baja y muy similar a la de otras sociedades.

También es interesante observar la alta proporción de mujeres de edad actual entre 45 a 49 años, que tienen seis o más hijos: 53 por ciento del total de mujeres y 58 por ciento de las actualmente unidas, porcentajes bastante similares a los obtenidos con la ENDESA-87 (53 y 60%, respectivamente).

CUADRO 3.2
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	85.7	47.8	20.6	10.0	7.6	6.3	4.5	34.6
1	10.6	25.9	20.7	11.0	6.1	6.0	3.6	13.9
2	3.1	16.6	23.1	18.5	14.0	7.5	7.2	13.2
3	0.5	7.1	16.8	20.9	17.9	14.4	10.2	11.4
4	--	1.9	10.7	15.1	15.0	13.4	11.7	8.1
5	0.1	0.5	4.4	10.8	11.3	11.9	10.0	5.5
6	--	0.1	2.4	6.5	8.7	8.6	10.9	3.9
7	--	0.1	1.0	4.8	7.7	9.5	9.8	3.3
8	--	--	0.1	1.4	5.5	8.1	10.0	2.3
9	--	--	0.1	0.5	2.6	4.8	8.1	1.4
10 y más	--	--	--	0.4	3.6	9.3	14.0	2.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. DE CASOS	1742	1515	1355	1114	976	729	530	7961
PROMEDIO DE HIJOS	0.2	0.9	2.1	3.2	4.2	5.1	5.9	2.4
MUJERES UNIDAS								
0	30.9	12.9	5.5	3.5	1.5	1.2	0.7	6.1
1	48.9	39.5	20.0	7.9	4.8	4.8	3.1	16.5
2	17.6	29.6	28.4	20.1	14.3	7.0	6.8	19.5
3	2.6	13.5	21.5	23.2	20.0	14.4	10.1	17.3
4	--	3.2	13.9	17.1	15.8	15.1	11.3	12.2
5	--	1.0	5.6	12.3	12.2	13.4	10.3	8.3
6	--	0.3	3.2	7.4	9.3	8.6	11.3	5.8
7	--	0.1	1.4	5.9	8.5	10.4	10.6	5.1
8	--	--	0.2	1.4	6.4	8.9	11.0	3.5
9	--	--	0.2	0.7	3.1	5.0	8.2	2.0
10 y más	--	--	--	0.4	4.2	11.3	16.7	3.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. DE CASOS	272	778	992	910	814	584	426	4776
PROMEDIO DE HIJOS	0.9	1.6	2.6	3.6	4.6	5.5	6.4	3.6

FUENTE: ENDEMAIN-89

La fecundidad acumulada por edad, de acuerdo a características regionales y socioeconómicas de todas las mujeres entrevistadas, el cuadro 3.3 y gráfico 3.2 nos demuestra en general, que existen diferencias relativamente pequeñas en el promedio de hijos tenidos por mujeres jóvenes, menores de 20 años, que aumentan con la edad cuando se compara el área urbana con la rural, Quito y Guayaquil con el área rural de la costa y de la sierra, o según la actividad económica de la mujer, especialmente en este caso, de mujeres que no trabajan o que trabajan dentro de casa con las que trabajan fuera del

hogar. Parece ser que este aumento en las diferencias no sólo se debe a los patrones de nupcialidad sino, principalmente, al diferente control de la fecundidad conyugal.

Al analizar la fecundidad acumulada de las mujeres de 45 a 49 años de edad, aceptándola como una estimación aproximada de la fecundidad completa, surgen notorias diferencias entre mujeres de diversos subgrupos de población: 2 hijos más en mujeres del área rural que en urbana, 2 hijos más en mujeres del área rural de la sierra que en Quito, 3 hijos más en mujeres del área rural de la costa que en Guayaquil y, más de un hijo, en mujeres que no trabajan con aquellas que trabajan fuera de casa.

CUADRO 3.3
PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS POR MUJER, POR EDAD, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS
(TODAS LAS MEF)

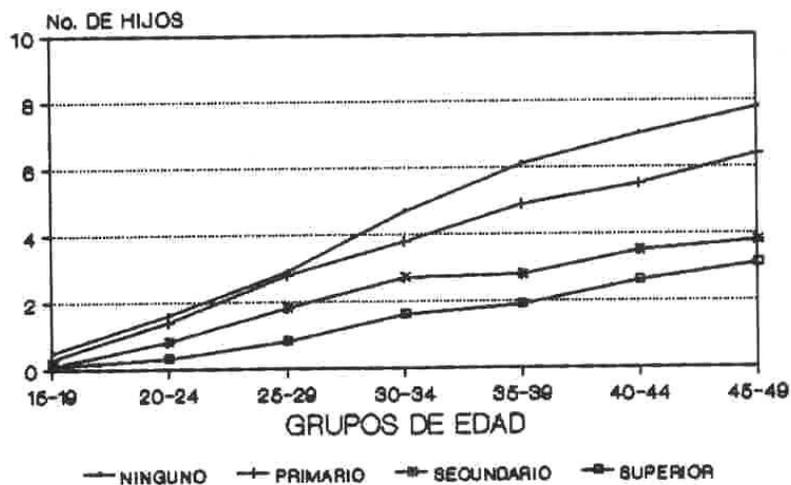
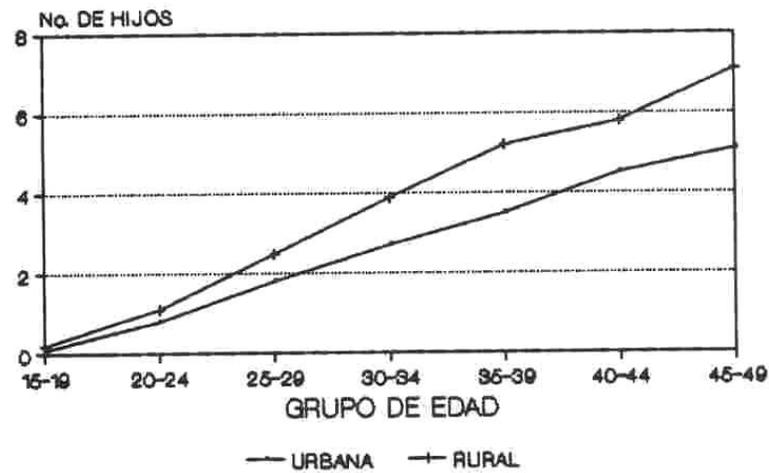
CARACTERISTICAS	EDAD ACTUAL							TOTAL
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
AREA:								
Urbana	0.1	0.8	1.8	2.7	3.5	4.5	5.1	2.0
Rural	0.2	1.1	2.5	3.9	5.2	5.8	7.1	2.9
RESIDENCIA:								
Sierra	0.2	1.0	2.1	3.2	4.1	5.2	5.7	<u>2.4</u>
Quito	0.1	0.9	1.6	2.5	3.0	4.6	4.6	1.9
Resto Urbano	0.2	0.9	1.9	2.8	4.0	4.7	5.1	2.1
Rural	0.2	1.1	2.5	3.8	4.9	5.7	6.6	2.8
Costa	0.2	0.8	2.1	3.2	4.2	4.9	6.1	<u>2.4</u>
Guayaquil	0.1	0.6	1.6	2.8	3.4	4.3	4.6	1.9
Resto Urbano	0.2	0.8	1.9	2.7	3.7	4.5	6.0	2.1
Rural	0.3	1.1	2.7	4.0	5.4	6.0	7.6	3.0
INSTRUCCION:								
Ninguno	0.5	1.6	2.9	4.7	6.1	7.0	7.8	5.2
Primario	0.3	1.4	2.8	3.8	4.9	5.5	6.4	<u>3.3</u>
< 4	0.4	1.5	3.5	4.4	6.0	6.4	6.7	4.6
4-6	0.3	1.3	2.7	3.6	4.4	5.1	6.2	2.9
Secundario	0.1	0.8	1.8	2.7	2.8	3.5	3.8	<u>1.3</u>
< 4	0.2	1.1	2.1	3.1	3.3	3.8	4.7	1.5
4-6	0.1	0.5	1.5	2.4	2.6	3.3	3.2	1.2
Superior	0.1	0.3	0.8	1.6	1.9	2.6	3.1	1.0
ACTIVIDAD ECONOMICA:								
No trabaja	0.2	0.9	2.2	3.5	4.5	5.4	6.4	2.2
Trabaja en casa	0.2	1.1	2.2	3.2	4.2	4.9	5.9	3.0
Trab. fuera de casa	0.1	0.7	1.6	2.6	3.6	4.4	5.1	2.3
TOTAL	0.2	0.9	2.1	3.2	4.2	5.1	5.9	2.4
Nº DE CASOS	1742	1515	1355	1114	976	729	530	7961

FUENTE: ENDEMAIN-89

De acuerdo con el nivel de instrucción de las mujeres entrevistadas, los resultados contrastan con los anteriores porque las diferencias son mayores y se presentan en todas las edades, aún en aquellas mujeres menores de 20 años. La estimación de la fecundidad completa para las mujeres sin instrucción es de aproximadamente 8 hijos y, la de las mujeres que tuvieron algún año de instrucción superior, es de 3 hijos.

GRAFICO 3.2

PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS POR MUJER, POR AREA Y NIVEL DE INSTRUCCION, SEGUN EDAD



FUENTE: Cuadro 3.3

Se observa por tanto, que a medida que se alcanzan mayores niveles de instrucción, la fecundidad completa (de mujeres de 45 a 49 años) es cada vez menor. Aún dentro de un mismo nivel de instrucción (primario y secundario), existen diferencias entre las mujeres que completaron hasta 3 años ó las que tuvieron 4-6 años de instrucción.

Todos estos indicadores están sugiriendo la existencia principalmente de dos mecanismos en juego: la postergación de la edad a la primera unión y, un mayor control de la fecundidad conyugal entre mujeres con más altos niveles de instrucción, interpretación que es consistente con los resultados sobre la edad promedio a la primera unión observados en el análisis del capítulo anterior y en la regulación de la fecundidad, especialmente en lo referente a prevalencia anticonceptiva, que será tratada en el siguiente capítulo.

Puesto que el comportamiento reproductivo de una población está estrechamente relacionado con el tiempo de exposición al riesgo de embarazo, otra forma de analizar la fecundidad acumulada, es considerar el tiempo transcurrido desde la primera unión y la edad de la mujer al inicio de esa unión. Con esto se logra una mayor homogeneidad en cuanto al tiempo total de exposición al riesgo de embarazo y, en consecuencia, en cuanto al total efectivo de hijos tenidos entre las mujeres para las cuales ha transcurrido un mismo número de años desde la primera unión y una misma edad al momento de unirse por primera vez.

De acuerdo con los datos del cuadro 3.4, es evidente que el número de hijos tenidos aumenta en relación directa con el número de años transcurridos desde el inicio de la vida conyugal. Las que se unieron por primera vez hace menos de 5 años tienen, en promedio, 1.2 hijos, en comparación con las que la iniciaron hace 30 o más años, quienes registran un promedio de 7.9 hijos. Por el contrario, el número de hijos tenidos disminuye en relación inversa con la edad a la primera unión; así por ejemplo, 4.7 hijos para las que se unieron por primera vez a edades muy tempranas (antes de los 15 años) y 2.7 hijos para aquellas mujeres que recién iniciaron su vida conyugal a los 25 años o más de edad.

CUADRO 3.4
 PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS, POR EDAD A LA PRIMERA UNION, SEGUN
 DURACION DE LA UNION (MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS)

AÑOS DE UNION	EDAD A LA PRIMERA UNION						TOTAL
	Menos De 15	15-17	18-19	20-21	22-24	25 y más	
0-4	1.2	1.2	1.1	1.1	1.2	1.5	1.2
5-9	2.3	2.4	2.5	2.3	2.3	2.7	2.4
10-14	3.9	3.8	3.4	3.4	3.4	3.4	3.5
15-19	4.8	4.8	4.6	4.2	4.3	3.9	4.5
20-24	6.5	6.3	5.3	5.4	4.9	5.0	5.7
25-29	7.3	6.7	6.6	6.1	5.6	*	6.6
30 y más	8.6	7.3	8.1	*	*	*	7.9
TOTAL	4.7	3.9	3.3	3.1	2.8	2.7	3.4

* No aplicable.

FUENTE: ENDEMAIN-89.

De acuerdo con los datos del cuadro 3.5 y gráfico 3.3 y cuyos resultados resumen la fecundidad acumulada cuando se considera el tiempo de exposición al riesgo del embarazo, se observa que, en general, para un número igual de años de unión, el número medio de hijos tenidos es menor cuando las mujeres inician su vida conyugal a una edad mayor. Esto sin embargo, no ocurre cuando el número de años de unión es menos de 10, tiempo en el cual no existe diferencia en la fecundidad según la edad a la primera unión, ni siquiera al comparar área urbana con rural. Esta solamente empieza a tener un impacto apreciable cuando la duración es 10-19 años y principalmente 20 años y más, especialmente en el área rural. Para el total del país, en el grupo con más de 20 años de unión, el promedio de hijos tenidos es de 6.6 para las que se unieron antes de los 20 años de edad, frente a un promedio de 5.4 para las que se unieron después de dicha edad; para el área urbana los valores son 5.9 y 4.6 y, para la rural, 7.4 y 6.5 hijos, respectivamente.

CUADRO 3.5

PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS, POR AREA Y EDAD A LA PRIMERA UNION, SEGUN DURACION DE LA UNION (MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS)

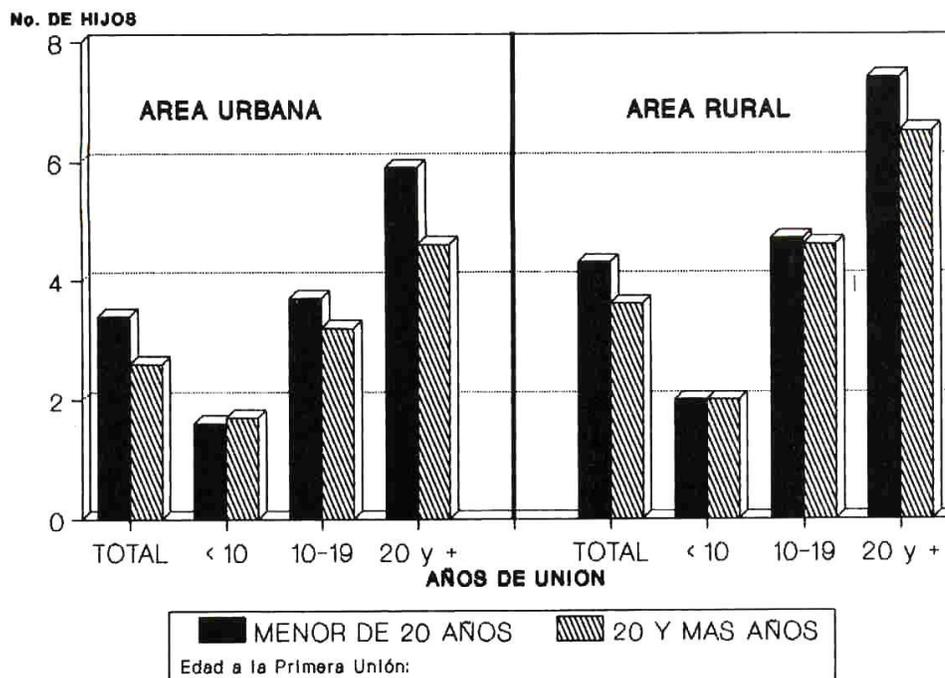
AÑOS DESDE LA PRIMERA UNION	TOTAL PAIS			AREA URBANA			AREA RURAL		
	E D A D A			L A P R I M E R A			U N I O N		
	< 20	20 y +	Total	< 20	20 y +	Total	< 20	20 y +	Total
< 10	1.8	1.8	1.8	1.6	1.7	1.6	2.0	2.0	2.0
10-19	4.2	3.7	4.0	3.7	3.2	3.5	4.7	4.6	4.7
20 y más	6.6	5.4	6.2	5.9	4.6	5.5	7.4	6.5	7.2
TOTAL	3.8	2.9	3.4	3.4	2.6	3.0	4.3	3.6	4.0

FUENTE: ENDEMAIN-89.

La relación menor fecundidad retrospectiva entre las que se unen a mayor edad, independiente del tiempo vivido en unión conyugal proviene en parte de factores de orden biológico, pues las mujeres casadas o unidas antes de los 20 años de edad están expuestas a riesgos de embarazarse con mayor probabilidad durante las edades en que la fecundidad es más alta. También influyen otros factores, dado que las uniones a edades más tempranas ocurren más frecuentemente en el área rural o entre mujeres con menores niveles de instrucción, grupos que tienen en general, fecundidad más alta. Por otra parte, la menor fecundidad acumulada de mujeres con menor número de años de vida conyugal y que se unieron más tardíamente, es consistente con el hecho de que estas mujeres tienen mayor edad y, consecuentemente, una menor fecundidad. Sin embargo, se observa claramente que aún las mujeres que se unieron a partir de los 20 años de edad llegaron a tener al término de su vida reproductiva cerca de 5 hijos en el área urbana y más de 6 hijos en la rural.

GRAFICO 3.3

PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS POR MUJER, POR AREA Y EDAD A LA PRIMERA UNION, SEGUN AÑOS DE UNION



FUENTE: Cuadro 3.5

3.2 Niveles y tendencias de la fecundidad

En esta segunda sección se analizan los niveles, tendencias y diferencias de la fecundidad según los resultados obtenidos por la ENDEMAIN-89, los cuales se comparan con las estimaciones de otras encuestas que fueron descritas en el numeral anterior.

La expresión "fecundidad reciente" o "actual" que se utiliza para analizar los niveles y tendencias de la fecundidad, alude al nivel de esta variable en un período anterior a la investigación, que para el caso que nos ocupa, corresponde a los cinco años (60 meses) inmediatamente anteriores a la fecha de la entrevista de cada mujer.

El cuadro 3.6 ilustra el cálculo de las tasas de fecundidad por edad a partir de los nacimientos de los últimos cinco años, con un procedimiento igual al que se utiliza para calcular las tasas a partir de las estadísticas vitales. El numerador de cada tasa se obtiene clasificando los nacimientos ocurridos en el período de referencia según la edad de la mujer al nacimiento del hijo. El denominador se obtiene acumulando los años-persona vividos por cada mujer en cada uno de los grupos de edad durante el período. En el cálculo se incluyen sólo eventos y tiempos de exposición entre las edades de 15 a 49 años, cualquiera sea el estado civil o conyugal de la mujer.

Las tasas de fecundidad por edad (por mil mujeres) muestran el comportamiento usual en las edades jóvenes, aumentando hasta alcanzar un máximo en el grupo 20-24 años para luego disminuir con la edad, disminución que se presenta rápida a partir de los 30 años de edad. Este patrón de la fecundidad por edad es indicativo de un grado apreciable de control voluntario de la fecundidad. La tasa general de fecundidad de 129 representa el número promedio de nacimientos anuales por cada mil mujeres entre 15 y 49 años de edad para los cinco años que precedieron a la encuesta. Este indicador fue de 146 de acuerdo a la ENDESA-87, habiéndose operado luego una disminución del 12 por ciento en dos años y medio.

CUADRO 3.6
TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD POR EDAD Y TASA
GLOBAL DE FECUNDIDAD EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES
A LA ENCUESTA

GRUPOS DE EDAD	NUMERO DE NACIMIENTOS	AÑOS-MUJER DE EXPOSICION	TASAS DE FECUNDIDAD a) (por mil)
15-19	691	8223	84
20-24	1435	7290	197
25-29	1094	5988	183
30-34	738	5180	142
35-39	434	4361	100
40-44	148	3071	48
45-49	15	1141	13
TOTAL	4555	35254	
Tasa General de Fecundidad			129
Tasa Global de Fecundidad			3.83

a) De Agosto 1984 a Julio de 1989
FUENTE: ENDEMAIN-89

Una medida que resume la fecundidad, es la tasa global de fecundidad (TGF) que según la ENDEMAIN-89 fue de 3.8 hijos, que se interpreta como el promedio de hijos que tendría una cohorte de mujeres al término de su vida fértil, si en las distintas edades se mantuvieran los niveles actuales de fecundidad determinados por las tasas específicas de fecundidad por edad.

La información de las encuestas ENF-79, ESMIVD-82 Y ENDESA-87, había permitido constatar que después de varias décadas en que la fecundidad ecuatoriana se mantuvo en niveles altos y constantes (TGF en alrededor de 7 hijos), en los años setenta se presentó una disminución importante, la misma que con mayor fuerza continuó durante el primer quinquenio de los años ochenta, ratificándose, con los datos de la ENDEMAIN-89, que la misma también siguió su curso descendente en el último quinquenio de la década pasada.

De acuerdo con los datos del cuadro 3.7, en los últimos veinte años la fecundidad ecuatoriana, medida a través de la TGF, ha disminuido en un significativo 45 por ciento, al pasar de 6.9 a 3.8 hijos. Durante este período, la reducción más importante ha ocurrido en la década pasada, cuyo descenso es del orden del 30 por ciento. La cifra de 3.8 hijos vigente para el período 1984-1989, es en 1.6 hijos menor a la obtenida para el período 1975-1979 (5.4 hijos), sin embargo, aún más alta que el promedio de América Latina (3.6 hijos en 1985-1990⁵).

Al comparar las tasas de fecundidad por edad de la ENDEMAIN-89 con las obtenidas para las otras encuestas, se observa que en general son muy coherentes, tanto en el patrón como en su tendencia. Como ya ocurrió con la ENDESA-87, según la ENDEMAIN-89, la edad cúspide de la fecundidad ha pasado del grupo de 25-29 años al de 20-24 años (véase el gráfico 3.4), lo cual quiere decir que la fecundidad se está haciendo más temprana, fenómeno que está ocurriendo también en otras sociedades. En este mismo sentido, los mayores niveles de fecundidad tienden a concentrarse entre los 20 y 29 años de edad, existe una importante disminución en el aporte a la fecundidad de las mujeres de 30 años y más de edad. Según la ENF-79, el grupo de menos de 30 años concentraba para el período 1965-1969 el 55 por ciento del total de la fecundidad y, según la ENDEMAIN-89, entre 1984-1989 ha aumentado al 60.0 por ciento.

6

CELADE. América Latina: Proyecciones de Población 1950-2025. Boletín Demográfico N° 45. Santiago de Chile, Enero de 1990.

CUADRO 3.7
TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD POR EDAD Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD,
SEGUN VARIAS FUENTES Y PERIODOS.

GRUPOS DE EDAD	TASAS (Por 1000 mujeres)					DISMINUCION PORCENTUAL	
	ENF		ESMIVD	ENDESA	ENDEMAIN	1965-69	1975-79
	1965-69	1975-79	1981-82	1982-87a)	1984-89b)	^a 1984-89	^a 1984-89
15-19	138	103	88	91	84	39	18
20-24	305	240	222	216	197	35	18
25-29	309	261	254	213	183	41	30
30-34	283	203	203	153	142	50	30
35-39	217	163	140	109	100	54	39
40-44	93	81	75	62	48	48	41
45-49	28	17	14	23	13	54	24
TGF	6.9	5.4	4.9	4.3	3.8	45	30

a) De Febrero 1982 a Febrero 1987

b) De Agosto 1984 a Julio 1989

FUENTES: INEC, ENF 1979. Informe General.

ININMS, ESMIVD 1982. Informe Demográfico.

CEPAR, ENDESA 1987. Informe General.

CEPAR, ENDEMAIN-1989.

Las series de tasas específicas de fecundidad que aparecen en el cuadro anterior muestran además, que la disminución de la fecundidad ha ocurrido en todas las edades. En los últimos veinte años, la fecundidad por edad en el país se ha reducido en un 38 por ciento en las mujeres menores de 30 años y en el 51 por ciento en las mujeres mayores de esa edad. Estos importantes descensos que se han venido manifestando se han acelerado aún más durante los años ochenta: 18 por ciento en mujeres menores de 25 años, en un 30 por ciento entre mujeres de 25 a 34 años y en el 38 por ciento para las de 35 años y más de edad. Estos resultados demuestran el importante control de la fecundidad de la mujer ecuatoriana en los últimos diez años, especialmente de aquellas que van completando su ideal reproductivo.

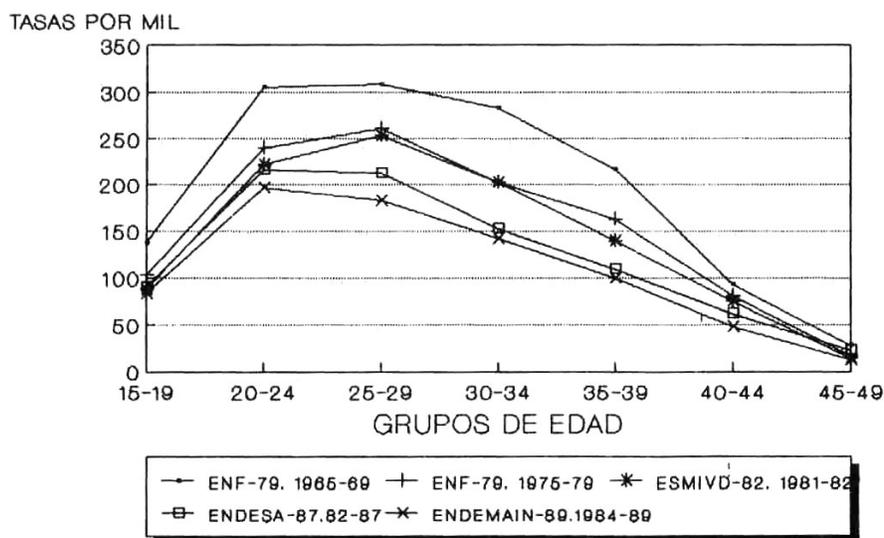
Los niveles de fecundidad actual o reciente, según área, residencia, instrucción, actividad económica e índice socioeconómico del hogar, revela algunas de las características básicas de la fecundidad en el Ecuador. En el cuadro 3.8 se observa claramente que la fecundidad medida por la TGF, a pesar de la disminución ocurrida en los últimos años, que se analizó anteriormente, se mantiene más alta en el área rural que en la urbana, con un diferencial de dos hijos por mujer. La costa tiene una fecundidad más baja que la

sierra (3.5 y 4.2 hijos, respectivamente). Las dos principales ciudades del país (Quito y Guayaquil), presentan niveles de fecundidad relativamente bajos, 3.3 hijos para la capital y 2.6 hijos para el puerto principal. Por otra parte, en las áreas rurales de las dos principales regiones geográficas, la TGF sigue siendo alta, estimándose en alrededor de 5 hijos, sin embargo, es más baja en la región de la costa (4.7 hijos) que en la sierra (5.2 hijos).

El nivel de educación de la mujer es tomado generalmente como un buen indicador del nivel socio-económico de la familia y como uno de los factores más estrechamente relacionados con la fecundidad.

GRAFICO 3.4

**TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD,
SEGUN EDAD. VARIAS ENCUESTAS Y PERIODOS**



FUENTE: Cuadro 3.7

Las cifras del cuadro 3.8 y gráfico 3.5 permiten comprobar el enorme efecto diferenciador de la educación, el mismo que es más pronunciado que cuando la fecundidad se relaciona con el área o lugar de residencia de la mujer. La mayor instrucción está definitivamente asociada con un número menor de hijos: la fecundidad de las mujeres sin instrucción (6.3 hijos por mujer) es más del doble que la de aquellas que han completado algún año de instrucción secundaria (2.9 hijos) y el triple que la de mujeres con instrucción superior (2.1 hijos). Además, este patrón se conserva aún dentro de un mismo nivel de instrucción cuando se considera el número de años aprobados en ese nivel; existe también un cambio brusco en el número de hijos por mujer cuando se pasa del nivel de instrucción primario al secundario.

Si bien las diferencias de fecundidad, de acuerdo a la actividad económica de la mujer, no son tan importantes como las analizadas con respecto del lugar de residencia e instrucción, se puede observar que las mujeres que no trabajan o aquellas que trabajan dentro de casa tienen aproximadamente un hijo más (4.1) que aquellas que trabajan fuera de casa (3.0).

A pesar de no haberse realizado una estratificación de las mujeres, considerando características individuales con las del hogar, se ha estimado, para propósitos de este informe, el "índice socioeconómico" de los hogares a los cuales pertenecen las mujeres entrevistadas. Este índice se obtuvo simplemente por la suma del número de ítems de la siguiente lista de 10 servicios y artefactos que tenían en el hogar a la fecha de la encuesta: agua potable, servicio higiénico, más de cuatro cuartos en la casa, electricidad, uso de electricidad o gas para cocinar, radio, TV., refrigerador, teléfono y carro. Estos servicios y artefactos no necesariamente tenían los hogares a la fecha del nacimiento de los hijos. La agrupación de ninguno hasta 3 servicios o artefactos corresponde a índice bajo; de 4 a 6, a medio y de 7 a 10, alto. Según esta clasificación, las mujeres que pertenecen al índice socioeconómico del hogar bajo, tienen una TGF de 6 hijos, comparada con 2.4 hijos de mujeres que están dentro de hogares considerados de índice alto. Esta diferencia de cerca de cuatro hijos, se aproxima a la encontrada entre diferentes niveles de instrucción de la mujer.

CUADRO 3.8
TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD POR EDAD (POR 1000 MUJERES) Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD
PARA EL PERIODO 1984-1989 a), SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

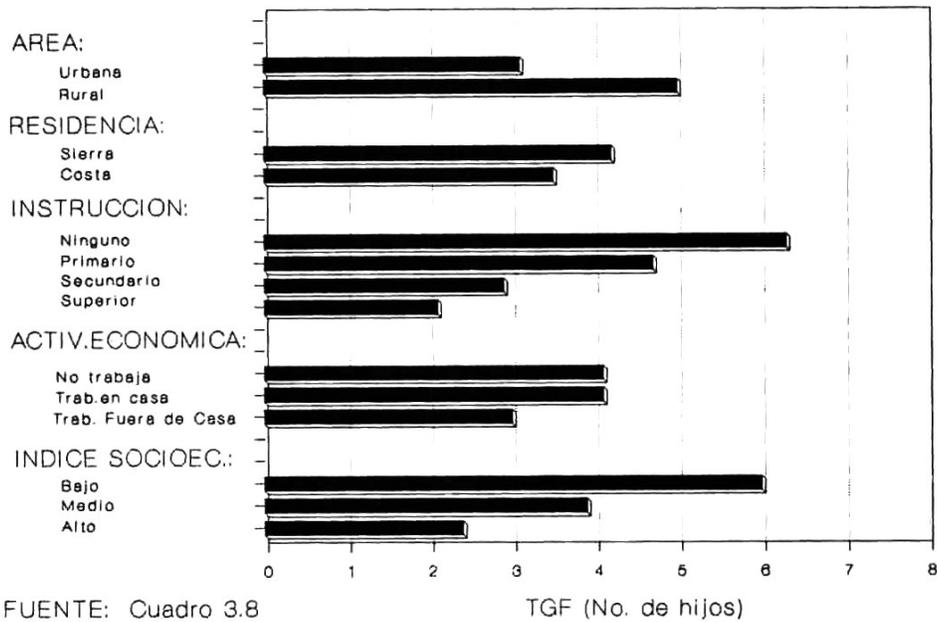
CARACTERISTICAS	GRUPOS DE EDAD							TGF
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
AREA:								
Urbana	68	170	157	112	74	26	6	3.06
Rural	108	242	222	192	135	79	23	5.01
RESIDENCIA:								
Sierra	86	213	191	159	119	62	15	4.23
Quito	74	175	163	101	93	39	6	3.26
Resto Urbano	73	200	155	130	98	33	0	3.45
Rural	100	248	227	215	141	85	28	5.22
Costa	82	181	174	126	83	36	12	3.48
Guayaquil	59	133	148	89	45	23	13	2.55
Resto Urbano	70	181	159	129	76	16	5	3.18
Rural	120	234	215	162	127	70	18	4.73
INSTRUCCION:								
Ninguno	210	283	248	239	138	105	41	6.32
Primario	139	258	213	160	116	51	13	4.74
< 4	167	321	234	202	168	60	26	5.89
4-6	134	244	207	142	87	45	5	4.32
Secundario	56	187	163	107	58	10	0	2.91
< 4	92	223	173	111	48	15	0	3.31
4-6	33	161	155	104	65	6	0	2.62
Superior	27	87	125	103	58	23	0	2.11
ACTIVIDAD ECONOMICA:								
No trabaja	85	213	203	156	106	43	16	4.11
Trabaja dentro de casa	96	210	178	141	111	72	8	4.08
Trabaja fuera de casa	74	140	140	118	76	37	12	2.99
INDICE SOCIOECONOMICO DEL HOGAR:								
Bajo	138	276	264	233	165	92	28	5.98
Medio	91	218	184	134	101	48	11	3.94
Alto	44	128	132	99	55	18	4	2.40
TOTAL	84	197	183	142	100	48	13	3.83

a) Agosto 1984 a Julio 1989.

FUENTE: ENDEMAIN-89.

GRAFICO 3.5

**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, SEGUN
CARACTERISTICAS SELECCIONADAS**



Tanto la ENDEMAIN-89 como la ENDESA-87, presentan resultados bastante consistentes respecto del nivel actual de la fecundidad, a nivel nacional y desagregada de acuerdo a características como el lugar de residencia y el nivel de instrucción de la mujer. Estas dos últimas encuestas confirman que la fecundidad ecuatoriana ha reducido de manera importante, puesto que la disminución de 0.5 hijos en la TGF en un período relativamente corto, es notable (cuadro 3.9).

CUADRO 3.9
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS
ENDESA-87 Y ENDEMAIN-89

CARACTERISTICAS	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD a)		VARIACION (Porcentaje)
	ENDESA-87	ENDEMAIN-89	
TOTAL	4.3	3.8	- 12
AREA:			
Urbana	3.5	3.1	- 11
Rural	5.5	5.0	- 9
RESIDENCIA:			
Quito	3.4	3.3	- 3
Resto Urbano Sierra	3.3	3.5	+ 6
Rural Sierra	5.5	5.2	- 5
Guayaquil	3.2	2.6	- 19
Resto Urbano Costa	4.1	3.2	- 22
Rural Costa	5.4	4.7	- 13
INSTRUCCION:			
Ninguno	6.4	6.3	- 2
Primario	5.2	4.7	- 10
Secundario	3.1	2.9	- 6
Superior	2.3	2.1	- 9

a) Todas las MEF: ENDESA, período 1982-1986; ENDEMAIN, período 1984-1989.

FUENTE: ENDESA-87, ENDEMAIN-89

El cuadro anterior también muestra una visión más detallada del cambio de la fecundidad por área, residencia e instrucción, utilizando la TGF, vigente en ambas encuestas para un período de 60 meses inmediatamente anterior a su realización. Tanto en el área urbana como en la rural se encuentra evidencia de que la fecundidad ha reducido, aunque en la primera, la disminución fue un poco mayor y se mantiene además, el tradicional diferencial urbano-rural del orden de dos hijos. En forma análoga, el descenso aparece según los lugares de residencia de la mujer, sean estos de la sierra o costa, exceptuándose el caso del resto urbano de la sierra, en los cuales, según el análisis realizado por la ENDESA-87, por factores de variabilidad muestral debe considerarse con cierta reserva. Es notable observar que si bien en lugares de la sierra-Quito y área rural- la fecundidad disminuyó en aproximadamente un 4 por ciento, en los de la costa, la reducción es en promedio un 18 por ciento, destacándose el

descenso en Guayaquil y en otras ciudades de esta región. La relativa similitud de la fecundidad según ENDESA-87 en las dos principales regiones del país, cambia para el último quinquenio de la década pasada al encontrar a la región de la costa con menor fecundidad que la sierra.

Según la instrucción de la mujer, la reducción se operó en aproximadamente un 8 por ciento cuando la mujer tiene algún año aprobado, sea de nivel primario, secundario o superior. La alta fecundidad de las mujeres sin instrucción se mantiene y las diferencias se amplían entre estas mujeres y aquellas que han alcanzado algún nivel de instrucción.

3.3 Fecundidad conyugal

Este es un tema que solamente puede ser estudiado a través de encuestas, ya que las estadísticas vitales no toman los datos necesarios para hacerlo.

El análisis de la fecundidad conyugal se restringe en esta sección, a las mujeres alguna vez casadas o unidas. La variable de control más adecuada es la duración de la unión, ya que permite identificar a las mujeres que se han casado o unido en una época determinada y que pertenecen por lo tanto a una misma "promoción matrimonial". Al considerar grupos de mujeres más homogéneos en cuanto al tiempo total y efectivo de exposición al riesgo del embarazo, es posible trabajar con un denominador más riguroso y obtener, en consecuencia, estimaciones más precisas de fecundidad.

El cuadro 3.10 presenta las tasas específicas de fecundidad conyugal por duración desde la primera unión, según lugar de residencia y características socio-económicas. El método de cálculo es similar al utilizado para la fecundidad general (cuadro 3.1) excepto que para éste, los nacimientos y el tiempo de exposición se refieren a nacimientos en los últimos cinco años, que ocurrieron después de la primera unión.

Las tasas incluyen la experiencia de mujeres viudas, divorciadas y separadas, no serían por tanto tasas de fecundidad conyugal en el sentido estricto del término. Sin embargo, la experiencia indica que el efecto neto de la disolución de uniones es modesto, ya que donde hay altas tasas de disolución se observa también altas tasas de segundas nupcias. Para el cálculo exacto de la fecundidad conyugal se requeriría, de una historia de uniones y de fechas de disolución que no son siempre confiables.

Las tasas de fecundidad por duración de la unión muestran un patrón característico, altos valores en los primeros diez años de unión (aproximadamente concentran el 60% de la fecundidad conyugal total) y un rápido descenso posterior; otra evidencia de un alto grado de control voluntario de la fecundidad marital.

CUADRO 3.10
TASAS DE FECUNDIDAD CONYUGAL PARA LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, POR AÑOS
DESDE LA PRIMERA UNION, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS
(MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS).
(TASAS POR 1000)

CARACTERISTICAS	AÑOS DESDE LA PRIMERA UNION							TGF CONYUGAL
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30 y +	
AREA:								
Urbana	335	165	111	70	42	18	30	3.86
Rural	389	253	190	151	107	46	11	5.74
RESIDENCIA:								
Sierra	368	211	148	123	70	46	17	<u>4.92</u>
Quito	329	149	92	75	40	38	55	3.89
Resto Urbano	356	203	117	77	47	20	0	4.10
Rural	401	253	194	165	97	59	0	5.84
Costa	345	192	138	90	68	21	23	<u>4.38</u>
Guayaquil	323	142	94	56	33	18	35	3.50
Resto Urbano	335	174	137	76	49	8	25	4.02
Rural	373	252	184	133	117	34	16	5.54
INSTRUCCION:								
Ninguno	422	284	211	164	114	86	39	6.60
Primario	386	234	162	123	75	27	18	<u>5.12</u>
< 4	368	272	198	173	107	53	17	5.94
4-6	390	221	147	98	56	13	18	4.72
Secundario	340	166	107	48	22	0	0	<u>3.42</u>
< 4	363	171	127	59	21	0	0	3.70
4-6	319	160	89	37	23	0	0	3.14
Superior	301	139	74	38	38	0	0	2.95
ACTIVIDAD ECONOMICA:								
No trabaja	371	216	157	113	76	26	18	4.88
Trabaja dentro de casa	357	201	143	122	69	36	0	4.64
Trabaja fuera de casa	309	167	109	70	52	40	35	3.91
INDICE SOCIOECONOMICO DEL HOGAR:								
Bajo	406	286	232	183	125	69	25	6.63
Medio	370	194	135	110	67	17	0	4.47
Alto	301	145	88	40	29	9	37	3.24
TOTAL	357	202	143	105	69	31	21	4.64

FUENTE: ENDEMAIN-89.

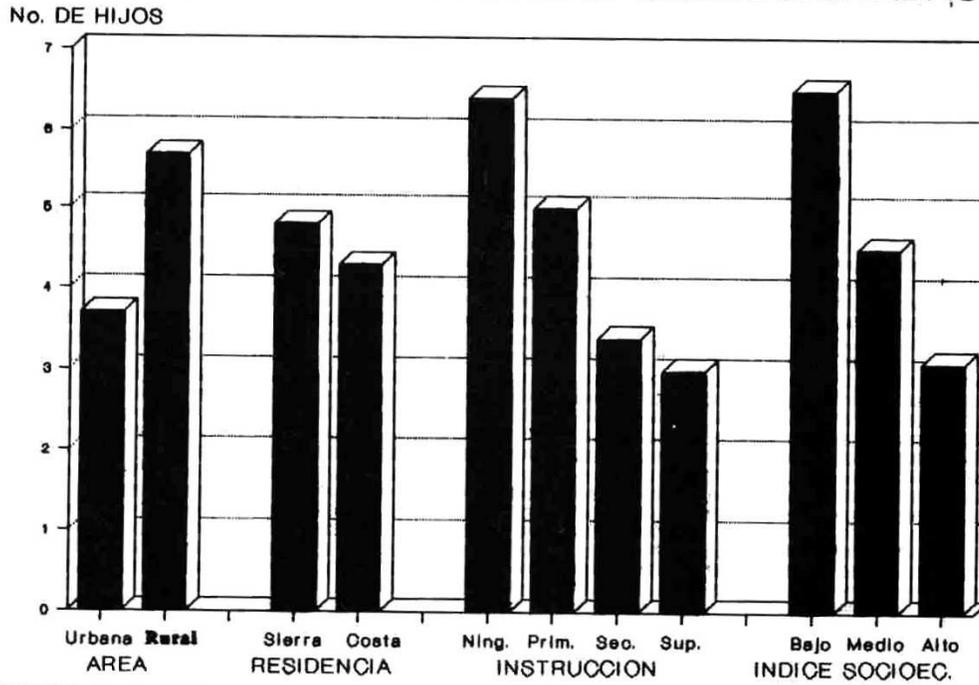
Sumando las tasas de fecundidad relacionadas a todas las duraciones de unión, se obtiene un índice sintético, análogo a la tasa global de fecundidad estimada según las tasas de fecundidad por edades. Este indicador se interpreta como el número medio de hijos que tendría cada mujer al completar 30 años de unión, si tuviesen en los diferentes tramos de unión, la tasa de fecundidad observada en el período considerado; dicho índice se denomina tasa global de fecundidad conyugal.

La fecundidad conyugal presenta variantes según área, residencia, instrucción, actividad económica e índice socioeconómico del hogar. Las mujeres del área urbana, de las grandes ciudades, las más instruidas, las que trabajan fuera de casa y las que tienen índice socioeconómico alto del hogar, tienen menos hijos. Las diferencias entre grupos extremos de cada variable, son agudas, como ocurre en otros países de la región latinoamericana: un hijo de diferencia entre mujeres que no trabajan y aquellas que laboran fuera de casa; dos hijos entre el área urbana y rural, más de dos hijos entre las grandes ciudades (Quito y Guayaquil) y el área rural de la sierra y costa; más de tres hijos entre mujeres sin ninguna instrucción, y aquellas con nivel superior, así como entre las mujeres con índice socioeconómico del hogar bajo y alto.

Las diferencias entre área urbana y rural, entre mujeres con distintos niveles de instrucción y de situación socioeconómica (ver gráfico 3.6), se deben también, en su mayoría, a una conducta reproductiva diferente -control voluntario de la fecundidad marital en particular- y, en menor medida, a la edad de la primera unión. Es apreciable la diferencia relativa entre la fecundidad conyugal de mujeres con diversos niveles de instrucción y de índice socioeconómico del hogar, desde los primeros cinco años de unión, que aumenta notablemente con la duración de la unión, lo cual indica prácticas más tempranas y continuas de regulación de la fecundidad entre las mujeres con mayores niveles de instrucción e índice socioeconómico del hogar alto.

GRAFICO 3.6

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD CONYUGAL, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS



4. REGULACION DE LA FECUNDIDAD

En este capítulo se presentan los resultados más importantes encontrados en la ENDEMAIN-89, relativos al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos; se hacen algunas comparaciones con los datos de la ENDESA-87.

4.1 Conocimiento de métodos de planificación familiar

El conocimiento de métodos entre todas las MEF, en modo independiente del estado civil, ha incrementado muy poco en el país en los dos y medio años últimos. Según la ENDESA-87, la proporción que conocía o había oído hablar de por lo menos un método anticonceptivo de los más eficaces⁷ (píldora, condón, DIU, inyección, métodos vaginales, implantes, esterilización femenina y vasectomía) fue 87.3 por ciento y, según la ENDEMAIN-89, la proporción es 89.1 por ciento, pequeño incremento que puede explicarse por los elevados niveles alcanzados en conocimiento.

Entre las MEF unidas, casadas o en unión consensual, el porcentaje que conocía por lo menos un método más eficaz en la ENDESA-87 fue 90.0 por ciento y, según la ENDEMAIN-89, la proporción tiene el valor de 92.2 por ciento (cuadro 4.1).

El conocimiento de métodos entre las MEF casadas o unidas, es considerablemente más alto entre las mujeres del área urbana (98.3%) que entre las del área rural (83.9%). También es más alto, entre las mujeres de la costa (96.4%) que entre las de la sierra (87.9%).

El conocimiento de métodos varía según las características de las MEF unidas, es más bajo entre las mujeres de los grupos extremos de edad reproductiva.

A medida que aumenta el nivel de instrucción, el conocimiento de métodos es más alto. Respecto del conocimiento y número de hijos vivos actualmente, éste es inferior entre las mujeres que tienen 6 ó más hijos actualmente vivos; no se observa diferencia estadística entre las que tienen 0 y 5 hijos.

⁷ Hatcher R, Kowal D, Guest F, et al. Contraceptive Technology: International Edition, 1989. Printed Matter Inc. Atlanta 1989. Used with permission, (originally appeared in Trussel J, Kost K. "Contraceptive failure in the United States: A critical review of the Literature". Studies Family Planning 1987;18:271)

CUADRO 4.1
 PORCENTAJE DE MEF CASADAS O UNIDAS, QUE CONOCEN POR LO MENOS
 UN METODO ANTICONCEPTIVO EFICAZ, SEGUN CARACTERISTICAS
 SELECCIONADAS. ENDESA-87 Y ENDEMAIN-89

CARACTERISTICAS	ENCUESTAS	
	ENDESA-87	ENDEMAIN-89
AREA:		
Urbana	96.6	98.3
Rural	81.6	83.9
SIERRA:	-	<u>87.9</u>
Quito	97.3	<u>98.2</u>
Resto urbano	96.8	97.5
Total urbano	-	97.9
Rural	71.5	77.3
COSTA:	-	<u>96.4</u>
Guayaquil	96.5	<u>99.1</u>
Resto urbano	95.8	98.3
Total urbano	-	98.6
Rural	93.3	92.5
EDAD:		
15-19	84.2	83.5
20-24	91.4	91.0
25-29	92.5	94.9
30-34	91.7	94.4
35-39	89.9	93.7
40-44	88.5	91.1
45-49	82.8	87.8
INSTRUCCION:		
Ninguno	66.1	64.1
Primario	89.3	90.3
Secundario	97.6	99.0
Superior	99.6	100.0
NUMERO DE HIJOS:		
0	85.5	92.6
1	90.7	92.3
2	91.9	94.1
3	91.9	94.7
4	90.5	93.3
5	90.9	91.3
6 y más	85.7	87.5
TOTAL	90.0	92.2

FUENTE: ENDESA-87, ENDEMAIN-89

Al analizar los datos comparativamente con los de 1987, se puede destacar que según el área de residencia, este conocimiento se incrementó más entre las mujeres rurales de la sierra. También se observa un aumento entre las mujeres que no tenían hijos vivos actualmente. El aumento en la proporción de conocimiento de las MEF unidas según el resto de características, no es importante.

Al observar el conocimiento que tienen todas las MEF de los diferentes métodos según su edad (cuadro 4.2), se evidencia que a mayor edad, el conocimiento de los diferentes métodos es mayor; por ejemplo en el caso de la píldora, entre las mujeres de 15 a 19 años la proporción que conoce o ha oído hablar de éste método es 67.9 por ciento y entre las MEF de 20 a 44 años la proporción tiene valores entre 80 y 86 por ciento. En resumen, el conocimiento de cada método y en especial de los métodos más eficaces es más bajo entre las mujeres jóvenes (15-19) que entre las de mayor edad (45-49).

CUADRO 4.2
PORCENTAJE DE MEF (TODAS), QUE CONOCEN METODOS ANTICONCEPTIVOS,
POR GRUPOS DE EDAD, SEGUN TIPO DE METODO

METODO	TOTAL	GRUPOS DE EDAD						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Píldoras	79.9	67.9	82.2	85.9	86.2	83.1	80.4	78.3
DIU	76.4	60.9	79.7	83.5	83.5	80.8	77.1	76.4
Ester.Fem.	76.3	62.2	77.4	80.7	83.2	82.9	80.7	75.7
Condón	60.5	47.9	64.4	70.0	66.3	63.0	57.7	53.4
Ritmo	56.3	44.5	61.1	63.5	62.7	60.0	50.7	49.4
Inyección	50.5	34.4	51.0	57.3	57.4	57.1	56.8	50.0
Métodos Vag.	49.1	31.2	51.9	57.3	57.9	54.9	51.4	47.0
Vasectomía	26.4	18.5	29.9	32.0	31.4	26.8	24.5	19.6
Retiro	22.0	11.7	24.4	27.3	28.2	25.5	21.8	16.4
Implante	13.0	6.9	13.2	16.4	16.1	15.1	13.4	12.8
Temp. Basal	13.0	7.7	15.5	16.0	15.3	12.5	12.5	12.1
Billings	12.6	8.0	14.9	16.1	15.3	13.7	9.5	9.1
Nº DE CASOS	7961	1742	1515	1355	1114	976	729	539

FUENTE: ENDEMAIN-89

El conocimiento de cada uno de los métodos varía considerablemente con el nivel de instrucción de las MEF (cuadro 4.3). Entre las mujeres sin instrucción, no existe un método que lo conozcan la mitad de estas mujeres; y entre ellos, el método más conocido es la píldora (47.3%); en cambio, este mismo método lo conocen el 70.6 por ciento de las mujeres que alcanzaron el nivel primario y 98.9 por ciento de las que tenían nivel superior de instrucción.

CUADRO 4.3
PORCENTAJE DE MEF (TODAS), QUE CONOCEN METODOS ANTICONCEPTIVOS,
POR NIVEL DE INSTRUCCION, SEGUN TIPO DE METODO.

METODO	TOTAL	NIVEL DE INSTRUCCION			
		Ninguno	Primario	Secundario	Superior
Píldoras	79.9	47.3	70.6	89.1	98.9
DIU	76.4	39.6	68.3	84.5	96.7
Esterilización femenina	76.3	44.1	69.1	83.3	94.1
Condón	60.5	16.6	45.1	73.7	94.1
Ritmo	56.3	16.8	41.8	68.0	89.2
Inyección	50.5	18.6	41.7	57.7	74.6
Métodos Vaginales	49.1	16.8	37.7	57.0	80.7
Vasectomía	26.4	3.5	12.6	33.6	65.8
Retiro	22.0	7.2	14.4	25.0	48.2
Implante	13.0	2.0	8.6	13.9	32.0
Temperatura Basal	13.0	3.5	5.7	13.9	42.6
Billings	12.6	2.7	6.8	13.7	36.2
N° DE CASOS	7961	404	3497	3177	883

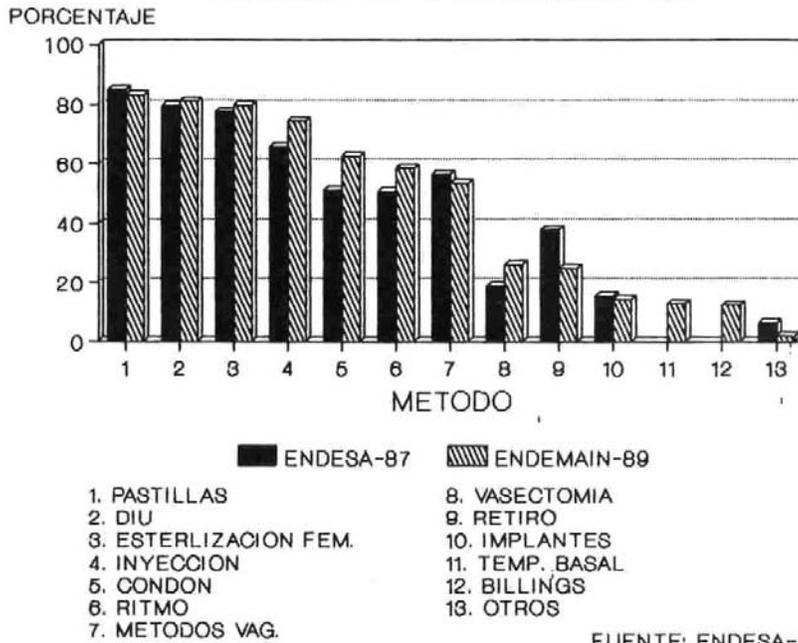
FUENTE: ENDEMAIN-89

Cuando se revisa el conocimiento que tienen las MEF unidas de cada uno de los diferentes métodos, este varía de una encuesta a otra (gráfico 4.1).

Entre los métodos que bajaron de importancia en el nivel de conocimiento se tienen: pastillas, métodos vaginales, implantes y retiro; este último método es el que ha perdido más importancia relativa, pues de 37.8 por ciento que lo conocía en 1987 baja a 24.6 por ciento según la ENDEMAIN-89. Entre los métodos que ganaron mayor conocimiento están: el condón, vasectomía y ritmo; los métodos de Billings y de temperatura basal son conocidos por un 12 por ciento de mujeres en 1989 (en 1987 no se los investigó separadamente).

GRAFICO 4.1

PORCENTAJE DE MEF UNIDAS QUE CONOCEN METODOS, POR TIPO DE METODO ENDESA-87 Y ENDEMAIN-89



FUENTE: ENDESA-87 Y ENDEMAIN-89

4.2 Prevalencia de uso de métodos de planificación familiar

A las mujeres que conocían métodos, se les preguntó si los habían usado alguna vez y si los estaban usando al momento de la encuesta. Se encontró que de todas las MEF entrevistadas el 34.0 por ciento estaba usando métodos anticonceptivos (ver cuadro 4.8). Según la ENDESA-87 esta proporción fue 29.0 por ciento, lo que significa un incremento de 17.2 por ciento (5 puntos porcentuales) en la tasa de prevalencia de todas las mujeres en edad fértil.

El nivel de la tasa de prevalencia varía según el estado civil de las MEF. De acuerdo con los resultados de la ENDEMAIN-89 la tasa de prevalencia entre las solteras fue 1.5 por ciento; pero entre solteras 15-24 años sexualmente activas, 35.7 por ciento estaban usando métodos anticonceptivos (ver capítulo 6); entre las separadas, viudas y divorciadas la tasa tiene un valor de 22.7 por ciento y para las MEF unidas (casadas o unidas) la tasa alcanza el 52.9 por ciento.

El análisis sobre uso de métodos anticonceptivos se refiere a las MEF unidas, por ser ellas las que están más expuestas al riesgo de embarazo. En este grupo de mujeres, la tasa de prevalencia se incrementó en 19.4 por ciento entre 1987 y 1989, de una tasa de prevalencia de 44.3 por ciento en la ENDESA-87 pasó a 52.9 por ciento según la ENDEMAIN-89, (8.6 puntos porcentuales en dos años y medio). El uso de métodos anticonceptivos de las mujeres unidas de 15-24 años de edad será analizado en el Capítulo 6 de Adultas Jóvenes.

El incremento a nivel nacional de la tasa de prevalencia se debe, principalmente, al aumento de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres que residen en zonas rurales, éste incremento fue de 22.9 por ciento; pues de una tasa de 32,7 por ciento en 1987 pasó a 40.2 por ciento en 1989. Sin embargo, la prevalencia en áreas urbanas (62.2%) tuvo un aumento inferior al referido, de 16.7 por ciento y continúa 1.5 veces más alta que la prevalencia en áreas rurales. La tasa de prevalencia es 10 puntos más baja en la sierra (47.9%) que en la costa (57.7%), pero hay que destacar que el incremento entre los años que se comparan fue considerablemente más alto en la sierra 24.7 por ciento que en la costa, 16.3 por ciento; sobre todo en la zona rural de la sierra en que el aumento de la tasa de prevalencia fue de 39 por ciento y alcanzó esta tasa un valor de 34.7 por ciento de usuarias. (cuadro 4.4), este valor es todavía 12.6 puntos porcentuales más bajo que la prevalencia en áreas rurales de la costa (47.3%).

La prevalencia de uso en las dos ciudades principales, Quito y Guayaquil, así como en el resto urbano de la costa está entre 63 y 64 por ciento. Un hecho todavía no explicado es la baja de prevalencia en Quito entre 1982 y 1987. Esto no ocurrió en ninguna otra capital en América Latina, en los años ochenta. Algunos analistas piensan que Quito fue sub-reportado en 1987 y si se mantuvo la prevalencia de 1982 de 58.4 por ciento, el aumento entre 1987 y 1989 sería solamente 8 por ciento.

CUADRO 4.4
 PORCENTAJE DE MEF CASADAS O UNIDAS, QUE ESTA USANDO UN METODO
 ANTICONCEPTIVO, SEGUN ALGUNAS CARACTERISTICAS SELECCIONADAS
 ESMIVD-82, ENDESA-87 Y ENDEMAIN-89

CARACTERISTICAS	ESMIVD-82	ENDESA-87	ENDEMAIN-89		CAMBIO PORCENTUAL 87-89
			(%)	N1 DE CASOS	
AREA:					
Urbana	52.9	53.3	62.2	2.746	16.7
Rural	26.7	32.7	40.2	2.030	22.9
SIERRA:					
Urbano	35.2	38.4	47.9	2.350	<u>24.7</u>
Urbano	53.0	51.4	60.4	1.204	17.5
Quito	58.4	52.7	63.0	678	19.5
Resto urbano	48.2	50.0	57.0	526	14.0
Rural	20.6	25.0	34.7	1.146	38.8
COSTA:					
Urbano	44.6	49.6	57.7	2.426	<u>16.3</u>
Urbano	52.9	54.7	63.7	1.542	16.5
Guayaquil	54.9	57.5	63.4	741	10.3
Resto urbano	50.3	51.4	63.9	801	24.3
Rural	34.2	41.6	47.3	884	13.7
INSTRUCCION:					
Ninguno	16.6	18.5	25.5	326	37.8
Primario	36.7	41.0	48.1	2.465	17.3
Secundario y más	60.2	56.6	63.3	1.985	11.8
EDAD:					
15-19	20.1	15.3	25.0	272	63.4
20-34	42.2	45.2	53.2	2.680	17.7
35-49	40.1	47.9	56.6	1.824	18.2
NUMERO DE HIJOS					
ACTUALMENTE VIVOS:					
0	16.2	15.4	16.8	309	9.1
1-3	43.5	46.8	56.2	2.686	20.1
4-6	41.1	48.9	57.7	1.031	18.0
7 y más	32.3	38.0	44.0	750	15.8
TOTAL	39.9	44.3	52.9	4.776	19.4

FUENTE: ENDEMAIN-89, ENDESA-87, ESMIVD-82.

Según nivel de instrucción el incremento más importante (37.8%) entre 1987 y 1989 en la tasa de prevalencia fue el de las mujeres sin ninguna instrucción, le sigue el de primaria con 17.3 por ciento y por último, el de secundaria o más en que el incremento fue 11.8 por ciento, con una tasa de 63.3 por ciento, todavía es 2.5 veces más alta que la tasa (25.5%) en áreas rurales.

Según la edad, el incremento más alto de la prevalencia se observa en el grupo de 15 a 19 años de edad; la ENDESA-87 registró una tasa de 15.3 por ciento y en la ENDEMAIN-89 25.0 por ciento, lo que significa un aumento del 63.4 por ciento entre las dos encuestas, pero todavía 3 de cada 4 adolescentes unidas no están usando anticonceptivos.

En relación con el número de hijos vivos de las mujeres y las tasas de prevalencia, éstas son más altas cuanto mayor alto es el número de hijos vivos. Las tasas de prevalencia más altas (57.7) se encuentran entre las mujeres que tienen entre 4 y 6 hijos vivos.

Las diferencias en la prevalencia de uso de acuerdo al área de residencia persisten aún después de controlar individualmente las variables de edad, educación, número de hijos vivos y situación de empleo (cuadro 4.5). Las mujeres que viven en áreas urbanas tienen tasas más altas de uso, que las del área rural.

CUADRO 4.5
 PORCENTAJE DE MEF CASADAS O UNIDAS, QUE ESTA USANDO METODOS
 ANTICONCEPTIVOS, POR RESIDENCIA, SEGUN CARACTERISTICAS
 SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	RESIDENCIA						
	TOTAL	SIERRA			COSTA		
		Resto			Resto		
		Quito	Urbano	Rural	Guayaquil	Urbano	Rural
EDAD:							
15-19	25.0	25.0	33.3	13.6	21.9	35.7	26.3
20-24	39.0	53.9	46.6	22.2	48.6	38.3	36.3
25-29	55.2	66.7	57.5	41.1	61.0	62.1	50.8
30-34	63.0	76.0	61.0	40.4	75.0	79.7	58.3
35-39	61.3	66.3	67.7	43.3	68.8	75.5	54.3
40-44	58.6	60.0	64.9	38.9	74.8	70.8	55.9
45-49	44.7	60.7	47.6	21.0	58.2	63.9	34.8
INSTRUCCION:							
Ninguno	25.5	31.3	**	12.7	**	**	35.2
Primario	48.1	54.7	49.3	35.6	65.1	60.9	45.4
Secundario	61.4	68.2	62.3	49.7	61.0	64.3	56.1
Superior	69.9	75.2	62.5	**	66.7	72.9	**
No. DE HIJOS							
ACTUALMENTE VIVOS:							
0	16.8	30.0	16.1	9.7	21.1	14.0	9.3
1	43.3	56.9	40.7	28.0	50.0	46.9	37.8
2	59.1	75.6	62.8	42.7	60.2	62.8	54.2
3	65.2	69.8	69.4	44.9	71.3	78.3	60.9
4	60.8	70.4	67.2	32.8	82.1	81.7	60.5
5	57.2	60.7	62.2	34.2	80.3	77.8	50.0
6 y más	46.8	44.2	50.8	33.2	71.2	65.4	43.8
TIPO DE ACTIVIDAD:							
No Trabaja	52.2	61.4	55.3	36.1	63.2	59.1	47.0
Trabaja en casa	46.7	61.9	56.3	32.8	60.5	66.3	41.8
Trabaja fuera de casa	60.2	66.5	61.7	33.9	65.9	78.2	53.5
TOTAL	52.9	63.0	57.0	34.6	63.4	63.9	7.3

** Menos de 25 casos

FUENTE: ENDEMAIN-89

De los datos observados en este mismo cuadro se puede comentar en términos generales, que las mujeres de los diversos lugares geográficos del país entre 20 y 44 años son las que usan en

mayor proporción los anticonceptivos, al igual que las de mayor nivel de instrucción.

También usan en mayor porcentaje las mujeres que tienen entre 2 y 5 hijos vivos a la fecha de la encuesta y las que trabajan fuera de casa, a excepción de las mujeres de las zonas rurales de la sierra.

En el cuadro 4.6, se observa que a mayor nivel de instrucción de las mujeres, el uso de anticonceptivos empieza a edades más jóvenes.

CUADRO 4.6
PORCENTAJE DE MEF CASADAS O UNIDAS, QUE ESTA USANDO METODOS
ANTICONCEPTIVOS, POR NIVEL DE INSTRUCCION, SEGUN
CARACTERISTICAS SELECCIONADAS.

CARACTERISTICAS	TOTAL	NIVEL DE INSTRUCCION			
		Ninguno	Primario	Secundario	Superior
EDAD:					
15-19	25.0	**	18.6	32.5	**
20-24	39.0	8.0	28.2	48.1	61.9
25-29	55.2	21.9	48.2	63.1	63.7
30-34	63.0	30.3	57.1	73.3	75.0
35-39	61.3	33.3	60.3	69.0	79.3
40-44	58.6	32.3	55.5	72.7	83.3
45-49	44.7	14.5	43.8	73.3	**
No. DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS:					
0	16.7	**	7.0	14.7	41.3
1	43.3	**	31.6	47.1	64.5
2	59.1	34.6	47.5	67.7	72.5
3	65.2	21.6	58.5	73.2	86.7
4	60.8	22.6	55.7	79.5	89.3
5	57.2	10.8	58.1	78.9	**
6 y más	46.9	32.9	47.5	74.1	**
TIPO DE ACTIVIDAD:					
No Trabaja	52.2	29.9	47.9	59.6	68.7
Trabaja en casa	46.7	10.5	45.3	58.8	59.1
Trab.fuera de casa	60.2	25.3	52.6	69.5	73.0
TOTAL	52.9	25.4	48.1	61.4	69.9

** Menos de 25 casos

FUENTE: ENDEMAIN-89

También se observa que cuando es mayor el nivel de instrucción de la mujer, mayor es la proporción de ellas que usan anticoncepción con una fecundidad menor (hijos actualmente vivos). Otra forma de examinar los datos, es que más del 70 por ciento de las mujeres con nivel de instrucción secundaria usa métodos a partir del tercer hijo, en cambio dicha proporción se observa entre las que tienen instrucción superior a partir del segundo hijo. Entre las que tienen nivel primario no se presenta esa proporción y menos entre las analfabetas cuyo porcentaje no pasa del 35 por ciento.

En relación al uso de métodos según el trabajo y el nivel de instrucción de la mujer, éste es más alto entre las mujeres que trabajan fuera de casa, pero las diferencias entre esas mujeres son muy grandes según el nivel de instrucción; así, entre las analfabetas la proporción es 25.3 por ciento; con primaria 52.6 por ciento; 69.5 para las que tenían instrucción secundaria y, 73.0 por ciento entre las que tuvieron nivel superior de instrucción.

El uso de planificación familiar según tipo de método se muestra en el cuadro 4.7; los resultados de ENDEMAIN son comparados con las últimas dos encuestas. Los métodos más usados son esterilización (18.5%), DIU (11.9%), ritmo (8.7%) y píldora (8.6%). Estos cuatro métodos representan el 90 por ciento de la prevalencia en 1989. Cuarenta y un por ciento del aumento de 8.6 puntos porcentuales en los últimos dos años y medio; esterilización (3.5 puntos porcentuales), ritmo (2.6 p.p.), DIU (2.1 p.p.) y condón (0.7 p.p.).

Las mayores diferencias en el tipo de método usado entre las mujeres residentes en área urbana y área rural, están en la esterilización y el DIU; la tasa de prevalencia de esterilización en el área urbana es 22.8 por ciento y en la rural es 12.8 por ciento. En el caso del DIU, las tasas son 14.9 y 8.0 por ciento para las mujeres urbanas y rurales, respectivamente.

También la prevalencia de uso varía por método y según las características de la usuaria. En el cuadro 4.8 se observa que la prevalencia de esterilización toma importancia entre las mujeres de 30 y 34 años de edad, entre las que cerca de una quinta parte (22.3%) están esterilizadas y, es el valor más alto, entre las mujeres de 45 a 49 años en que más de la tercera parte (34.5%) están esterilizadas.

CUADRO 4.7
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, POR AREA,
SEGUN USO Y METODO. ESMIVD-82, ENDESA-87 Y ENDEMAIN-89

USO Y METODO UTILIZADO	ESMIVD 1982	ENDESA 1987	ENDEMAIN - 89		
			Total	Urbano	Rural
<u>Estan usando</u>	<u>39.9</u>	<u>44.3</u>	<u>52.9</u>	<u>62.2</u>	<u>40.2</u>
Esterilización *	12.4	15.0	18.5	22.8	12.8
DIU	6.4	9.8	11.9	14.9	8.0
Píldora	10.3	8.5	8.6	9.4	7.5
Ritmo	4.8	6.1	8.8	9.9	7.1
Retiro	1.5	2.0	2.5	2.4	2.5
Condón	1.1	0.6	1.3	1.5	1.1
Met.Vaginales	2.0	1.2	0.8	1.0	0.6
Inyección	0.7	0.7	0.4	0.3	0.6
Otros **	0.7	0.3	0.0	0.0	0.0
<u>No estan usando</u>	<u>60.1</u>	<u>55.7</u>	<u>47.1</u>	<u>37.8</u>	<u>59.8</u>
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. DE CASOS	1113	2957	4776	2746	2030

* Incluye esterilización masculina (0.2 % en 1989)

** La prevalencia en 1982 incluye lavado y remedios caseros (hierbas) que no son incluidos en 1987 y 1989.

Excluyendo lavado y remedios caseros, la prevalencia en 1982 sería 39.2 por ciento.

FUENTE: ESMIVD-82, ENDESA-87, ENDEMAIN-89

A las mujeres esterilizadas se preguntó si estaban satisfechas de haberse realizado esa operación, el 89.4 por ciento contestaron afirmativamente. El 10.6 por ciento declararon no estarlo, entre las principales razones: por que la operación causó molestias o tenían hijos mayores y deseaban tener otro hijo. En baja proporción mencionaron razones como: nueva unión, disminuyó su vida sexual o que se siente "disminuída" (datos no presentados).

El DIU presenta tasas más altas de prevalencia de uso, entre las mujeres de 20 a 34 años, sin embargo hay que mencionar que aproximadamente una de cada diez mujeres unidas de 15-19 años tiene puesto un DIU, la misma relación existe entre las mujeres de 35 a 39 años.

CUADRO 4.8
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS Y TOTAL, POR
GRUPOS DE EDAD, SEGUN USO Y METODO UTILIZADO

USO Y METODO UTILIZADO	TOTAL	GRUPOS DE EDAD						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
MEF CASADAS O UNIDAS								
Están usando	52.9	25.0	39.0	55.2	63.0	61.3	58.6	44.7
Esterilización Fem.	18.3	0.0	0.5	6.3	22.3	31.7	34.4	34.5
DIU	11.9	9.2	16.2	19.3	12.7	9.2	5.1	1.6
Ritmo/Billings	8.8	3.7	7.8	9.9	10.7	9.8	8.9	4.7
Píldoras	8.6	7.3	8.7	13.2	11.8	6.3	4.5	1.6
Retiro	2.5	3.3	3.3	2.8	2.0	1.8	3.1	0.7
Condón	1.3	1.1	1.2	2.2	1.7	1.0	0.9	0.2
Métodos Vaginales	0.8	0.4	0.9	0.6	0.9	0.7	1.0	1.4
Inyección	0.4	0.0	0.3	0.8	0.5	0.4	0.5	0.0
Otros *	0.2	0.0	0.1	0.1	0.4	0.4	0.2	0.0
No están usando	47.2	75.0	61.0	44.8	37.0	38.7	41.4	55.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N1 DE CASOS	4776	272	778	992	910	814	584	426
TODAS LAS MEF								
Están usando	34.0	4.4	21.7	42.8	54.8	54.9	50.8	38.3
Esterilización Fem.	11.9	0.0	0.3	4.9	19.3	28.8	30.3	29.8
DIU	7.6	1.5	8.7	14.9	11.1	8.1	4.5	1.3
Ritmo/Billings	5.7	0.6	4.4	8.0	9.9	8.9	8.3	4.0
Píldoras	5.4	1.1	4.8	10.1	9.9	5.6	3.7	1.5
Retiro	1.6	0.5	2.0	2.1	1.8	1.5	2.6	0.6
Condón	0.9	0.2	0.7	1.6	1.4	0.9	0.1	0.0
Métodos Vaginales	0.5	0.1	0.6	0.4	0.7	0.6	0.8	1.1
Inyección	0.3	0.0	0.1	0.6	0.4	0.4	0.4	0.0
Otros *	0.1	0.0	0.1	0.2	0.3	0.1	0.1	0.0
No están usando	66.0	95.6	78.3	57.2	45.2	45.1	49.2	61.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N1 DE CASOS	7961	1742	1515	1355	1114	976	729	530

* Incluido 8 casos de vasectomía y 2 casos de implantes

FUENTE: ENDEMAIN-89

Las tasas más altas en el uso de pastillas se presentan entre las edades de 25 a 34 años (alrededor del 12%); este método, después del DIU, es el más empleado por las mujeres menores de 25 años.

El método del ritmo, que a nivel nacional ocupa el tercer lugar en el uso, presenta las tasas más altas entre las mujeres de 25 a 44 años (aproximadamente una de cada 10 lo utilizan).

En resumen, las mujeres jóvenes utilizan más métodos reversibles para espaciar los nacimientos, mientras que las mujeres a partir de 30 años de edad utilizan métodos no reversibles para limitar su familia.

El uso de los diferentes métodos según el número de hijos vivos que la mujer tiene se observa en el cuadro 4.9. Las tasas de prevalencia de esterilización toman importancia entre las mujeres que tienen 3 hijos o más; más de la cuarta parte (27%) de estas mujeres están esterilizadas, y entre las que tienen 4 ó 5 hijos la tercera parte también han sido esterilizadas. Las razones expresadas para operarse fueron: 49.6 por ciento, ya tener suficiente número de hijos y no desean tener más hijos; 36.4 por ciento por razones de salud; 5.9 por ciento por causas económicas y el 3.1 por ciento restante, por otras razones.

CUADRO 4.9
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, POR NUMERO DE HIJOS
ACTUALMENTE VIVOS, SEGUN USO Y METODO UTILIZADO

USO Y METODO UTILIZADO	TOTAL	NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS						
		0	1	2	3	4	5	6 y más
Están usando	52.9	16.9	43.3	59.1	65.2	60.8	57.2	46.9
Esteriliz. Femenina	18.3	0.3	1.0	7.0	27.0	33.3	36.3	27.9
DIU	11.9	1.9	17.1	21.0	13.0	7.3	5.4	4.4
Ritmo/Billings	8.8	9.1	9.5	11.6	10.3	6.4	4.9	6.3
Píldoras	8.6	4.2	9.4	13.1	9.0	8.9	5.4	4.4
Retiro	2.5	0.7	3.5	2.3	2.5	2.5	3.1	1.7
Condón	1.3	0.7	1.5	2.5	1.6	0.5	1.0	0.4
Métodos Vaginales	0.8	0.0	1.1	0.7	0.8	0.9	0.8	1.1
Inyección	0.4	0.0	0.1	0.7	0.5	0.5	0.3	0.7
Otros *	0.2	0.0	0.1	0.2	0.5	0.5	0.0	0.0
No están usando	47.2	83.1	56.7	40.9	34.8	39.2	42.8	53.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. DE CASOS	4776	309	830	993	863	640	391	750

* Incluye 8 casos de vasectomía y 2 casos de implante
FUENTE: ENDEMAIN-89

El DIU, el ritmo y las pastillas son más utilizadas por las mujeres que tienen entre 1 y 3 hijos vivos, en cambio las mujeres que no tienen hijos vivos, el método que más usan es el ritmo (9.1%).

El tipo de método que las mujeres están usando según su nivel de instrucción, (cuadro 4.10) presenta pequeñas variaciones. Se observa también en el cuadro, que cuanto más alto es el nivel de instrucción de las mujeres, es también mayor la variedad de métodos que usan, es decir, mujeres con mayor educación utilizan más los métodos reversibles que las mujeres con menor educación.

CUADRO 4.10
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, POR NIVEL DE INSTRUCCION, SEGUN USO Y METODO UTILIZADO

USO Y METODO UTILIZADO	TOTAL	NIVEL DE INSTRUCCION			
		Ninguno	Primario	Secundario	Superior
Están usando	52.9	25.4	48.1	61.4	69.9
Esteriliz. Femenina	18.3	13.2	19.1	18.7	16.6
DIU	11.9	1.8	9.5	16.4	17.5
Ritmo/Billings	8.8	4.0	7.0	10.4	16.4
Píldoras	8.6	3.7	7.8	9.7	12.6
Retiro	2.5	1.5	2.5	2.5	2.5
Condón	1.3	0.0	0.7	2.3	2.5
Métodos Vaginales	0.8	0.6	0.9	0.8	0.9
Inyección	0.4	0.3	0.6	0.3	0.2
Otros *	0.2	0.3	0.0	0.3	0.7
No están usando	47.2	74.6	51.9	39.1	30.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. DE CASOS	4776	326	2465	1539	446

* Incluye 8 casos de vasectomía y 2 casos de implante

FUENTE: ENDEMAIN-89

4.2.1 Comparación con la prevalencia de uso en otros países

En el cuadro 4.11 se presentan tasas de prevalencia de anticoncepción para algunos países de la región, se observa claramente que la prevalencia de Brasil y Colombia superan a Ecuador con más de 10 puntos porcentuales; pero a su vez, la tasa de Ecuador supera a Perú, Paraguay y Bolivia. También se establece que en los tres países de tasas más altas de prevalencia (Brasil, Colombia y Ecuador), el método con mayor tasa de uso, es la esterilización, 27.7 por ciento en Brasil;

y, alrededor de 18.5 por ciento, en Colombia y Ecuador; en el resto de países que presentan tasas de prevalencia bajas, el uso de la esterilización tiene el tercero o cuarto lugar entre los métodos utilizados.

CUADRO 4.11
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS DE 15-44 AÑOS DE EDAD,
SEGUN USO Y METODO UTILIZADO. ALGUNOS PAISES

USO Y METODO UTILIZADO	Brasil (1986)	Colombia (1986)*	Ecuador (1989)*	Perú (1987)	Paraguay (1983)*	Bolivia (1983)
Usa	65.8	64.8	52.9	44.3	37.6	23.7
Orales	25.2	16.4	8.6	6.5	13.5	2.7
Esterilización	27.7	18.7	18.5	6.2	4.0	2.5
DIU	1.0	11.0	11.9	7.4	5.1	3.4
Condón	1.7	1.7	1.3	0.7	2.3	0.4
Ritmo/Billings	4.3	5.7	8.8	17.7	5.7	12.7
Otros Métodos	6.0	11.3	3.8	5.9	7.0	3.0
No Usa	34.2	37.3	47.1	55.7	62.4	76.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. DE CASOS	3407	2846	4776	2899	1416	5069

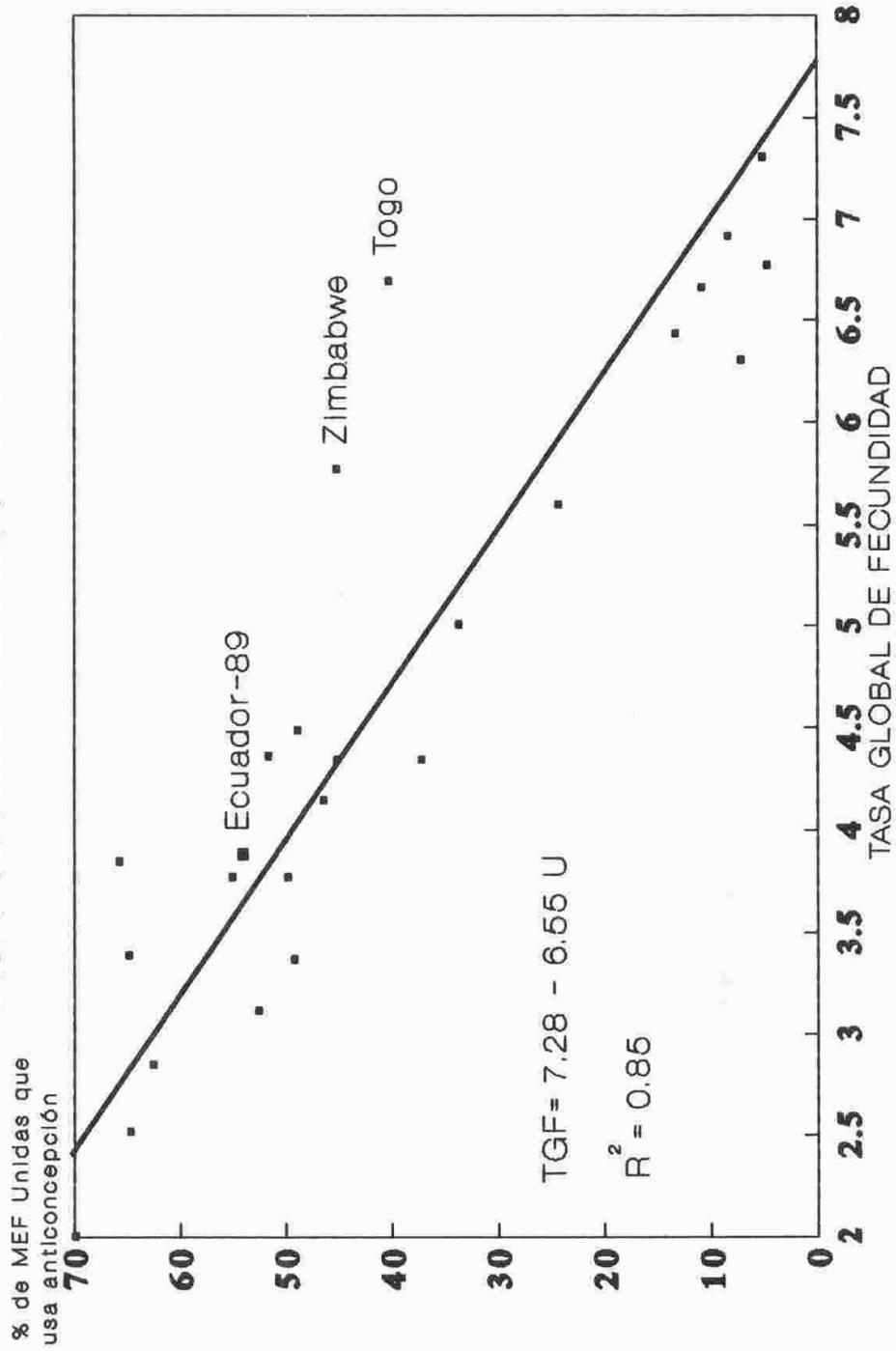
* Mujeres de 15-49 años de edad
FUENTE: OTROS PAÍSES. ENDEMAIN-89

Para medir la correlación entre la tasa global de fecundidad y la tasa de prevalencia, un análisis de los datos de 23 países que hicieron encuestas dentro del Programa DHS**. Los resultados de dicho análisis se presentan en el gráfico 4.2, al mismo que se ha añadido el dato correspondiente a la prevalencia de Ecuador en 1989.

En el gráfico se observa que Ecuador, según la ENDEMAIN-89, se ubica muy cerca de la línea de regresión; es decir, los valores encontrados en la encuesta son bastante consistentes con la información de los otros 23 países, entre los que se contaba Ecuador con los datos de la ENDESA-87. También se observa que Ecuador forma parte del grupo de países que presentan tasas de prevalencia altas (52.9%) y tasas globales de fecundidad relativamente bajas (inferiores a 4 hijos).

** The Relationship Between Contraceptive Prevalence and Total Fertility in DHS Countries" 1969
DHS. Technicalo Notes 1989 N° 11

PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD



FUENTE: DHS, Encuestas Demográficas y de Salud de 23 países.

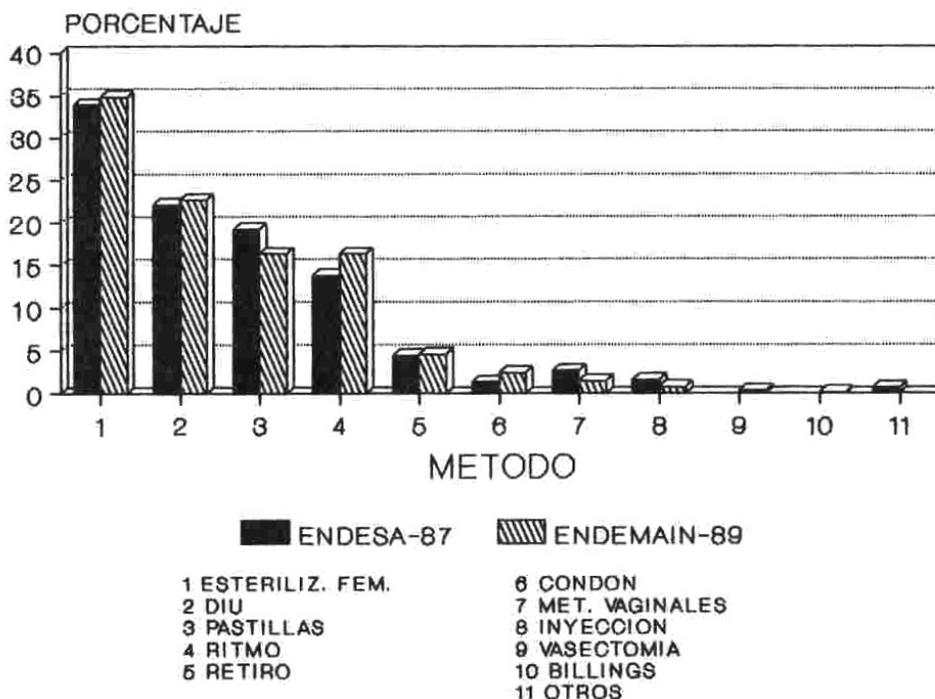
4.2.2 Perfil de usuarias

La distribución porcentual de las MEF unidas usuarias según tipo de método utilizado se presenta en el gráfico 4.3 y cuadro 4.12. El 34.7 por ciento de las usuarias de planificación familiar están esterilizadas, 22.6 por ciento utilizan DIU, 16.2 por ciento pastillas y, una proporción similar (16.4%), practican el ritmo.

La diferencia en la importancia relativa de uso de cada método según las dos últimas encuestas que se comparan, no son de gran significación, con excepción de las pastillas, que de 19.2 por ciento bajó a 16.2 por ciento.

GRAFICO 4.3

DISTRIBUCION DE MEF UNIDAS QUE USAN METODOS, POR TIPO DE METODO. ENDESA-87 Y ENDEMAIN-89



FUENTE: Cuadro 4.12

CUADRO 4.12

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, POR METODO QUE USAN, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	M E T O D O											TOTAL	No.DE CASOS
	Ester. Femen.	Vasec- tomía	DIU	Billings	Ritmo	Pastillas	Retiro	Condón	Inyec- ción	Vagi- nales	Implantes		
AREA:													
Urbana	36.1	0.4	23.9	0.2	15.9	15.0	3.9	2.4	0.5	1.6	0.1	100.0	1709
Rural	31.7	0.1	19.9	0.1	17.4	18.8	6.3	2.7	1.5	1.6	--	100.0	816
SIERRA:													
Quito	26.4	0.4	26.0	0.4	25.0	10.5	5.9	3.6	0.8	1.1	--	100.0	1125
Resto Urbano	22.2	0.9	33.3	0.5	23.9	9.4	4.2	3.3	0.9	1.4	--	100.0	427
T. Urbano	33.7	--	22.3	0.7	23.3	10.3	5.3	3.7	--	0.7	--	100.0	300
Rural	27.0	0.6	28.7	0.6	23.7	9.8	4.7	3.4	0.6	1.1	--	100.0	727
COSTA:													
Rural	25.4	0.3	20.9	0.3	27.4	11.8	8.0	3.8	1.3	1.0	--	100.0	398
Guayaquil	41.4	0.2	19.9	--	9.4	20.9	3.6	1.6	0.9	2.0	0.1	100.0	1400
Resto urbano	44.0	0.2	24.0	--	8.1	13.4	5.1	1.9	0.6	2.3	0.2	100.0	470
T. urbano	41.8	0.4	16.8	--	11.9	24.0	1.6	1.4	0.4	1.6	0.2	100.0	512
Rural	42.9	0.3	20.3	--	10.1	18.9	3.3	1.6	0.5	1.9	0.2	100.0	982
Rural	37.8	--	18.9	--	7.9	25.4	4.5	1.7	1.7	2.2	--	100.0	418
EDAD:													
15-19	--	--	36.8	--	14.7	29.4	13.2	4.4	--	1.5	--	100.0	68
20-24	1.3	--	41.4	--	20.1	22.4	8.6	3.0	0.7	2.3	0.3	100.0	304
25-29	11.5	--	34.9	0.2	17.7	23.9	5.1	4.0	1.5	1.1	0.2	100.0	548
30-34	35.4	0.7	20.2	0.3	16.6	18.7	3.1	2.6	0.9	1.4	--	100.0	573
35-39	51.7	0.6	15.0	0.2	15.8	10.2	3.0	1.6	0.6	1.2	--	100.0	499
40-44	58.8	0.3	8.8	--	15.2	7.6	5.3	1.5	0.9	1.8	--	100.0	342
45-49	77.0	--	3.7	0.5	9.9	3.7	1.6	0.5	--	3.1	--	100.0	191
INSTRUCCION:													
Ninguno	51.8	1.2	7.2	--	15.7	14.5	6.0	--	1.2	2.4	--	100.0	83
Primario	39.8	0.1	19.7	0.1	14.4	16.3	5.2	1.4	1.2	1.8	--	100.0	1185
Secundario	30.3	0.3	26.6	0.4	16.5	15.8	4.1	3.8	0.5	1.4	0.2	100.0	946
Superior	23.8	1.0	25.1	--	23.5	18.0	3.5	3.5	0.3	1.3	--	100.0	311
NUMERO DE HIJOS:													
0-1	2.2	--	39.6	--	22.0	21.7	8.1	3.3	0.3	2.5	0.3	100.0	359
2	11.9	0.2	35.5	0.3	19.2	22.1	3.9	4.3	1.2	1.2	0.2	100.0	588
3	41.4	0.7	19.9	0.4	15.5	13.9	3.9	2.5	0.7	1.2	--	100.0	563
4	54.8	0.8	12.1	--	10.5	14.7	4.1	0.8	0.8	1.5	--	100.0	389
5	63.7	--	9.4	0.4	8.1	9.4	5.4	1.8	0.4	1.3	--	100.0	223
6 y más	59.5	--	9.4	--	13.4	9.4	3.7	0.9	1.4	2.3	--	100.0	351
TIPO DE ACTIVIDAD:													
No trabajó	33.6	0.2	24.0	0.2	15.6	17.2	4.4	2.7	0.7	1.3	0.1	100.0	1573
Trabaja en casa	37.5	0.3	18.7	0.3	18.7	14.0	4.5	1.6	1.6	2.9	--	100.0	379
Trabaja fuera de casa	36.0	0.7	21.3	0.2	16.9	15.0	5.4	2.4	0.7	1.4	--	100.0	573
TOTAL	34.7	0.3	22.6	0.2	16.4	16.2	4.6	2.5	0.8	1.6	0.1	100.0	2525

FUENTE: ENDEMAIN-89

El uso relativo de la esterilización entre usuarias es un poco más alto en mujeres del área urbana que en las del área rural, pero existe una gran diferencia en el uso relativo de este método entre las mujeres de sierra y costa; entre las primeras, del total de usuarias, el 26.4 por ciento están esterilizadas (0.4 con vasectomía) y, entre las de la costa, el 41.4 por ciento y 0.2, respectivamente. Respecto de la edad, más de la tercera parte (35.4%) de las usuarias de 30 a 34 años están esterilizadas; la proporción de esterilizadas aumenta rápidamente con la edad, pues en el grupo 35-39 el 51.7 por ciento están esterilizadas; entre las de 40-44 la proporción es 58.8 por ciento y sube al 77.0 por ciento para las usuarias de 45-49 años de edad. Existe una relación inversa importante entre el uso de la píldora y la edad.

La proporción de usuarias esterilizadas guarda relación inversa con el nivel de instrucción de la mujer; entre las que no tienen instrucción, la proporción de esterilizadas es 51.8 por ciento y, en las usuarias con nivel de instrucción superior, la proporción es 23.8 por ciento.

El número de hijos vivos que la usuaria tiene y la proporción de esterilizadas presenta una relación directa: a mayor número de hijos, mayor proporción de mujeres usuarias que están esterilizadas; entre las que tienen 2 hijos la proporción de esterilizadas es 11.9 por ciento, y tiene el valor de 63.7 por ciento entre las que tienen 5 hijos y 59.5 por ciento para las que tienen 6 o más hijos vivos.

Respecto al uso de los otros métodos, se presentan algunas variaciones según las características de las usuarias; por ejemplo: la píldora la prefieren las mujeres jóvenes, con niveles altos de instrucción y con baja paridad; el DIU las mujeres jóvenes con baja paridad y nivel alto de instrucción; el ritmo entre las usuarias de la sierra con baja paridad.

4.3 Fuente de obtención de métodos

A las MEF unidas que estaban usando métodos anticonceptivos más eficaces-píldora, DIU, condón, inyección, vaginales, implantes, esterilización femenina y vasectomía-, se les preguntó la fuente donde obtienen o donde obtuvieron el método. Las principales fuentes de obtención de métodos son: el Ministerio de Salud Pública (MSP), médico privado, boticas y APROFE (cuadro 4.13). La fuente de obtención de métodos varía de importancia según área y región; por ejemplo, el MSP tiene mayor importancia en la sierra y en las áreas rurales; Junta de Beneficencia, en la costa; APROFE, en la costa; CEMOPLAF, en la sierra; IESS, en la sierra y en el área urbana; médico privado, en el área urbana.

CUADRO 4.13
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, POR AREA Y REGION, SEGUN FUENTE DONDE OBTIENEN EL METODO ANTICONCEPTIVO

FUENTE DE OBTENCION	TOTAL	AREA		REGION	
		Urbana	Rural	Sierra	Costa
Ministerio de Salud	27.0	24.1	33.6	34.4	22.4
Médico/Clínica particular	25.8	28.0	20.9	27.8	24.5
Farmacia/botica	17.0	16.4	18.3	12.2	20.0
APROFE	11.8	11.8	11.7	9.4	13.3
Junta de Beneficencia	8.8	9.2	8.0	0.6	14.1
IESS/Seguro Social Campesino	3.5	4.0	2.3	4.5	2.8
CEMOPLAF	3.3	3.4	3.2	6.7	1.2
FUERZAS ARMADAS	1.7	2.0	0.8	2.7	1.0
Otros	1.0	1.1	1.0	1.7	0.6
NS/NR	0.1	0.0	0.2	0.0	0.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. DE CASOS	1990	1368	622	733	1217

FUENTE: ENDEMAIN-89

El cuadro 4.14 presenta la distribución de las usuarias según la fuente donde obtienen u obtuvieron el método que están usando. Se observa que algunos servicios o programas de planificación familiar presentan mayor demanda y oferta por determinados tipos de métodos; por ejemplo, la mayor demanda de pastillas se da en la botica o a través del médico privado. Cuando la fuente de pastillas fue la farmacia o botica, 78 por ciento declararon que visitaron un médico o programa de planificación familiar antes de obtenerlas. El DIU lo obtienen las usuarias en mayor porcentaje en APROFE y con médicos privados; el condón y métodos vaginales los adquieren principalmente en las farmacias o a través del médico privado. El 67.6 por ciento de las esterilizaciones se operaron en establecimientos del sector público, con mayor importancia en el MSP (41.5%) y en la Junta de Beneficencia (18.5%); el médico privado ha realizado esterilizaciones en 31.1 por ciento de las usuarias. Un tercio de las usuarias del ritmo tienen asesoría de un médico o programa de planificación familiar.

CUADRO 4.14
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, POR TIPO DE METODO USADO, SEGUN
FUENTE DE OBTENCION

FUENTE DE OBTENCION	M E T O D O					
	Esteriliz. Femenina	DIU	Ritmo	Pastillas	Condón	Métodos Vaginales
MSP	41.5	19.1	0.5	13.4	6.3	5.0
IESS	6.1	1.6	---	0.5	3.2	2.5
SSC	---	---	---	0.2	---	---
FF.AA.	1.4	3.0	---	0.5	3.2	---
Junta de Beneficencia	18.4	1.8	---	0.5	---	2.5
APROFE	0.8	33.7	---	5.9	14.3	---
CEMOPLAF	0.1	8.9	0.2	2.4	1.6	7.5
Médico Privado	31.1	30.7	1.0	12.4	3.2	7.5
Botica	---	0.2	---	62.9	63.5	72.5
Otros	0.6	1.0	98.3	1.1	4.7	2.5
NS/NR	0.6	---	---	0.2	---	---
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. DE CASOS	884	570	413	410	63	40

FUENTE: ENDEMAIN-89

A las usuarias de métodos anticonceptivos se les preguntó ¿Cuánto tiempo tarda usted normalmente para ir desde aquí (su casa) a ése lugar (donde obtienen el método)?, la información se presenta en el cuadro 4.15.

Más de la tercera parte de las mujeres necesitan 15 minutos o menos para ir de su casa al lugar donde generalmente adquiere los métodos anticonceptivos. Las mujeres residentes en área urbana necesitan menos tiempo que las del área rural, mientras que entre las primeras alrededor del 35 por ciento necesita más de 30 minutos entre las segundas, tal proporción es alrededor del 60 por ciento. El promedio de tiempo, en minutos, que la mujer necesita para ir al lugar donde obtiene los métodos, es entre 30 y 39 minutos en el área urbana y entre 63 y 76 minutos, en el área rural.

CUADRO 4.15
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, POR RESIDENCIA, SEGÚN
TIEMPO NECESARIO PARA IR A LA FUENTE DONDE OBTIENE (OBTUVO) LOS
ANTICONCEPTIVOS(*)

TIEMPO NECESARIO	TOTAL	S I E R R A			C O S T A		
		Resto			Resto		
		Quito	Urbano	Rural	Guayaquil	Urbano	Rural
15' o menos	35.7	35.7	46.7	22.3	35.0	52.6	18.9
16' - 30'	22.2	29.2	23.1	21.9	30.4	15.6	14.7
Mas de 30'	42.0	35.1	30.2	55.9	34.1	31.8	65.9
No sabe	0.2	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. DE CASOS	1990	305	212	256	408	443	366

(*) Excluye usuarias de ritmo y retiro.

FUENTE: ENDEMAIN-89

4.4 Razones para el uso de anticonceptivos

En este tema se revisan los datos relativos a las razones que declararon las mujeres para usar anticonceptivos o no.

4.4.1 Razones para usar anticonceptivos

Del total de usuarias de métodos de planificación familiar el 27.5 por ciento utiliza los métodos para espaciar los nacimientos y, el 72.5 por ciento, para limitar su fecundidad (cuadro 4.16), o sea para no tener más hijos.

La finalidad de uso de los métodos anticonceptivos varía según el lugar de residencia y las características de las usuarias. Se observa que las mujeres de Guayaquil están usando los métodos en mayor proporción para limitar los embarazos que las de Quito.

Según la edad de las usuarias, las jóvenes (15-19) en su gran mayoría (70.1 por ciento) están usando los métodos para espaciar los nacimientos; esta proporción va disminuyendo rápidamente y es así como más de la mitad de mujeres de 25-29 quieren limitar su familia y entre las usuarias de 35-39 años los utilizan con la misma finalidad la mayoría, 89.2 por ciento.

CUADRO 4.16
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, QUE ESTAN USANDO
ANTICONCEPTIVOS, POR RAZON DE USO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	RAZONES DE USO		TOTAL	N1 DE CASOS
	Espaciar Embarazos	Limitar Embarazos		
RESIDENCIA:				
SIERRA				
Quito	33.7	66.3	100.0	425
Resto Urbano	26.7	73.3	100.0	300
Rural	27.1	72.9	100.0	398
COSTA				
Guayaquil	23.9	76.1	100.0	469
Resto Urbano	28.2	71.8	100.0	511
Rural	25.4	74.6	100.0	417
EDAD:				
15-19	70.1	29.9	100.0	67
20-24	58.9	41.1	100.0	302
25-29	44.1	55.9	100.0	547
30-34	27.7	72.3	100.0	573
35-39	10.8	89.2	100.0	499
40-44	3.5	96.5	100.0	342
45-49	1.0	99.0	100.0	190
INSTRUCCION:				
Ninguno	13.3	86.7	100.0	83
Primario	19.2	80.8	100.0	1184
Secundario	33.0	67.0	100.0	943
Superior	46.5	53.5	100.0	310
Nro. DE HIJOS				
VIVOS ACTUALMENTE:				
0	72.0	28.0	100.0	50
1	75.7	24.3	100.0	358
2	41.8	58.2	100.0	586
3	15.3	84.7	100.0	563
4	8.2	91.8	100.0	389
5	6.3	93.7	100.0	223
6 y más	2.6	97.4	100.0	351
METODO ACTUAL:				
Esterilización	0.0	100.0(*)	100.0	884
DIU	46.7	53.3	100.0	569
Ritmo/Billings	38.9	61.1	100.0	417
Pastillas	40.8	59.2	100.0	409
Retiro	38.8	61.2	100.0	116
Condón	54.0	46.0	100.0	63
Métodos Vaginales	28.2	71.8	100.0	39
Inyección/Implantes	**	**	100.0	23
TOTAL	27.5	72.5	100.0	2520

Nota: Excluidos 5 casos para quienes contestaron no conocer el uso de contraceptivos.

* Incluye esterilización femenina y vasectomía.

** Menos de 25 casos

FUENTE: ENDEMAIN-89

De acuerdo con el nivel de instrucción de las usuarias, se encuentra que cuanto mayor es el mismo, es mayor la proporción de usuarias de métodos para espaciar los embarazos; por ejemplo, las analfabetas que están usando métodos para espaciar los embarazos son apenas el 13.3 por ciento, en cambio entre las que alcanzan el nivel superior, la proporción es 46.5 por ciento.

Las mujeres que no tienen hijos vivos y usan métodos anticonceptivos, en su mayoría (72.0%) los usan para espaciar los nacimientos, en cambio las que tienen 3 ó más hijos en la mayoría lo hacen para limitar los embarazos (85% y más).

Respecto de la finalidad de uso de cada método en particular, se obtiene que el 100 por ciento de las esterilizadas, lo hicieron para limitar los embarazos; para los demás métodos, con excepción del condón, se utilizan en mayor proporción para limitar los embarazos antes que para espaciarlos.

Es notable que alrededor del 61 por ciento de usuarias de métodos tradicionales (ritmo y retiro) los emplean para limitar los embarazos.

4.4.2 Razones para discontinuar el uso de métodos anticonceptivos.

A las MEF casadas o unidas que no estaban usando métodos anticonceptivos al momento de la encuesta, pero que los habían usado anteriormente, se les preguntó la razón por la cual dejaron de usar ese último método.

En forma general existen dos razones principales por las que más de la mitad de las MEF discontinuaron el uso de métodos; deseo de embarazo 31.7% y por efectos colaterales relacionados con la salud 26.1%. (cuadro 4.17).

Las razones para discontinuar el uso presentan variaciones según el método que la mujer estaba usando; en el caso del DIU, además de las razones anteriormente expuestas, existen dos que deben mencionarse, razones de salud 9.6 por ciento y recomendación médica 12.0 por ciento; es decir, más de la mitad 55.7% de las usuarias de DIU dejaron de usar el método por algún motivo relacionado con la salud; la segunda causa por la que las mujeres abandonaron los métodos: ritmo y retiro, es la poca efectividad del método 19.0 por ciento, en el caso del ritmo y 16.0 por ciento para el retiro. Es de interés señalar que 17.0 por ciento y 12 por ciento de las usuarias del condón y retiro, respectivamente, discontinuaron porque sus esposos se opusieron a su uso.

CUADRO 4.17
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, QUE UTILIZARON METODOS EN EL PASADO Y YA
NO USAN, POR ULTIMO METODO USADO, SEGUN RAZONES PARA ABANDONAR SU USO

RAZONES PARA ABANDONAR USO	TOTAL	METODO						
		Pastillas	DIU	Condón	Inyección	Vaginales	Ritmo	Retiro
Desea Embarazarse	31.7	25.6	28.7	14.3	5.6	27.0	56.3	56.0
Efectos colaterales	26.1	37.3	34.1	5.7	41.7	13.5	0.7	0.0
Método no efectivo	8.5	4.8	3.6	14.3	8.3	10.8	19.0	16.0
Razones de salud	7.3	7.5	9.6	8.6	11.1	8.1	4.2	0.0
Recomendación Médica	6.1	5.7	12.0	2.9	11.1	10.8	0.0	0.0
Descuido/Fatalismo	5.0	6.0	0.0	5.7	2.8	8.1	7.0	12.0
Oposición del Esposo	2.8	2.1	1.2	17.1	2.8	5.4	1.4	8.0
Sin relaciones sexuales	2.7	2.7	1.2	2.9	0.0	0.0	5.6	4.0
Miedo de efectos	1.9	3.0	1.8	2.9	2.8	0.0	0.0	0.0
No quiere/no le gusta	1.7	0.6	1.8	14.3	0.0	5.4	0.0	4.0
No dispone dinero	1.3	2.1	0.0	0.0	5.6	2.7	0.0	0.0
Se siente vieja	1.1	0.6	1.2	2.9	0.0	2.7	2.1	0.0
Otro/no sabe	3.8	0.5	4.8	8.4	8.2	5.5	3.7	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. DE CASOS	774	332	167	35	36	37	142	25

FUENTE: ENDEMAIN-89

4.4.3 Razones para no usar anticonceptivos

A las MEF en unión que no estaban usando anticonceptivos (47.1%), se les preguntó la razón por la que no los estaban usando; las razones que dieron se presentan en el cuadro 4.18.

La principal razón (26.3%) que declararon las MEF para no usar métodos anticonceptivos fue su condición de período postparto o que estaban dando de lactar; le sigue en importancia (20.2%) porque estaban embarazadas a la fecha de la entrevista y, en un tercer lugar (15.1%) por ser mujeres menopáusicas/subfecundas o estar operadas (operación realizada por razones médicas), 5.1 por ciento porque deseaba embarazarse y 2.5 por ciento debido a que no tienen relaciones sexuales (incluye compañero ausente); esta serie de motivos totalizan el 69.2 por ciento de las razones para no usar métodos. Este grupo de razones presenta pequeñas variaciones respecto del área de residencia de las entrevistadas. En el cuadro también se observan otra serie de razones para la no utilización de métodos, éstas en conjunto totalizan 30.8 por ciento, y las que se mencionan con mayor frecuencia son: "no quiere/no le gustan los métodos" y "miedo a efectos colaterales".

CUADRO 4.18
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, QUE NO ESTAN USANDO
ANTICONCEPTIVOS, POR AREA DE RESIDENCIA, SEGUN RAZONES PARA NO USAR

RAZONES PARA NO USAR	TOTAL	AREA DE RESIDENCIA					
		SIERRA			COSTA		
		Quito	Resto Urbano	Rural	Guayaquil	Resto Urbano	Rural
Razones relacionadas con embarazo, fecundidad y actividad sexual	69.2	70.3	74.8	67.1	63.6	75.6	68.4
Postparto, lactancia, embarazada	26.3	21.7	25.2	33.0	17.5	24.5	24.6
Menopausia, subfecunda, operada	20.2	24.9	24.8	15.4	22.7	23.8	19.4
Desea embarazo	15.1	15.3	14.6	13.8	14.1	16.1	17.3
No activa sexualmente	5.1	4.4	5.3	3.3	6.3	7.7	5.8
Otras razones	2.5	4.0	4.9	1.6	3.0	3.5	1.3
No quiere/no le gusta	30.8	29.7	25.2	32.9	36.4	24.4	31.6
Miedo a efectos	5.8	4.0	6.2	5.2	7.8	4.5	6.9
Falta de conocimiento	4.5	3.2	5.7	5.3	3.0	4.2	4.3
Descuido/fatalismo	3.7	2.4	1.3	7.7	1.9	1.0	1.5
Efectos colaterales	3.0	4.0	3.1	3.5	2.2	1.7	3.0
Oposición del esposo	2.8	2.0	3.5	1.2	5.2	3.9	3.5
Razones de salud	2.5	2.0	1.3	3.6	1.9	1.0	3.0
Recomendación médica	2.3	3.6	0.9	0.7	4.5	3.9	2.8
Costo elevado	1.5	1.6	1.3	0.7	3.0	2.5	1.5
Se siente vieja	1.1	2.0	0.4	0.8	1.1	0.3	1.9
Razones religiosas	1.1	1.6	0.4	1.7	1.1	0.0	0.7
Otro/no sabe	0.7	0.4	0.4	0.4	2.6	0.7	0.2
TOTAL	1.8	2.9	0.7	3.1	2.1	0.7	2.3
No. DE CASOS	100.0 *	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	2241	249	226	748	269	286	463

* Excluye 10 casos que no respondieron

FUENTE: ENDEMAIN-89

Las razones para no utilizar métodos según el nivel de instrucción de las MEF (cuadro 4.19), presentan algunas variaciones; entre las más importantes se destacan las siguientes: entre las mujeres sin instrucción o con primaria la razón principal (27.0%) es que están en el período

postparto o dando de lactar, en cambio, entre las mujeres con instrucción superior por la misma razón no usan los métodos el 17.8 por ciento; por estar la mujer embarazada, es motivo para que 11.2 por ciento de analfabetas y 43.0 por ciento con instrucción superior, no usen métodos.

CUADRO 4.19

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, QUE NO ESTAN USANDO METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR NIVEL DE INSTRUCCION, SEGUN RAZONES PARA NO USAR.

RAZONES PARA NO USAR	TOTAL	NIVEL DE INSTRUCCION			
		Ninguno	Primario	Secundario	Superior
Razones relacionadas con con embarazo, fecundidad actividad sexual	69.2	64.3	66.7	73.4	83.8
Postparto, lactancia	26.3	27.0	27.3	25.8	17.8
Embarazada	20.2	11.2	16.9	25.8	43.0
Menopausia, subfecunda operada	15.1	24.9	15.8	9.7	14.8
Desea embarazo	5.1	0.8	4.5	8.0	5.2
No activa sexualmente	2.5	0.4	2.2	4.1	3.0
Otras razones	30.8	35.7	33.3	26.6	16.2
No quiere no le gusta	5.8	7.0	5.7	5.4	5.9
Miedo a efectos	4.5	1.2	6.0	3.2	2.2
Falta de conocimiento	3.7	12.0	3.5	1.5	0.0
Descuido/fatalismo	3.0	5.0	3.1	2.5	1.5
Efectos colaterales	2.8	0.4	3.6	2.5	0.7
Oposición del esposo	2.5	2.9	3.1	1.9	0.0
Razones de salud	2.3	0.4	2.2	3.0	3.7
Recomendación médica	1.5	0.4	0.9	3.4	0.7
Costo elevado	1.1	2.1	1.4	0.3	0.0
Se siente vieja	1.1	1.7	1.3	0.5	0.7
Razones religiosas	0.7	0.8	0.6	0.9	0.0
Otro/no sabe	1.8	1.8	1.9	1.5	0.8
TOTAL	100.0 *	100.0	100.0	100.0	100.0
No. DE CASOS	2241	241	1275	590	135

* Excluye 10 casos que no respondieron

FUENTE: ENDEMAIN-89

Una razón también importante, entre las mujeres sin instrucción para no usar métodos, es la menopausia o subfecundidad (24.9%) y la falta de conocimiento de métodos (12.0 %)

En general, la mayoría de las mujeres que mencionaron "otras razones" deberían ser atendidas con programas de información, educación y comunicación en planificación familiar. Es notable que pocas mujeres citan razones religiosas, costo elevado u oposición del esposo como razón principal para no usar.

4.5 Intención de uso de anticonceptivos

En esta sección se analiza la intención de uso de métodos de las MEF unidas que conocen métodos anticonceptivos (solamente 7.8 por ciento no conoce ningún método de los más eficaces y ésta pregunta no se le formuló a esas mujeres) y que no los están usando a la fecha de la encuesta.

Se observa a través de la información del cuadro 4.20, que el 16.3 por ciento de las MEF antes definidas, desean usar métodos ahora (al momento de la encuesta) y el 38.1 por ciento también, en los próximos 12 meses de la encuesta, en otras palabras, el 54.4 por ciento de MEF unidas, que conocen y no están usando métodos y que son fértiles, tienen la intención de usar métodos ahora o en los próximos 12 meses, pero solamente el 76.5 por ciento de ellas conocen, saben o han oído hablar del lugar en donde pueden obtener los métodos.

La intención de usar métodos ahora, varía según algunas características de las usuarias, es más alta entre las mujeres de las ciudades de Quito y Guayaquil que en el resto de áreas del país; en relación a las mujeres del área rural, la intención de usar es ligeramente más alta, entre las mujeres de la costa, que entre las de la sierra.

Con relación a la edad de la MEF, hay tendencia a una mayor intención de uso entre las mujeres jóvenes, pero esa intención se refiere, principalmente, a un uso no inmediato sino dentro de los 12 meses siguientes a la encuesta.

Respecto del nivel de instrucción, la intención de uso es más alta entre las mujeres con mayor instrucción. El deseo de uso de métodos anticonceptivos según el número de hijos que la mujer tiene, es menor entre las que no tienen o que tienen 6 y más hijos actualmente vivos.

CUADRO 4.20

PORCENTAJE DE MEF CASADAS O UNIDAS QUE NO USAN METODOS Y DESEAN USAR, POR DESEO DE USO Y CONOCIMIENTO DE LA FUENTE DE OBTENCION, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	CUANDO DESEAN USAR			CONOCEN DONDE OBTENER LOS METODOS	
	Ahora	Próximos 12 Meses	N1 DE CASOS	%	N1 DE CASOS
RESIDENCIA:					
SIERRA					
Quito	22.7	42.2	211	78.1	137
Resto Urbano	19.7	43.0	193	90.1	121
Rural	12.7	31.0	645	63.1	282
COSTA					
Guayaquil	25.1	33.8	231	88.2	136
Resto Urbano	12.5	50.8	240	89.5	152
Rural	14.1	40.2	383	68.7	208
EDAD:					
15-19	17.2	49.5	204	63.2	136
20-24	17.4	45.9	466	77.3	295
25-29	16.1	46.3	423	81.8	264
30-34	17.0	35.3	306	76.3	160
35-39	16.7	29.3	276	81.1	127
40-44	15.6	14.9	141	69.8	43
45-49	6.9	5.7	87	**	11
INSTRUCCION:					
Ninguna	14.9	23.8	181	54.3	70
Primaria	16.7	35.4	1074	70.7	559
Secundaria	17.5	45.0	533	87.1	333
Superior	9.6	54.8	115	94.6	74
No. DE HIJOS					
ACTUALMENTE VIVOS:					
0	3.5	43.2	229	69.2	107
1	17.5	37.9	433	79.2	240
2	17.2	46.6	354	81.9	226
3	16.5	38.7	261	81.9	144
4	19.0	35.6	205	75.0	112
5	24.1	26.3	137	71.0	69
6 y más	17.6	31.0	284	67.4	138
ACTIVIDAD ECONOMICA:					
No trabaja	17.7	41.4	1233	78.6	728
Trabaja en casa	13.7	32.0	359	66.5	164
Trabaja fuera de casa	13.8	32.5	311	77.8	144
TOTAL	16.3	38.1	1903	76.5	1036

** Menos de 25 casos

FUENTE: ENDEMAIN-89

Según la condición de ocupación, las MEF que no trabajan desean usar en mayor proporción que las que trabajan dentro o fuera de casa.

También se observa en el cuadro 4.20 que existe una proporción importante (23.5%) que desea usar métodos anticonceptivos pero que desconoce el lugar donde obtenerlos; el desconocimiento del lugar para obtener los métodos es mayor entre las mujeres del área rural, entre las jóvenes y, principalmente, entre las que no tienen instrucción.

Las MEF no usuarias de métodos y que desean usarlos ahora o en los próximos 12 meses, identifican como fuentes o lugares a los cuales acudirían a demandar los métodos los siguientes: Ministerio de Salud, con 34.9 por ciento; APROFE 26.0 por ciento y clínica privada 20.3 por ciento, y el resto (18.8%), mencionan otros lugares (cuadro 4.21).

Los lugares o servicios a los cuales las mujeres tienen previsto ir para adquirir métodos varían según el área de residencia de la MEF; en forma general, al Ministerio de Salud acudirían, preferentemente, mujeres de la sierra y del área rural de la costa; APROFE tendría mayor demanda en áreas urbanas en la costa. A CEMOPLAF acudirían mujeres principalmente de área urbana de la sierra.

CUADRO 4.21
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, NO USUARIAS DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS, QUE DESEA USAR AHORA O EN LOS PROXIMOS 12 MESES, POR RESIDENCIA,
SEGUN FUENTE DE OBTENCION DEL METODO

FUENTE DE OBTENCION	TOTAL	RESIDENCIA					
		SIERRA			COSTA		
		Quito	Resto Urbano	Rural	Guayaquil	Resto Urbano	Rural
Ministerio de Salud	34.9	34.5	35.4	51.7	15.6	27.6	40.3
APROFE	26.0	17.9	20.7	19.0	44.8	30.5	23.4
Clinica Privada	20.3	22.6	25.6	17.2	15.6	25.7	16.9
CEMOPLAF	5.8	14.3	11.0	5.2	2.1	3.8	1.6
Farmacia	5.1	0.0	3.7	1.7	6.3	7.6	9.7
Junta de Beneficencia	4.1	0.0	0.0	0.0	14.6	2.9	6.5
IEES/SSC	3.0	9.5	3.7	3.5	1.0	0.0	1.6
Otro	0.8	1.2	0.0	1.7	0.0	1.9	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. DE CASOS	607	84	82	116	96	105	124

FUENTE: ENDEMAIN-89

Los métodos que las mujeres preferirían o piensan usar son principalmente en su orden: DIU, gestágenos orales y esterilización femenina; éstos tres métodos cubren la expectativa de uso del 63.2 por ciento de las usuarias potenciales de planificación familiar (cuadro 4.22). El tipo de método que las mujeres piensan usar varía según lugar de residencia, es así como, el uso del DIU es más previsto entre las mujeres urbanas y con mayor preferencia entre las de la sierra; los métodos orales son más previstos para su uso, entre las mujeres rurales y principalmente entre las de la costa; respecto a la esterilización femenina, se observa en forma general, una mayor previsión de uso, entre las mujeres de Guayaquil y del área rural de la costa.

Como se puede ver en el cuadro, los demás métodos tienen una previsión de uso relativamente baja, con excepción del ritmo que tiene 12.1 por ciento entre las mujeres rurales de la sierra.

CUADRO 4.22
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, NO USUARIAS DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS, QUE DESEAN USAR AHORA O EN LOS PROXIMOS 12 MESES,
POR RESIDENCIA, SEGUN METODO PREFERIDO

METODO PREFERIDO	TOTAL	RESIDENCIA					
		SIERRA			COSTA		
		Quito	Resto Urbano	Rural	Guayaquil	Resto Urbano	Rural
DIU	30.6	48.2	36.4	24.5	31.6	31.6	22.6
Orales	16.5	8.8	13.2	13.5	18.4	22.4	22.1
Esterilización Femenina	16.1	14.6	18.2	14.2	19.1	11.8	19.7
Ritmo	7.4	5.1	9.1	12.1	5.1	9.2	1.9
Inyección	5.8	5.1	3.3	5.7	4.4	4.6	9.6
Métodos Vaginales	1.7	1.5	1.7	0.0	2.9	2.6	2.9
Implantes	1.0	0.0	0.0	0.0	3.7	2.6	0.5
Condón	0.6	0.0	0.8	0.3	0.7	0.7	1.0
Billings	0.5	2.2	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0
Otro	0.6	0.6	1.6	0.3	0.1	0.7	0.5
No sabe	19.2	13.9	15.7	28.7	14.0	13.8	19.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. DE CASOS	1036	137	121	282	136	152	208

FUENTE: ENDEMAIN-89

5. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS Y RIESGO DE EMBARAZO NO PLANEADO

En este capítulo se presenta información de las MEF unidas, sobre varios temas: deseo del último embarazo que tuvo (ó tiene), intenciones de embarazarse, deseo de más hijos e interés en métodos permanentes y riesgo de embarazo no planeado.

5.1 Deseo del último embarazo

En este análisis se incluye a las MEF unidas que han tenido un nacido vivo a partir de enero de 1984, o que estaban embarazadas a la fecha de la encuesta. A estas mujeres se les preguntó, si el último embarazo había sido deseado y, en caso de responder que no, se les preguntó si no quería tener (más) hijos o le hubiera gustado esperar un poco; la información se presenta en el cuadro 5.1.

Respecto del deseo del último embarazo, a nivel nacional se encuentra que el 87.0 por ciento sí lo deseaba, 6.0 por ciento no lo previó, es decir quería esperar un poco más de tiempo para tenerlo, 6.7 por ciento no lo deseaba y 0.2 por ciento no estaba segura (no sabía). En este informe, se define el conjunto de embarazos no previstos y no deseados como embarazos no planeados. Las respuestas de embarazos "deseados y no deseados", deben tomarse con cautela por el fenómeno de "racionalización" por la implicación social de la respuesta.

El deseo del último embarazo según el área de residencia, con pequeñas diferencias, tiene el mismo comportamiento que a nivel nacional.

En relación con la edad de la MEF, el último embarazo fue deseado en mayor proporción entre las mujeres menores de 24 años; imprevisto, principalmente entre las mujeres de 15 a 29 años (problemas de espaciamiento, de embarazos premaritales). Fue deseado en menor proporción, entre las mujeres de 30 ó más años (relacionado con alta paridad y limitación de familia).

Según el nivel de instrucción de las MEF analizadas, existe una correlación inversa con el porcentaje de embarazos no deseados. Los porcentajes más altos de embarazos no deseados están entre las mujeres con niveles bajos de instrucción.

CUADRO 5.1
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS (*), POR DESEO DEL ULTIMO
EMBARAZO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	DESEO DE EMBARAZO				TOTAL	
	Deseado	No Previsto	No Deseado	No Sabe	%	No. DE CASOS
AREA:						
Urbana	87.1	6.8	6.0	0.1	100.0	1706
Rural	87.0	5.1	7.5	0.4	100.0	1450
RESIDENCIA:						
Sierra	86.3	6.6	6.8	0.3	100.0	1627
Quito	86.0	7.1	6.9	0.0	100.0	436
Resto urbano	87.7	7.7	4.6	0.0	100.0	349
Total urbano	86.8	7.4	5.9	0.0	100.0	785
Rural	85.9	5.8	7.7	0.6	100.0	842
Costa	87.8	5.4	6.6	0.1	100.0	1529
Guayaquil	84.8	7.2	8.0	0.0	100.0	415
Resto urbano	89.5	5.5	4.7	0.3	100.0	506
Total urbano	87.4	6.3	6.2	0.1	100.0	921
Rural	88.5	4.1	7.2	0.2	100.0	608
EDAD:						
15-19	91.2	8.4	0.4	0.0	100.0	250
20-24	90.3	7.9	1.8	0.0	100.0	713
25-29	86.6	7.5	5.7	0.2	100.0	848
30-34	87.0	5.4	7.4	0.3	100.0	652
35-39	85.8	2.1	11.7	0.5	100.0	437
40-44	77.2	2.1	20.6	0.0	100.0	189
45-49	79.1	1.5	17.9	1.5	100.0	67
INSTRUCCION:						
Ninguno	80.0	5.1	13.5	1.4	100.0	215
Primario	86.4	5.2	8.3	0.1	100.0	1586
Secundario	88.5	7.3	4.0	0.2	100.0	1062
Superior	90.4	6.5	3.1	0.0	100.0	293
NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS:						
0	93.2	6.2	0.7	0.0	100.0	146
1	95.6	4.0	0.4	0.0	100.0	698
2	88.2	9.3	2.4	0.0	100.0	706
3	86.6	7.8	5.2	0.4	100.0	561
4	82.5	5.7	11.1	0.7	100.0	405
5	80.1	4.3	15.6	0.0	100.0	211
6 y más	77.4	2.6	19.6	0.5	100.0	429
USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS:						
Usan	88.5	5.2	6.2	0.1	100.0	1501
No usan	85.7	6.8	7.2	0.4	100.0	1655
CONDICION DE OCUPACION:						
No trabaja	87.3	6.8	5.8	0.0	100.0	2093
Trabaja en casa	83.7	5.4	9.6	1.2	100.0	498
Trabaja fuera de casa	88.8	3.7	7.4	0.0	100.0	565
TOTAL	87.0	6.0	6.7	0.2	100.0	3156

* Que tuvieron nacido vivo desde enero 1984 o estaban embarazadas a la fecha de la entrevista.

FUENTE: ENDEMAIN-89

Como se puede esperar, el no deseo del último embarazo está en relación directa con el número de hijos que la mujer tiene, entre las que tenían un hijo la proporción que no deseaba su último embarazo fue 0.7 por ciento, entre las que tenían 3 hijos 5.2 por ciento y entre las que tenían 4, 5 ó 6 y más, las proporciones que no deseaba el último embarazo fueron: 11.1 por ciento, 15.6 por ciento y 19.6 por ciento, respectivamente.

Prácticamente no existen diferencias entre el deseo del último embarazo y si la mujer estaba o no usando anticonceptivo a la fecha de la encuesta.

Entre las MEF que tenían trabajo remunerado, la proporción que no deseaba el último embarazo es mayor que entre las mujeres que no tenían trabajo; en el último grupo, la proporción es menor de 6.0 por ciento y en los grupos que tienen trabajo remunerado dentro de casa, la proporción es 9.6 por ciento y fuera de casa 7.4 por ciento. En el cuadro 5.2 se observa que el no deseo del último embarazo está en función del número de hijos vivos que la mujer tiene; crece conforme aumenta la edad y el número de hijos vivos.

CUADRO 5.2
PORCENTAJE DE MEF CASADAS O UNIDAS (20-39 AÑOS), QUE NO DESEABA EL ÚLTIMO EMBARAZO O EL ACTUAL, POR NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS, SEGUN GRUPOS DE EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCION.

EDAD E INSTRUCCION	HIJOS ACTUALMENTE VIVOS							TOTAL
	0 *	1	2	3	4	5	6 y más	
EDAD :								
20-24	1.8	0.6	1.3	5.7	**	**	**	1.8
25-29		0.6	4.5	2.3	10.1	22.7	**	5.7
30-34			1.6	7.5	9.5	7.7	15.7	7.4
35-39				6.7	17.3	15.5	15.3	11.7
INSTRUCCION :								
Ninguno		**	3.4	17.6	**	19.5		13.5
Primario	1.9	0.4	2.1	4.3	10.7	15.5	19.2	8.3
Secundario		0.6	2.3	6.3	10.0	15.4	**	4.0
Superior			3.2	6.1	**	**		3.1

* Actualmente embarazadas

** Menos de 25 casos

FUENTE: ENDEMAIN-89

Los porcentajes más altos de mujeres que no deseaban el último embarazo (un quinto) se encuentran entre las analfabetas o que alcanzaron el nivel primario con 6 y más hijos, pero esto obedece, a que son mujeres que tienen el mayor número de hijos

actualmente vivos. Merece atención, que entre las mujeres con instrucción superior existen pocas mujeres con 4 ó más hijos vivos, razón por la cual la mayor proporción (6.1%) que no deseaba el último embarazo, está ya entre las que tienen 3 hijos actualmente vivos.

5.2 Intenciones de embarazarse

Al preguntar a las casadas o unidas si deseaban un embarazo a la fecha de la encuesta, el 78.4 por ciento respondió que no deseaba; 10.9 por ciento si lo deseaba, el 10.1 por ciento estaba embarazada y 0.6 por ciento no sabía si deseaba un embarazo ó no (cuadro 5.3)

El deseo de embarazo según área de residencia de la mujer es algo más alto entre las de la costa (12.0%) que entre las de la sierra (9.8%). A nivel del área urbana y rural las diferencias en la proporción de mujeres, ya sea que deseen un embarazo o no, son insignificantes; sin embargo, la proporción de mujeres que se encontraba embarazada es ligeramente más alta en el área rural, que en el área urbana.

Según la edad, la proporción que desea embarazarse es más alta entre las mujeres menores de 35 años, en esos grupos quinquenales de edad la proporción varía entre 11.4 y 13.8 por ciento. También se encontró que más de la cuarta parte de mujeres de 15 a 19 años de edad estaban embarazadas; sigue en importancia el grupo de 20 a 24 años y, en tercer lugar, el grupo de 25-29; a partir de los 30 años de edad, la proporción se reduce considerablemente, al punto que prácticamente no se encontraron embarazadas en el grupo de mujeres de 45-49 años.

Al analizar el deseo de embarazo según nivel de instrucción se observa que la proporción más alta que desea embarazo se encuentra entre las mujeres con niveles mayores de instrucción; y también entre estas mujeres, está la proporción más alta de embarazadas, esto se debe a que son mujeres que se casan a edades más tardías y que presentan una paridad más baja.

Como era de suponer, la proporción más alta de mujeres que desea embarazo ó están embarazadas se encuentra entre las que no tienen hijos vivos. Entre estas mujeres, la tercera parte deseaba un embarazo al momento de la encuesta y 41.4 por ciento estaban embarazadas; entre las mujeres que tenían un hijo, 18.1 por ciento deseaba embarazarse y 11.6 por ciento entre las que tenían dos hijos. La proporción que desea embarazarse disminuye notoriamente en las mujeres que tienen 3 hijos vivos o más.

CUADRO 5.3
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, POR INTENCION
DE EMBARAZARSE, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS.

CARACTERISTICAS	DESEO DE EMBARAZO				TOTAL	
	Emba- Razada	Si	No	No Sabe	%	N° de Casos
AREA:						
Urbana	9.4	11.1	79.0	0.4	100.0	2746
Rural	10.9	10.6	77.5	0.9	100.0	2030
RESIDENCIA:						
Sierra	10.9	9.8	78.5	0.8	100.0	2350
Quito	9.9	10.5	79.2	0.4	100.0	678
Resto Urbano	11.2	9.7	78.5	0.6	100.0	526
Total urbano	10.5	10.1	78.9	0.5	100.0	1204
Rural	11.3	9.5	78.1	1.0	100.0	1146
Costa	9.2	12.0	78.3	0.5	100.0	2426
Guayaquil	8.2	12.7	78.9	0.1	100.0	741
Resto urbano	8.9	11.2	79.3	0.6	100.0	801
Total urbano	8.6	11.9	79.1	0.4	100.0	1542
Rural	10.4	12.0	76.8	0.8	100.0	884
EDAD:						
15-19	27.2	12.9	58.8	1.1	100.0	272
20-24	18.3	13.8	67.7	0.3	100.0	778
25-29	12.2	13.2	73.3	1.3	100.0	992
30-34	8.6	11.4	79.7	0.3	100.0	910
35-39	6.0	9.7	83.4	0.9	100.0	814
40-44	2.4	8.4	89.0	0.2	100.0	584
45-49	0.5	3.8	95.3	0.5	100.0	426
INSTRUCCION:						
Ninguno	9.5	6.4	81.3	2.8	100.0	326
Primario	9.3	10.9	79.3	0.5	100.0	2465
Secundario	10.4	11.8	77.3	0.5	100.0	1539
Superior	13.2	11.4	74.9	0.4	100.0	446
NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS:						
0	41.4	33.3	25.2	0.0	100.0	309
1	14.1	18.1	67.3	0.5	100.0	830
2	9.1	11.6	78.7	0.7	100.0	993
3	5.1	8.6	85.6	0.7	100.0	863
4	5.8	5.5	88.0	0.8	100.0	640
5	5.6	5.6	87.7	1.0	100.0	391
6 y más	5.6	2.9	90.8	0.7	100.0	750
USO DE MET. ANTICONCEPT.						
Usan	0.0	8.8	90.8	0.6	100.0	2525
No usan	21.1	13.3	64.7	0.9	100.0	2251
ACTIVIDAD ECONOMICA:						
No trabaja	11.1	10.0	78.2	0.6	100.0	3017
Trabaja en casa	9.3	11.4	78.9	0.5	100.0	809
Trabaja fuera de casa	7.3	13.4	78.5	0.8	100.0	950
TOTAL	10.1	10.9	78.4	0.6	100.0	4776

FUENTE: ENDEMAIN-89

Con relación al deseo de embarazo y el uso de anticonceptivos, se obtiene, que el 90.6 por ciento de las mujeres que estaban usando métodos no deseaba embarazarse. Entre las mujeres que no estaban utilizando anticonceptivos, el 21.1 por ciento estaba embarazada, 13.4 por ciento deseaba embarazarse y 64.7 por ciento no quería embarazarse.

Según la condición de ocupación de las mujeres, existen pequeñas diferencias en las intenciones de embarazarse. Sin embargo, el porcentaje de actualmente embarazadas es más alto entre las mujeres que no tenían trabajo remunerado que entre las que si lo tenían. Por otra parte, la proporción de mujeres embarazadas es más alta si el trabajo lo realiza en la casa, que si lo realiza fuera de casa.

En el cuadro 5.4 se observa, que para cada grupo de edad y a mayor número de hijos vivos es mayor la proporción de mujeres que no desea embarazarse; debe notarse que alrededor del 20 por ciento de mujeres menores de 25 años que no tienen hijos tampoco quieren embarazarse, dicha proporción sube al 30 por ciento para las mujeres con edades entre los 25 y 34 años de edad.

CUADRO 5.4
PORCENTAJE DE MEF CASADAS O UNIDAS, QUE NO DESEA
EMBARAZARSE, POR NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS,
SEGUN GRUPOS DE EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCION.

EDAD E INSTRUCCION	HIJOS ACTUALMENTE VIVOS						
	0	1	2	3	4	5	6 y más
EDAD:							
15-19	18.6	75.2	86.0	**	**	**	**
20-24	21.7	67.8	81.5	83.0	**	**	**
25-29	29.8	61.3	76.3	81.0	84.3	82.6	**
30-34	30.3	68.4	76.2	85.9	87.1	81.6	83.0
35-39	**	62.2	78.9	89.3	85.5	86.5	87.1
40-44	**	62.1	78.8	90.1	95.1	94.0	91.2
45-49	**	**	83.9	92.0	95.2	98.1	97.6
INSTRUCCION:							
Ninguno	**	**	84.6	70.3	81.1	81.1	90.2
Primario	20.9	63.8	74.1	82.8	87.9	87.9	90.7
Secundario	20.5	69.8	82.6	89.6	88.9	89.5	94.8
Superior	41.3	70.2	78.6	91.1	96.4	**	**

** Menos de 25 casos

FUENTE: ENDEMAIN-89

También debe mencionarse que más de las tres cuartas partes de las mujeres que tienen dos hijos no desean embarazarse; la proporción toma valores por encima del 80 por ciento cuando las mujeres tienen 3 hijos. La fecundidad (medida a través del número de hijos actualmente vivos) de las mujeres menores de 20 años no pasa de 2 hijos y de las que tienen 2 hijos actualmente vivos, el 86.0 por ciento no desea embarazarse. En el caso de las mujeres de 20-24 años, su fecundidad llega hasta 3 hijos, en este último grupo no desean embarazarse el 83.0 por ciento.

Cuanto más alto es el nivel de instrucción de las mujeres, la proporción que no desea embarazarse es más alta; más del 90 por ciento de las mujeres con instrucción superior que ya tienen tres hijos o más no desean embarazarse; mientras entre las analfabetas y las que tienen instrucción primaria, dicha proporción (90%) se alcanza solamente cuando tienen 6 hijos ó más.

Del total de mujeres unidas que no desea embarazo (2.539), el 29.7 por ciento no lo deseaba a la fecha de la encuesta pero si quiere tener más hijos en el futuro, el 69.2 por ciento no deseaba embarazo a la fecha de la encuesta y el restante 1.1 por ciento no sabe si desea embarazarse o no.

5.3 Uso de métodos anticonceptivos e intenciones reproductivas

En esta sección se presentan algunos aspectos referentes a las intenciones reproductivas de las MEF en unión y el uso de métodos de planificación familiar; se verá que existen mujeres que desean suspender su fecundidad y, sin embargo, no están usando métodos para regular dicha fecundidad.

Como consta en el cuadro 5.1, el 6.7 por ciento de MEF no deseaba el último embarazo, 87.0 sí lo deseaba, 6.0 por ciento no lo tenía previsto y 0.2 por ciento no sabía si lo deseaba o no. Si bien las tasas de prevalencia que se presentan en el cuadro 5.5, corresponden al momento actual (fecha de la encuesta) y la información sobre el deseo del último embarazo, al pasado, no deja de ser válida la asociación entre el uso actual y el deseo del último embarazo.

CUADRO 5.5
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, QUE
TUVIERON UN EMBARAZO EN LOS ULTIMOS 5 ANOS, POR DESEO DEL
ULTIMO EMBARAZO, SEGUN USO Y METODO UTILIZADO.

USO Y METODO UTILIZADO	DESEO DEL ULTIMO EMBARAZO			
	Total	Deseado	No Previsto	No Deseado
Están usando	48.3	48.9	42.4	44.7
Esterilización Fem.	11.6	11.7	4.0	15.8
DIU	13.3	13.3	21.6	6.6
Ritmo/Billings	8.0	8.3	4.9	6.6
Píldoras	9.7	9.8	6.5	10.9
Retiro	2.8	2.6	4.3	3.3
Condón	1.4	1.5	1.1	0.5
Métodos Vaginales	0.8	0.9	0.0	0.5
Inyección	0.6	0.6	0.0	0.5
Otros *	0.1	0.2	0.0	0.0
No están usando	51.7	51.1	57.6	55.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
No. DE CASOS	3166	2770	185	211

Nota: Excluidos 7 casos para quienes contestaron no saber.

* Incluidos vasectomía e implantes.

FUENTE: ENDEMAIN-89

Entre las mujeres que no desearon su último embarazo, el 44.7 por ciento está usando métodos anticonceptivos; ésta proporción se descompone en 15.8 por ciento que se hicieron esterilizar; 6.6 por ciento, que tienen un DIU insertado, 6.6 por ciento que está utilizando el método del ritmo, 10.9 por ciento está usando pastillas y 4.8 por ciento que está usando otros métodos. Debe destacarse que la tasa más alta de esterilización (15.8%) se encuentra entre las mujeres que no desearon el último embarazo. De la información del cuadro se desprende que más de la mitad (55.3%) de las mujeres que no desearon su último embarazo, teóricamente tampoco están haciendo algo para evitar otro embarazo que bien puede ser no deseado.

Entre las mujeres que no tenían previsto su último embarazo, el 42.4 por ciento está usando anticonceptivos, 4.0 por ciento se esterilizó, 21.6 por ciento utilizó DIU; 6.5 por ciento pastillas; 1.1 por ciento condón, y 9.2 por ciento utiliza métodos tradicionales (ritmo y retiro).

De las MEF que desearon el último embarazo, el 11.7 por ciento se esterilizaron; 13.3 por ciento está usando DIU; 9.8 usa pastillas; 8.3 utiliza el ritmo y el resto (5.8%) utiliza otros métodos.

En el cuadro 5.6 se observa que algo más de la cuarta parte (27%) de las MEF de Quito y Guayaquil que no desean embarazarse no están usando métodos anticonceptivos. En Quito, el 72.2 por ciento utiliza métodos y se distribuye en 50.9 por ciento que utiliza métodos más eficaces, incluida la esterilización y, el restante 21.3 por ciento, están usando métodos tradicionales. En Guayaquil, el 72.5 por ciento utiliza métodos, distribuidos en la siguiente forma: 62.6 por ciento usa métodos eficaces (incluye esterilización) y el resto (9.9%), métodos tradicionales; si bien la prevalencia de uso entre las mujeres que no desean embarazarse es igual en las dos ciudades, resaltar que la prevalencia de esterilización es casi el doble (33.3%) en Guayaquil que en Quito, donde la tasa es 17.3 por ciento.

CUADRO 5.6
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, QUE NO
DESEAN EMBARAZARSE, POR RESIDENCIA, SEGUN USO
Y METODO UTILIZADO.

USO Y METODO UTILIZADO	TOTAL	RESIDENCIA					
		SIERRA			COSTA		
		Quito	Resto		Guayaquil	Resto	
			Urbano	Rural		Urbano	Rural
Están usando	60.9	72.2	66.2	40.3	72.5	72.7	55.8
Esterilización Fem.	22.5	17.3	23.5	11.2	33.3	32.0	22.7
DIU	13.3	24.0	14.3	7.8	16.7	11.5	9.9
Ritmo/Billings	9.5	16.7	15.3	10.5	5.8	7.9	3.7
Píldoras	9.3	6.3	6.8	4.9	9.2	17.2	13.8
Retiro	2.8	3.2	3.4	3.1	3.8	0.9	2.5
Condón	1.6	2.4	2.4	1.6	1.4	1.1	1.0
Métodos Vaginales	1.0	0.9	0.5	0.5	1.5	1.3	1.2
Inyección	0.6	0.7	0.0	0.6	0.5	0.3	1.0
Otros *	0.3	0.7	0.0	0.1	0.3	0.5	0.0
No están usando	39.1	27.8	33.8	59.7	27.5	27.3	44.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. DE CASOS	3744	537	413	895	585	635	679

* Incluidos vasectomía e implantes.

FUENTE: ENDEMAIN-89

El uso de métodos entre las mujeres del área rural que no desean embarazarse es relativamente bajo; en la sierra no usan métodos el 59.7 por ciento y en la costa 44.2 por ciento. La diferencia en la tasa de prevalencia entre las mujeres rurales de las dos regiones se hace más importante si se observa que en la sierra solamente el 26.6 por ciento utiliza algún método eficaz, mientras que en la costa la proporción es 49.6 por ciento; la tasa de prevalencia de esterilización entre las mujeres rurales de la sierra es 11.2 por ciento y entre las de la costa es el doble (22.7%).

Es de resaltar que el uso del ritmo entre las mujeres que no desean embarazarse, es más alto entre las mujeres de la sierra que entre las de la costa y, principalmente, en Quito donde el 16.7 por ciento está usando ese método.

En resumen, a nivel nacional el 39 por ciento de mujeres unidas que no desean embarazarse no están usando un método anticonceptivo; y sube a 60 por ciento en el área rural de la sierra.

5.4 Deseo de más hijos

A todas las MEF casadas o unidas que por lo menos tenían un hijo vivo actualmente y no estaban esterilizadas, se les preguntó si deseaban tener más hijos. Los resultados fueron: el 36.0 por ciento desea tener más hijos, 62.7 por ciento no desea más y 1.3 por ciento esta indecisa. Los resultados encontrados en esta encuesta son parecidos a los observados en la ENDESA-87 (Gráfico 5.1).

De los datos del cuadro 5.7 se pueden observar algunas diferencias, que aunque son pequeñas merecen mencionarse; por ejemplo, la proporción de mujeres que no desea más hijos es más alta en el área rural (63.8%) que en la urbana (61.7%), más alta en la sierra que en la costa, 63.9 por ciento y 61.5 por ciento, respectivamente.

Según la edad, la proporción que no desea más hijos es superior a 50 por ciento después de los 25 años y a partir de esta edad, aumenta considerablemente. Destaca que más de la tercera parte (37.1%) de las mujeres de 15 a 19 años de edad no quieren tener más hijos.

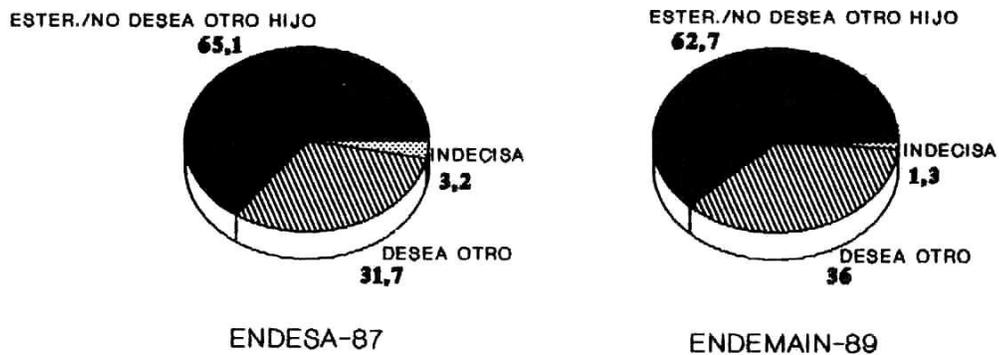
Respecto del nivel de instrucción y el deseo de no tener más hijos, se encuentra una relación inversa entre las dos variables, la proporción que no desea más hijos entre las mujeres sin instrucción es 72.1 por ciento y entre las que tienen nivel superior 45.0 por ciento, lo que se explica seguramente con el mayor número de hijos que tienen las primeras.

El deseo de no tener más hijos está claramente asociado al número de hijos vivos que la mujer ya tiene; entre las que tienen un hijo el 31.0 por ciento no desea más y, entre las que tienen 6 ó más, la proporción alcanza más de 90 por ciento. Resalta que entre las que tienen 3 hijos vivos, 73.0% ya no desean más hijos.

Entre las mujeres que estaban usando métodos anticonceptivos, la proporción que no desea más hijos (60.3%) es más baja que entre las que no estaban usando (65%), esto significa, como se vio en el análisis de anticoncepción, que el 39.0 por ciento utiliza anticonceptivos posiblemente para espaciar los nacimientos.

GRAFICO 5.1

**DISTRIBUCION DE MEF UNIDAS POR
PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS
ENDESA-87 Y ENDEMAIN-89**



FUENTE: ENDESA-87 Y ENDEMAIN-89

CUADRO 5.7
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, FECUNDAS (*),
POR DESEO DE MAS HIJOS, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	DESEO DE MAS HIJOS			TOTAL	
	Si	No	No Sabe	%	No. de Casos
AREA:					
Urbana	37.5	61.7	0.8	100.0	1788
Rural	34.1	63.8	2.1	100.0	1485
RESIDENCIA:					
Sierra	34.8	63.9	1.3	100.0	1738
Quito	39.6	60.2	0.2	100.0	485
Resto urbano	33.0	66.5	0.5	100.0	364
Total urbano	36.7	62.9	0.5	100.0	849
Rural	33.0	64.8	2.2	100.0	889
Costa	37.3	61.4	1.3	100.0	1535
Guayaquil	37.0	61.5	1.5	100.0	449
Resto urbano	39.2	60.0	0.8	100.0	490
Total urbano	38.1	60.7	1.2	100.0	939
Rural	35.9	62.4	1.7	100.0	596
EDAD:					
15-19	61.8	37.1	1.1	100.0	186
20-24	50.2	48.6	1.2	100.0	664
25-29	40.9	57.4	1.7	100.0	859
30-34	33.6	65.0	1.4	100.0	649
35-39	22.1	76.3	1.6	100.0	506
40-44	11.1	88.9	0.0	100.0	279
45-49	13.1	85.4	1.5	100.0	130
INSTRUCCION:					
Ninguno	23.1	72.2	4.7	100.0	216
Primario	30.4	68.4	1.2	100.0	1691
Secundario	42.4	56.6	1.0	100.0	1077
Superior	54.0	45.0	1.0	100.0	289
NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS:					
1	68.1	31.0	0.9	100.0	786
2	41.7	57.0	1.3	100.0	873
3	25.5	73.0	1.5	100.0	589
4	15.6	81.5	2.9	100.0	379
5	15.1	83.5	1.4	100.0	218
6 y más	8.4	90.9	0.7	100.0	428
USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS:					
Usan	39.0	60.3	0.7	100.0	1590
No usan	33.1	65.0	1.9	100.0	1683
ACTIVIDAD ECONOMICA:					
No trabajan	36.7	61.9	1.4	100.0	2084
Trabaja en casa	31.9	66.3	1.8	100.0	567
Trabaja fuera	37.1	62.1	0.8	100.0	622
TOTAL	36.0	62.7	1.3	100.0	3273

* Que tenían por lo menos un hijo vivo y no estaban esterilizadas a la fecha de la encuesta.

FUENTE: ENDEMAIN-89

También queda por aclarar, que entre las mujeres que no usan métodos hay un 65.0 por ciento que no desea tener más hijos de los que tienen.

Según condición de trabajo, la proporción de mujeres que no desea más hijos es la misma (62.0%) entre las mujeres que no tienen trabajo, y entre las que tienen trabajo remunerado fuera de casa.

En el Cuadro 5.8, se observa que más de la mitad de las mujeres fecundas que tienen 2 hijos ya no quieren tener más, ésta proporción aumenta a más del 70 por ciento cuando las mujer ya tienen tres hijos. Dado un número de hijos actualmente vivos, la proporción de mujeres que no desea más hijos aumenta con la edad de la mujer.

Con respecto del deseo de más hijos según el número de hijos que la mujer tiene y el nivel de instrucción alcanzado, se observa en forma general, que entre mujeres con un mismo número de hijos vivos no existe una clara tendencia a aumentar la proporción de las que no desean más hijos, a medida que aumenta su nivel de instrucción.

CUADRO 5.8
PORCENTAJE DE MEF CASADAS O UNIDAS, FECUNDAS, QUE NO DESEA TENER MAS HIJOS, POR NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS, SEGUN GRUPOS DE EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCION

EDAD E INSTRUCCION	HIJOS ACTUALMENTE VIVOS					
	1	2	3	4	5	6 y más
EDAD:						
15-19	29.9	53.5	**			
20-24	33.4	56.4	74.4	**	**	
25-29	26.1	54.4	70.9	84.5	80.0	**
30-34	20.8	52.6	70.2	78.8	77.9	93.3
35-39	43.2	69.8	75.0	75.0	82.5	88.4
40-44	**	76.0	83.3	97.6	96.4	93.9
45-49	**	**	**	**	**	89.4
INSTRUCCION:						
Ninguno	**	**	58.1	64.9	84.6	88.6
Primario	29.1	56.2	73.8	82.7	81.3	91.8
Secundario	33.5	59.9	74.0	84.0	**	**
Superior	26.2	50.0	73.0	**	**	

** Menos de 25 casos
FUENTE: ENDEMAIN-89

El porcentaje de MEF que no desea más hijos y que está usando métodos anticonceptivos es más alto en la costa que en la sierra (cuadro 5.9). La diferencia en las dos regiones es más importante entre las mujeres del área rural, pues en la sierra más de la mitad (56.6 por ciento) no usa anticonceptivos y, en la costa, la proporción es más baja (40.5%).

Entre las mujeres que no desean más hijos, el método más usado es la esterilización, pero su uso está más generalizado entre las mujeres de la costa que entre las de la sierra.

CUADRO 5.9
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, QUE NO QUIEREN TENER MAS HIJOS (*), POR RESIDENCIA, SEGUN USO Y METODO UTILIZADO.

USO Y METODO UTILIZADO	RESIDENCIA						
	TOTAL	SIERRA			COSTA		
		Quito Urbano	Resto Urbano	Rural	Guayaquil	Resto Urbano	Rural
Están usando	62.7	70.2	63.9	43.4	73.8	74.8	59.5
Esterilización Fem.	29.8	24.3	29.5	14.9	42.8	42.0	29.8
DIU	10.3	20.2	11.2	7.4	11.8	7.5	7.5
Ritmo/Billings	8.7	13.0	11.9	11.4	4.7	8.0	4.0
Píldoras	8.6	5.9	6.1	4.6	8.3	13.1	13.4
Retiro	2.3	2.0	2.9	2.7	3.1	1.2	2.1
Condón	1.1	1.5	1.5	1.3	0.8	1.0	0.7
Métodos Vaginales	1.0	1.3	0.3	0.4	1.7	1.4	0.9
Inyección	0.6	1.0	0.0	0.6	0.4	0.2	1.1
Vasectomía	0.3	1.0	0.0	0.1	0.2	0.4	0.0
No están usando	37.3	29.8	36.1	56.6	26.2	25.2	40.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. DE CASOS	2936	391	343	678	484	510	530

(*) Se asumió que las mujeres se esterilizaron porque no querían más hijos; al resto de mujeres con por lo menos un hijo vivo se les preguntó si deseaban tener más hijos.

FUENTE: ENDEMAIN-89

Se observa también, que el método del ritmo es más aceptado por las mujeres de la sierra que no desean tener más hijos que por las de la costa, entre las primeras alrededor del 12 por ciento está usando éste método y entre las de la costa la proporción es aproximadamente la mitad (6%). En general las mujeres de la costa que no desean más hijos utilizan en proporción más alta métodos más eficaces que las mujeres de la sierra.

5.5 Interés en métodos permanentes

Del total de MEF unidas, que tenía por lo menos un hijo vivo a la fecha de la entrevista, el 62.7 por ciento no deseaba más hijos y de ellas el 36.9 por ciento estaban interesadas en hacerse esterilizar.

Las características de las mujeres que les interesa la esterilización, se presentan en el cuadro 5.10; las mujeres más interesadas (45.7%) residen en área rural de la costa, siguen en importancia las que residen en Quito.

En relación con la edad, las más interesadas en la esterilización se ubican en edades de 25 a 34 años. Con respecto del nivel de instrucción no existen grandes diferencias. Las mujeres que tienen 3 hijos ó más son las que declararon mayor interés por la esterilización. Las mujeres que no trabajan o que trabajan fuera de la casa también revelan mayor interés por la esterilización. No existe diferencia en la proporción de mujeres interesadas por la esterilización, según se encuentra usando anticonceptivos o no al momento de la encuesta.

CUADRO 5.10
 PORCENTAJE DE MEF CASADAS O UNIDAS, FECUNDAS, QUE NO DESEAN MAS
 HIJOS Y QUE ESTAN INTERESADAS EN ESTERILIZACION, SEGÚN
 CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	PORCENTAJE DE MUJERES INTERESADAS EN ESTERILIZACION	N° DE CASOS
RESIDENCIA:		
Sierra		
Quito	41.8	(292)
Resto urbano	35.8	(242)
Rural	28.7	(576)
Costa		
Guayaquil	35.9	(276)
Resto urbano	39.1	(294)
Rural	45.7	(372)
EDAD:		
15-19	17.4	(69)
20-24	35.0	(323)
25-29	45.0	(493)
30-34	45.0	(422)
35-39	39.1	(386)
40-44	20.6	(248)
45-49	17.1	(111)
INSTRUCCION:		
Ninguno	34.6	(156)
Primario	38.1	(1156)
Secundario	34.9	(610)
Superior	38.5	(130)
NUMERO DE HIJOS		
ACTUALMENTE VIVOS:		
1	23.4	(244)
2	35.5	(498)
3	40.0	(430)
4	39.8	(309)
5	35.7	(182)
6 y más	42.2	(389)
ACTIVIDAD ECONOMICA:		
No trabaja	38.8	(1290)
Trabaja en casa	31.1	(376)
Trabaja fuera de casa	36.0	(386)
USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS:		
Usa Actualmente	35.9	(958)
No usa	37.8	(1094)
TOTAL	36.9	(2052)

FUENTE: ENDEMAIN-89

En el cuadro 5.11, constan las razones por las cuales las mujeres interesadas en esterilización no se han esterilizado; las razones son muy variadas, pero la más importante (20.1%) es por ser mujeres jóvenes y principalmente entre las mujeres con niveles altos de instrucción (secundaria o más); el 17.0 por ciento no se ha esterilizado por temor a efectos colaterales y esto cobra mucha importancia entre las mujeres sin instrucción. La tercera razón y que se le debe prestar atención, es que el 16.0 por ciento no se han esterilizado por el costo muy elevado de la operación, razón esta muy importante para las mujeres sin instrucción o de nivel primario. El 12.4 por ciento de las mujeres no se ha esterilizado debido a que el marido se opone,; por último, el 11.5 por ciento de las mujeres espera estar en un período postparto para que la esterilicen. En el cuadro aparecen otras razones, que si bien no son importantes relativamente, las deben tener presentes los administradores de los programas, como por ejemplo la "falta de información".

CUADRO 5.11
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, FECUNDAS, QUE NO DESEAN MAS HIJOS, ESTAN INTERESADAS EN ESTERILIZARSE Y CONOCEN DONDE OBTENER SERVICIOS DE ESTERILIZACION, POR NIVEL DE INSTRUCCION, SEGUN RAZON PARA NO HABERSE ESTERILIZADO.

RAZON PARA NO HABERSE ESTERILIZADO	TOTAL	INSTRUCCION				
		Ninguno	Primario	Secundario	Superior	
Es todavía muy joven	20.1		2.8	17.9	24.6	30.6
Temor a las operaciones/ a efectos colaterales	17.0		25.0	17.9	14.0	16.3
Costo muy elevado	16.1		27.8	22.1	7.8	0.0
Compañero se opone	12.4		22.2	11.0	12.9	12.2
Espera hacerlo postparto	11.5		0.0	10.4	14.0	18.4
Barreras institucionales/ Rechazo del médico	5.9		0.0	5.2	8.4	6.1
No tiene tiempo	5.8		2.8	4.9	7.3	8.2
Necesita más información	4.7		11.1	4.9	3.3	4.1
Nunca lo pensó	1.6		2.8	1.9	1.1	0.0
Temor a arrepentirse	1.2		0.0	0.7	2.2	2.0
Cerca de la menopausia	0.3		0.0	0.7	0.0	0.0
Sin actividad sexual	0.3		0.0	0.0	1.1	0.0
Razones religiosas	0.2		0.0	0.3	0.0	0.0
Otro/No sabe	2.9		5.5	2.1	3.3	2.1
TOTAL	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
Nº DE CASOS	(572)		(36)	(308)	(179)	(49)

FUENTE: ENDEMAIN-89

En el cuadro 5.12 se observa, que las tres razones más importantes para no esterilizarse las mujeres que tienen uno o dos hijos son, en orden de importancia: se sienten jóvenes, esperan un postparto y barreras institucionales (rechazo del médico). Entre las que tienen 3 hijos, la razón principal para no esterilizarse (29.0%) es porque se sienten jóvenes, otras razones como: temor a efectos colaterales (16.8%), costo elevado (12.2%) y compañero se opone (11.5%) también tienen peso relativamente alto.

Entre las mujeres que tienen 4 o más hijos, la razón más importante para no esterilizarse es el costo de la operación, no dejan de ser importantes razones como: temor a efectos colaterales, oposición del compañero y por que esperan un período postparto.

CUADRO 5.12
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, FECUNDAS, QUE NO DESEAN MAS HIJOS, ESTAN INTERESADAS EN ESTERILIZARSE Y CONOCEN DONDE OBTENER SERVICIOS DE ESTERILIZACION, POR NUMERO DE HIJOS VIVOS, SEGUN RAZON PARA NO HABERSE ESTERILIZADO

RAZON PARA NO HABERSE ESTERILIZADO	TOTAL	HIJOS ACTUALMENTE VIVOS					
		1	2	3	4	5	6 y más
Es todavía muy joven	20.1	44.7	31.9	29.0	9.9	8.5	2.5
Temor a las operaciones/ a efectos colaterales	17.0	5.3	13.3	16.8	15.8	21.3	24.2
Costo muy elevado	16.1	5.3	8.1	12.2	18.8	27.7	25.8
Compañero se opone	12.4	5.3	8.9	11.5	16.8	12.8	15.8
Espera hacerlo postparto	11.5	21.0	16.3	6.1	12.9	10.6	8.3
Barreras institucionales/ Rechazo del médico	5.9	10.5	8.9	6.1	2.0	4.3	5.0
No tiene tiempo	5.8	0.0	3.0	8.4	9.9	6.4	4.2
Necesita más información	4.7	2.6	4.4	5.3	4.0	4.3	5.8
Nunca lo pensó	1.6	0.0	1.5	0.8	1.0	4.3	2.5
Temor a arrepentirse	1.2	0.0	1.5	2.3	1.0	0.0	0.8
Cerca de la menopausia	0.3	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.8
Sin actividad sexual	0.3	0.0	0.7	0.0	1.0	0.0	0.0
Razones religiosas	0.2	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0
Otro/No sabe	2.9	5.3	1.5	1.5	4.9	0.0	4.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N1 DE CASOS	(572)	(38)	(135)	(131)	(101)	(47)	(120)

FUENTE: ENDEMAIN-89

Entre las mujeres que no quieren más hijos y que tampoco están interesadas en la esterilización, se les preguntó la razón para tal desinterés, los resultados se presentan en el cuadro 5.13.

Una razón importante para no estar interesadas en la esterilización (46.0%) es el temor a efectos colaterales, el mismo que fue mencionado principalmente por las mujeres con nivel de instrucción inferior al secundario. Otra razón fue que son aún jóvenes (13.9%), también se mencionó que: no quiere/no le gusta, el compañero se opone, está cerca de la menopausia, prefiere métodos reversibles, los que agrupan a una cuarta parte de las mujeres.

CUADRO 5.13

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, FECUNDAS, QUE NO DESEAN MAS HIJOS Y QUE NO ESTAN INTERESADAS EN ESTERILIZARSE, POR NIVEL DE INSTRUCCION, SEGUN RAZON POR LAS QUE NO LES INTERESA ESTERILIZARSE

RAZON PARA NO INTERESARSE	TOTAL	INSTRUCCION			
		Ninguno	Primario	Secundario	Superior
Temor a las operaciones/ a efectos colaterales	46.0	44.1	54.0	35.5	28.7
Es todavía muy joven	13.9	4.9	9.8	23.2	16.3
No quiere/no le gusta	6.8	10.8	5.3	8.8	5.0
Compañero se opone	6.2	9.8	6.0	6.0	3.7
Cerca de la menopausia	6.2	4.9	7.0	4.8	7.5
Prefiere métodos reversibles	5.3	2.0	3.5	8.6	8.7
Temor a arrepentirse después	3.9	0.0	2.5	4.8	17.5
Nunca lo pensó	3.6	3.9	2.9	3.5	10.0
Necesita más información	2.5	8.8	2.4	1.5	0.0
Costo muy elevado	2.3	7.8	2.7	0.8	0.0
Razones religiosas	0.9	1.0	1.1	0.5	1.3
Barreras institucionales/ Rechazo del médico	0.9	0.0	1.0	0.7	1.3
Sin actividad sexual	0.7	0.0	1.0	0.5	0.0
Otro/No sabe	0.8	2.0	0.8	0.8	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº DE CASOS	(1294)	(102)	(715)	(397)	(80)

FUENTE: ENDEMAIN-89

Según el cuadro 5.14, entre las mujeres que tienen un hijo vivo, las razones más importantes para no estar interesadas en la esterilización son: se sienten jóvenes, (41.2%); temor a efectos colaterales (20.3%) y, porque prefieren métodos reversibles, (7.5%). Entre las mujeres que tienen dos o más hijos vivos, la principal razón para no estar interesadas por la esterilización es por miedo a efectos colaterales la proporción de mujeres que así lo manifestaron varía entre 40 y 62 por ciento.

CUADRO 5.14
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, FECUNDAS, QUE NO DESEAN MAS HIJOS Y QUE NO
ESTAN INTERESADAS EN ESTERILIZARSE, POR NUMERO DE HIJOS VIVOS, SEGUN RAZON POR LAS QUE
NO LES INTERESA ESTERILIZARSE

RAZON PARA NO INTERESARSE	TOTAL	HIJOS ACTUALMENTE VIVOS					
		1	2	3	4	5	6 y más
Temor a las operaciones/ a efectos colaterales	46.0	20.3	40.5	48.8	53.2	62.4	57.3
Es todavía muy joven	13.9	41.2	19.3	10.1	7.5	0.0	0.4
No quiere no le gusta	6.8	5.9	7.5	7.0	5.4	6.0	8.0
Compañero se opone	6.2	4.8	4.4	9.3	5.9	8.5	5.3
Cerca de la menopausia	6.2	3.2	4.0	5.8	7.0	6.8	11.1
Prefiere métodos reversibles	5.3	7.5	9.7	4.3	3.2	3.4	0.9
Temor a arrepentirse después	3.9	6.9	6.2	3.9	2.7	1.7	0.4
Nunca lo pensó	3.6	5.9	3.4	4.3	2.1	1.7	3.6
Necesita más información	2.5	1.1	2.2	1.9	5.4	0.9	3.1
Costo muy elevado	2.3	0.0	0.9	2.3	3.8	2.6	4.9
Razones religiosas	0.9	0.5	0.6	0.0	1.6	3.4	0.9
Barreras institucionales/ Rechazo del médico	0.9	1.1	0.6	0.8	0.5	0.0	1.8
Sin actividad sexual	0.7	1.1	0.3	0.8	0.5	0.9	0.9
Otro/No sabe	0.8	0.5	0.4	0.7	1.2	1.7	1.4
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N1 DE CASOS	(1294)	(187)	(321)	(258)	(186)	(117)	(225)

FUENTE: ENDEMAIN-89

5.6 Riesgo de un embarazo no planeado (mujeres que necesitan planificación familiar)

Se considera como mujeres que están en riesgo de un embarazo no planeado o que requieren servicios de planificación familiar, a las entrevistadas que cumplen las siguientes condiciones: mujeres en edad fértil (15-49 años), casadas o unidas, no están embarazadas, no desean un embarazo, no usuarias de planificación familiar, que han menstruado en los últimos 3 meses; también se incluyen aquellas que al momento de la encuesta estaban amamantando, se agrega el supuesto que las MEF unidas eran sexualmente activas.

Del total de MEF unidas (4776), una cuarta parte de mujeres (24.6%) necesitan servicio de planificación familiar (cuadro 5.15). Cuando se incluye a todas las MEF, (no solo a las unidas) la proporción que requiere planificación familiar es 15.2 por ciento.

La proporción de MEF que necesita servicios de planificación familiar, varía según área y región de residencia; en el área urbana el 18.2 por ciento y en la rural 33.2 por ciento necesitan el servicio de planificación familiar; en la sierra la proporción es 28.9 por ciento y en la costa 20.5 por ciento. En las dos ciudades más grandes, Quito y Guayaquil, la proporción de MEF que necesita planificación familiar es prácticamente la misma, alrededor del 18 por ciento. Se destaca las diferencias de necesidad de anticonceptivos en la zona rural, que en la costa es de 26 por ciento, mientras en la zona rural de la sierra es de 39 por ciento.

Según la edad de las MEF, más de la tercera parte de mujeres entre los 15 y 24 años necesitan planificación familiar, y más de la quinta parte entre los 25 y 39 años también la necesitan. En el grupo de MEF de 40 a 49 años es el que menos necesita planificación familiar; sin embargo la proporción casi alcanza el 20 por ciento.

Entre las MEF analfabetas el 42.0 por ciento necesita planificación familiar y entre aquellas con instrucción primaria el 28.6 por ciento entre las MEF con instrucción secundaria o superior, las proporciones son menores 18.7 por ciento y 10.1 por ciento, respectivamente.

Las MEF que necesitan servicios de planificación familiar, según el número de hijos que tienen, presentan algunas variaciones, pero debe resaltarse, que entre las que no tienen hijos vivos la proporción es 9.1 por ciento y, entre las que tienen 1 ó más hijos, la proporción está entre el 21 y 30 por ciento aproximadamente.

Respecto de la condición de ocupación, entre las que trabajan en la casa es donde existe la mayor proporción (28.6%) de MEF que necesitan servicios de planificación familiar, en comparación con las que no trabajan (25.1%) o que trabajan fuera de casa (19.8%).

CUADRO 5.15
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF CASADAS O UNIDAS, POR
NECESIDAD DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR,
SEGÚN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS.

CARACTERISTICAS	NO NECESITAN	NECESITAN	TOTAL	No. DE CASOS
AREA:				
Urbana	81.8	18.2	100.0	2746
Rural	66.8	33.2	100.0	2030
RESIDENCIA:				
Sierra	71.1	28.9	100.0	2346
Quito	81.9	18.1	100.0	678
Resto urbano	79.1	20.9	100.0	526
Rural	61.0	39.0	100.0	1146
Costa	79.5	20.5	100.0	2430
Guayaquil	82.5	17.5	100.0	741
Resto urbano	83.2	16.8	100.0	801
Rural	74.0	26.0	100.0	884
EDAD:				
15-19	64.3	35.7	100.0	272
20-24	67.0	33.0	100.0	778
25-29	75.8	24.2	100.0	992
30-34	78.8	21.2	100.0	910
35-39	76.0	24.0	100.0	814
40-44	80.5	19.5	100.0	584
45-49	81.5	18.5	100.0	426
INSTRUCCION:				
Ninguno	58.0	42.0	100.0	326
Primario	71.4	28.6	100.0	2465
Secundario	81.3	18.7	100.0	1539
Superior	89.9	10.1	100.0	446
NUMERO DE HIJOS				
ACTUALMENTE VIVOS:				
0	90.9	9.1	100.0	309
1	71.6	28.4	100.0	830
2	76.6	23.4	100.0	993
3	78.1	21.9	100.0	863
4	76.1	23.9	100.0	640
5	72.6	27.4	100.0	391
6 y más	69.3	30.7	100.0	750
ACTIVIDAD ECONOMICA:				
No trabaja	74.9	25.1	100.0	3017
Trabaja en casa	71.4	28.6	100.0	809
Trabaja fuera de casa	80.2	19.8	100.0	950
TOTAL	75.4	24.6	100.0	4776

FUENTE: ENDEMAIN-89

En el cuadro 5.16, se observa la distribución porcentual por lugar de residencia de las mujeres que necesitan servicios de planificación familiar, según algunas características. Como se observa, la mayor proporción de estas mujeres se encuentra en el área rural y principalmente en la de la sierra (38.0%); en la costa rural el 19.6 por ciento requiere de estos servicios.

Las mujeres que necesitan servicios de planificación familiar en mayor proporción (nivel nacional) son: mujeres con edades entre los 20 y 39 años de edad, las de nivel de instrucción primario, las que tienen uno o más hijos y las de índice socioeconómico del hogar medio ó bajo y que no trabajan.

CUADRO 5.16

MEF CASADAS O UNIDAS QUE REQUIEREN SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR RESIDENCIA, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	TOTAL	RESIDENCIA					
		SIERRA			COSTA		
		Quito	Resto Urb.	Rural	Guayaquil	Resto Urb.	Rural
EDAD:							
15-19	8.3	1.0	0.8	2.2	0.8	1.4	2.1
20-24	21.9	2.3	2.0	8.3	2.8	3.1	3.3
25-29	20.4	1.9	1.9	7.0	2.3	3.1	4.3
30-34	16.4	1.8	1.6	7.7	1.2	1.3	2.9
35-39	16.6	1.2	1.9	6.0	2.1	1.7	3.7
40-44	9.7	1.3	0.8	4.3	1.0	0.7	1.7
45-49	6.7	1.0	0.5	2.5	0.9	0.3	1.5
NIVEL DE INSTRUCCION:							
Ninguno	11.7	1.0	0.3	7.1	0.2	0.3	2.8
Primario	60.0	4.9	5.0	26.9	4.8	6.0	12.5
Secundario	24.5	3.7	3.4	3.6	5.4	4.6	3.9
Superior	3.8	0.9	0.7	0.4	0.8	0.7	0.3
NUMERO DE HIJOS							
ACTUALMENTE VIVOS:							
0	2.4	0.3	0.2	0.7	0.4	0.3	0.6
1	20.1	2.8	1.9	6.0	2.5	3.5	3.4
2	19.7	1.9	1.9	6.1	3.5	3.0	3.4
3	16.1	2.7	2.0	4.8	2.5	1.7	2.4
4	13.0	1.1	1.1	7.4	0.5	0.9	2.0
5	9.1	0.4	0.9	4.9	0.7	0.7	1.5
6 y más	19.6	1.3	1.5	8.2	0.9	1.5	6.2
NIVEL SOCIOECONOMICO:							
Bajo	40.2	1.3	1.3	22.7	0.9	1.5	12.5
Medio	39.3	4.9	5.6	13.1	5.2	4.9	5.6
Alto	20.5	4.3	2.5	2.2	5.0	5.1	1.5
SITUACION DE TRABAJO:							
No trabaja	64.3	6.4	1.1	19.6	7.0	9.6	15.7
Trabaja en casa	19.7	1.0	1.1	12.7	1.9	1.2	1.8
Trabaja fuera de casa	16.0	3.1	2.1	5.8	2.2	0.7	2.1
TOTAL	100.0	10.5	9.4	38.0	11.1	11.5	19.6

FUENTE: ENDEMAIN-89

6. LA EXPERIENCIA SEXUAL Y EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS MUJERES JOVENES (15 A 24 AÑOS)

Dado el interés creciente sobre fecundidad del adolescente en América Latina, incluyendo la iniciación temprana de las relaciones sexuales y porcentajes altos de embarazos no planeados, se añadió en el cuestionario un módulo especial para 3257 mujeres encuestadas de 15-24 años de edad. Estas preguntas fueron diseñadas para obtener información sobre opiniones, experiencia sexual y el uso de anticonceptivos en la primera experiencia sexual. Los hallazgos presentados en este capítulo están basados en datos de este módulo como también en los datos de la actividad sexual actual, tomados en otra parte del cuestionario.

6.1 Concepciones premaritales

En el cuadro 6.1, se estima el porcentaje de primeros hijos que fueron concebidos premaritalmente entre mujeres alguna vez unidas, comparando la fecha del nacimiento del primer hijo con la fecha de la primera unión. En general, con este cálculo, el 21.6 por ciento de mujeres alguna vez en unión de 15-24 años de edad concibieron premaritalmente. En Quito y Guayaquil, el 29 por ciento de mujeres de 15-24 años de edad reportaron una concepción premarital. En otras áreas urbanas y rurales de la sierra, los porcentajes fueron más altos que en otras áreas urbanas y rurales de la costa. Las proporciones más bajas de concepción premarital en la costa, excepto de Guayaquil, puede obedecer a que la primera experiencia sexual para aquellas mujeres, a menudo, marca el principio de una unión consensual. La proporción de mujeres que reportaron concepciones premaritales, es más alta entre aquellas que se casaron por primera vez cuando estuvieron en sus veinte años que entre mujeres que se casaron todavía adolescentes. No existen diferencias significativas 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 mayor nivel.

CUADRO 6.1
 PORCENTAJE DE PRIMEROS EMBARAZOS QUE FUERON CONCEBIDOS PREMARITALMENTE (*)
 DE MUJERES DE 15-24 AÑOS, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO			N° DE CASOS
	Antes de casarse/ unirse	Primeros 7 meses de matrimonio/ unión	Total de concepciones pre-maritales	
RESIDENCIA:				
Sierra				
Quito	14.6	14.6	29.2	(137)
Resto Urbano	19.2	12.1	31.3	(99)
Rural	11.6	12.0	23.6	(241)
Costa				
Guayaquil	11.6	17.8	29.4	(129)
Resto Urbano	4.6	7.9	12.5	(152)
Rural	6.4	4.9	11.3	(202)
EDAD A LA 1ra. UNION: (**)				
< 19	8.2	10.8	19.0	(733)
20-24	18.1	12.0	30.1	(226)
NIVEL DE INSTRUCCION:				
Ninguno	9.4	9.4	18.8	(32)
Primario	11.9	9.7	21.6	(462)
Secundario	10.2	11.9	22.1	(413)
Superior	3.8	17.0	20.8	(53)
TOTAL	10.6	11.0	21.6	(960)

(*) Por fecha de 1er. nacimiento relacionado a la fecha del 1er. matrimonio/unión

(**) Excluye un caso para quien se desconoce la fecha de la 1ra. unión

NOTA: En este cuadro y en los siguientes el número de casos consta entre paréntesis

FUENTE: ENDEMAIN-89

6.2 La primera experiencia sexual y uso de anticonceptivos

De todas las mujeres de 15-24 años de edad que fueron entrevistadas, el 23 por ciento reportó que había tenido experiencia sexual premarital (cuadro 6.2). Las mujeres de 20-24 años de edad (32%) reportaron experiencia premarital dos veces superior que mujeres de 15-19 años de edad (15%). En

general, no hay un claro patrón de experiencia premarital con respecto al lugar de residencia. Las proporciones más altas fueron reportadas en las áreas rurales de la costa, en Quito y otras áreas urbanas en la sierra y Guayaquil. La experiencia sexual premarital está inversamente asociada con la educación, y para las mujeres de 20-24 años de edad, había una clara diferencia entre aquellas con educación superior y las de nivel inferior.

CUADRO 6.2
PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-24 AÑOS, CON EXPERIENCIA SEXUAL PREMARITAL,
POR EDAD ACTUAL, SEGUN RESIDENCIA E INSTRUCCION

RESIDENCIA E INSTRUCCION	TOTAL	EDAD		ACTUAL		
		15-19		20-24		
RESIDENCIA:						
Sierra						
Quito	26.3 (449)	16.5	(212)	35.0	(237)	
Resto Urbano	23.3 (399)	13.8	(210)	33.9	(189)	
Rural	18.4 (730)	12.5	(393)	25.2	(337)	
Costa						
Guayaquil	22.7 (559)	13.1	(282)	32.5	(277)	
Resto Urbano	18.8 (569)	12.5	(321)	27.0	(248)	
Rural	28.5 (551)	21.0	(324)	39.2	(227)	
NIVEL DE INSTRUCCION:						
Ninguno	36.5 (63)	*	(24)	35.9	(39)	
Primario	31.1 (1105)	23.9	(573)	38.9	(532)	
Secundario	18.8 (1788)	9.9	(1100)	33.0	(688)	
Superior	11.0 (301)	6.7	(45)	11.7	(256)	
TOTAL	22.6 (3257)	14.8	(1742)	31.6	(1515)	

* Menos de 25 casos

FUENTE: ENDEMAIN-89

Alrededor del 61 por ciento de las mujeres cuya primera experiencia sexual fue premarital reportaron que su primera relación fue antes de cumplir 18 años (cuadro 6.3). Para las mujeres cuya primera experiencia sexual fue marital, la proporción de la primera relación antes de los 18 años de edad fue del 40 por ciento (cuadro 6.4). En el área urbana y rural, una proporción más alta de mujeres con experiencia premarital reportaron que su primera relación sexual fue antes de cumplir los 15 años, comparada con las mujeres que reportaron que su primera pareja sexual fue su marido, 13.9 y 5.6 por ciento, respectivamente. También, una proporción más alta de mujeres

rurales con experiencia sexual premarital tuvieron su primera relación antes de los 15 años de edad comparadas con sus contrapartes urbanas. Para mujeres con experiencia premarital y marital, sin ninguna instrucción o solamente primaria, la primera experiencia sexual ocurrió más temprano que aquellas que tuvieron mayores niveles de instrucción. Mujeres con educación primaria que reportaron que su primera experiencia sexual fue premarital o marital fueron más proclives a la experiencia sexual antes de los 18 años (70 y 56 %, respectivamente) que las que tuvieron educación secundaria (54 y 28%) o superior (31 y 4%).

CUADRO 6.3
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15-24 AÑOS, QUE TUVIERON EXPERIENCIA SEXUAL
PREMARITAL, POR EDAD A LA PRIMERA RELACION, SEGUN RESIDENCIA E INSTRUCCION

RESIDENCIA E INSTRUCCION	EDAD A LA PRIMERA RELACION				TOTAL	
	< 15	15-17	18-19	20-24		
RESIDENCIA:						
Sierra						
Quito	11.2	45.6	22.4	19.8	100.0	(116)
Resto urbano	11.8	47.3	17.2	23.7	100.0	(93)
Rural	14.9	56.0	17.9	11.2	100.0	(134)
Costa						
Guayaquil	13.5	38.9	28.6	19.0	100.0	(126)
Resto urbano	13.1	44.9	23.4	18.7	100.0	(107)
Rural	17.3	46.8	26.3	9.6	100.0	(156)
NIVEL DE INSTRUCCION:						
Ninguno	*	*	*	*	100.0	(23)
Primario	19.2	50.7	20.1	9.9	100.0	(343)
Secundario	9.0	44.6	23.9	22.4	100.0	(334)
Superior	0.0	31.2	37.5	31.2	100.0	(32)
TOTAL	13.9	46.9	22.9	16.2	100.0	(732)**

* Menos de 25 casos

** Excluye 4 casos para quienes se desconoce la edad a la primera relación sexual

FUENTE: ENDEMAIN-89

CUADRO 6.4
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15-24 AÑOS, QUE TUVIERON SU PRIMERA
RELACION SEXUAL MARITAL, POR EDAD A LA PRIMERA RELACION, SEGUN
RESIDENCIA E INSTRUCCION

RESIDENCIA E INSTRUCCION	EDAD A LA PRIMERA RELACION				TOTAL	
	< 15	15-17	18-19	20-24		
RESIDENCIA:						
Sierra						
Quito	4.8	32.5	25.3	37.4	100.0	(83)
Resto urbano	6.7	23.3	36.7	33.3	100.0	(60)
Rural	4.9	36.6	38.2	20.2	100.0	(183)
Costa						
Guayaquil	2.0	29.4	31.4	37.2	100.0	(51)
Resto urbano	4.4	30.0	32.2	33.3	100.0	(90)
Rural	10.2	42.9	20.4	26.5	100.0	(98)
NIVEL DE INSTRUCCION:						
Ninguno	*	*	*	*	100.0	(17)
Primario	10.1	45.9	25.2	19.0	100.0	(258)
Secundario	1.6	26.2	36.5	35.7	100.0	(244)
Superior	2.2	2.2	39.1	56.5	100.0	(46)
TOTAL	5.6	33.9	31.4	28.8	100.0	(565) **

* Menos de 25 casos

** Excluye 1 caso para quien se desconoce la edad a la primera relación sexual

FUENTE: ENDEMAIN-89

Sólo el 5 por ciento de mujeres reportaron que ellas o sus parejas usaron anticonceptivos en su primera relación sexual (cuadro 6.5). El uso de anticonceptivos aumenta con la edad a la primera relación sexual, del 2 por ciento para mujeres que tuvieron menos de 15 años de edad en el momento de su primera experiencia sexual a casi el 8 por ciento para mujeres que tenían 20-24 años de edad. Para mujeres cuya primera experiencia sexual fue con su marido, solamente el 4 por ciento usó anticonceptivos, casi similar al de aquellas que tuvieron su primera experiencia sexual premaritalmente (5%). Este último dato es la proporción más baja de uso en la primera experiencia sexual premarital reportada en la región latinoamericana, con la excepción de El Salvador (Morris 1990). Los métodos principalmente usados por mujeres casadas fueron anticonceptivos orales y el ritmo, los cuales representan el 74 por ciento del uso total. Para mujeres no casadas, el ritmo, retiro y orales, en ese orden, constituyen el 83 por ciento de uso total (cuadro 6.6). Estos porcentajes

están basados en valores absolutos reducidos de mujeres que usaron anticonceptivos en su primera relación sexual. De acuerdo con estos resultados, la gran mayoría de mujeres jóvenes estaban en riesgo de embarazarse en su primera relación sexual, por cuanto no usaron anticonceptivos o usaron métodos menos efectivos, tales como el retiro y el ritmo.

CUADRO 6.5
PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-24 AÑOS, QUE UTILIZARON ANTICONCEPTIVOS EN SU PRIMERA RELACION SEXUAL, POR ESTADO CIVIL, SEGUN EDAD A LA PRIMERA RELACION SEXUAL

EDAD A LA PRIMERA RELACION SEXUAL	PORCENTAJE QUE USO ANTICONCEPTIVOS		
	TOTAL	Casadas/ unidas	No casadas/ no unidas
< 15	2.3 (131)	3.2 (32)	2.0 (99)
15-17	3.0 (529)	2.1 (192)	3.6 (337)
18-19	5.8 (343)	7.3 (178)	4.2 (165)
20-24	7.8 (281)	8.0 (163)	7.6 (118)
TOTAL(*)	4.7(1284)	5.5 (565)	4.2 (719)

(*) Excluye 18 casos para los que se desconoce la edad (2 casos) y el uso (16 casos)

FUENTE: ENDEMAIN-89

CUADRO 6.6
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 -24 AÑOS, QUE USARON ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL, POR ESTADO CIVIL, SEGUN METODO UTILIZADO

METODO	ESTADO CIVIL	
	Casadas/ unidas	No casadas/ no unidas
Pastilla	48.4	20.0
Ritmo	25.8	40.0
Retiro	6.4	23.3
Condón	9.7	10.0
Inyectable	6.4	0.0
Vaginales	0.0	6.7
Billings	3.2	0.0
TOTAL	100.0	100.0
Nº DE CASOS	(31)	(30)

FUENTE: ENDEMAIN-89

El conocimiento del riesgo del embarazo fue también investigado cuando a todas las mujeres de 15-24 años se les preguntó acerca de cuando es más probable para una mujer embarazarse, durante el ciclo menstrual (cuadro 6.7). Sólo el 23 por ciento tenía el conocimiento correcto del período fértil. Este conocimiento se incrementa con la educación de la encuestada, pero alcanzó su nivel más alto en solamente un 43 por ciento para aquellas mujeres con instrucción superior. Otras diferencias por residencia, edad, estado civil y experiencia sexual no fueron importantes.

CUADRO 6.7
 PORCENTAJE DE MUJERES QUE CONOCEN EL PERIODO FERTIL
 DE LA MUJER DURANTE EL CICLO MENSTRUAL,
 SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	PORCENTAJE	Nº DE CASOS
RESIDENCIA:		
Sierra		
Quito	26.7	(449)
Resto urbano	28.6	(399)
Rural	21.8	(730)
Costa		
Guayaquil	22.7	(559)
Resto urbano	22.7	(569)
Rural	20.2	(551)
EDAD:		
15-19	20.2	(1742)
20-24	26.9	(1515)
ESTADO CIVIL:		
Casadas/en unión	25.8	(1050)
Sep/div/viudas	20.2	(109)
Solteras	22.3	(2098)
NIVEL DE INSTRUCCION:		
Ninguno	7.9	(63)
Primario	17.3	(1105)
Secundario	24.3	(1788)
Superior	42.9	(301)
EXPERIENCIA SEXUAL:		
Con experiencia	25.4	(1302)
Sin experiencia	21.9	(1955)
TOTAL	23.3	(3257)

FUENTE: ENDEMAIN-89

De las mujeres que no usaron anticonceptivos en su primera relación sexual premarital, el 43 por ciento reportó que no lo hicieron porque no esperaban tener relaciones sexuales en ese momento (cuadro 6.8). Otro 40 por ciento dijo como razón para no usar que no conocían acerca de anticonceptivos. Esta fue una razón importante para aquellas que tenían menos de 20 años de edad al momento de su primera relación sexual. Un 8 por ciento dijo que deseaban un embarazo, proporción que se incrementa con la edad.

CUADRO 6.8
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15-24 AÑOS, QUE TUVIERON
RELACIONES PREMARITALES Y NO USARON ANTICONCEPTIVOS EN
LA PRIMERA RELACION SEXUAL, POR EDAD A LA PRIMERA
RELACION, SEGUN RAZON PARA NO USAR

RAZON PARA NO USAR	TOTAL	EDAD A LA PRIMERA RELACION			
		< 15	15-17	18-19	20-24
-No esperaba tener relaciones	42.9	41.2	39.7	42.4	55.0
-No conocía ningún método	39.6	43.3	42.8	40.5	24.8
-Quería embarazarse	7.8	4.1	7.7	8.2	11.0
-Son malos para la salud	3.3	4.1	3.7	1.9	3.7
-No sabía dónde obtenerlos	2.2	1.0	1.5	3.8	2.8
-Se opuso su pareja	1.7	1.0	2.2	1.9	0.9
-Disminuyen el placer	1.3	2.1	1.8	0.6	0.0
-Otra	0.7	2.1	0.3	0.0	1.8
-No sabe/No conoce	0.4	1.0	0.3	0.6	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº DE CASOS(*)	(692)	(97)	(325)	(158)	(109)

(*)Excluye 3 casos para quienes declararon edad desconocida de la primera relación sexual

FUENTE: ENDEMAIN-89

A las mujeres jóvenes se les preguntó su opinión acerca de cuándo y con quién se puede tener relaciones sexuales. Como se muestra en el cuadro 6.9, dos tercios (68%) de las mujeres no estaban de acuerdo con las relaciones sexuales premaritales, el 24 por ciento dijo que estaría bien antes del matrimonio si es que la pareja tenía planes de casarse y, menos del 3 por ciento, estaba de acuerdo con la relación premarital aún si la pareja no tenía planes de casarse. No hay diferencias

importantes por grupos de edad, ni por lugar de residencia (cuadro 6.10).

CUADRO 6.9
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15-24 AÑOS, POR
EDAD ACTUAL, SEGUN OPINION ACERCA DE LAS
RELACIONES SEXUALES

OPINION SOBRE RELACIONES SEXUALES	TOTAL	EDAD ACTUAL	
		15-19	20-24
-Está bien, con amigos	0.7	0.6	0.7
-Está bien, entre parejas, aunque no planeen casarse	2.1	1.7	2.6
-Está bien, antes del matrimonio si planean casarse	23.5	21.3	26.1
-No está de acuerdo con relaciones se- xuales premaritales	68.0	69.9	65.8
-No opina	3.8	4.0	3.5
-No sabe/no responde	1.9	2.5	1.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0
Nº DE CASOS	(3257)	(1742)	(1515)

FUENTE: ENDEMAIN-89

CUADRO 6.10
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15-24 AÑOS, POR RESIDENCIA, SEGUN OPINION
ACERCA DE LAS RELACIONES SEXUALES

OPINION SOBRE RELACIONES SEXUALES	TOTAL	RESIDENCIA					
		SIERRA			COSTA		
		Quito	Resto urbano	Rural	Guaya- quil	Resto urbano	Rural
-Está bien, con amigos	0.7	0.0	0.5	1.1	0.2	0.5	1.4
-Está bien, entre pare- jas, aunque no planeen casarse	2.1	2.2	3.3	0.8	2.0	1.2	4.0
-Está bien, antes del matrimonio si planean casarse	23.5	24.3	23.8	18.2	24.2	28.5	24.0
-No está de acuerdo con relaciones sexuales premaritales	68.0	69.0	69.2	73.4	67.4	65.4	62.4
-No opina	3.8	3.6	2.5	2.7	5.2	3.2	5.3
-No sabe/no responde	1.9	0.9	0.8	3.7	1.1	1.2	2.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº de CASOS	(3257)	(449)	(399)	(730)	(559)	(569)	(551)

FUENTE: ENDEMAIN-89

Sin embargo, las actitudes sobre estos aspectos varían según el tiempo de la primera experiencia sexual (cuadro 6.11). Las mujeres sin ninguna experiencia sexual o con experiencia sexual solamente después de matrimonio/unión fueron más conservadoras en este tema que aquellas con experiencia sexual premarital. Alrededor del 74 por ciento del primer grupo no estaban de acuerdo con la relación premarital comparado con el 47 por ciento de mujeres que tenían experiencia sexual premarital. Se presenta así la diferencia clásica entre opinión y comportamiento.

CUADRO 6.11
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15-24 AÑOS, POR EXPERIENCIA SEXUAL, SEGUN
OPINION ACERCA DE LAS RELACIONES SEXUALES

OPINION SOBRE RELACIONES SEXUALES	TOTAL	EXPERIENCIA SEXUAL		
		Ninguna	Después del matrimonio	Antes del matrimonio
-Está bien, con amigos	0.7	0.6	0.7	1.0
-Está bien, entre pare- jas, aunque no planeen casarse	2.1	1.7	1.1	3.9
-Está bien, antes del matrimonio si planean casarse	23.5	18.1	16.8	43.1
-No está de acuerdo con relaciones sexuales premaritales	68.0	73.8	75.3	47.0
-No opina	3.8	3.7	4.1	3.7
-No sabe/no responde	1.9	2.1	2.1	1.4
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº DE CASOS	(3257)	(1955)	(566)	(736)

FUENTE: ENDEMAIN-89

6.3 Actividad sexual

Con el fin de determinar el riesgo del embarazo de las mujeres jóvenes, se investigó sobre la actividad sexual. El 63 por ciento de todas las encuestadas de 15-24 años de edad que había tenido experiencia sexual, se encontraban sexualmente activas, es decir, reportaron relaciones sexuales durante el mes anterior a la entrevista (cuadro 6.12), 74 por ciento de las casadas y un sexto de mujeres solteras reportaron actividad sexual. De las mujeres sexualmente activas, el 41 por ciento declararon haber usado anticonceptivos, por lo tanto, el uso de anticonceptivos aumenta considerablemente desde el tiempo a la primera relación sexual premarital o marital hasta la actividad sexual actual. Sin embargo, la mezcla de métodos varía de acuerdo al estado civil; la mayoría de las usuarias en unión estaban usando DIU o anticonceptivos orales (cuadro 6.13), un tercio de usuarias no casadas reportaron usar el ritmo. La mayoría de mujeres no casadas reportaron una relación sexual durante el mes pasado y el 63 por ciento habían tenido de una a tres relaciones sexuales (cuadro 6.14).

CUADRO 6.12
 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	PORCENTAJE USANDO ANTI-CONCEPTIVOS
Casadas/en unión	74.2 (1047)	41.3 (777)
No están en unión	16.5 (255)	35.7 (42)
TOTAL	62.9 (1302)	41.0 (819)

FUENTE: ENDEMAIN-89

CUADRO 6.13
 PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-24 AÑOS, ACTIVAS SEXUALMENTE,
 QUE USA ANTICONCEPTIVOS, POR ESTADO CIVIL, SEGUN USO
 ACTUAL Y METODO UTILIZADO

USO ACTUAL Y METODO	ESTADO CIVIL	
	Casadas/ unidas	No están casadas/ unidas
USA:	41.3	35.7
DIU	17.5	7.1
Pastillas	10.3	4.8
Ritmo	7.0	11.9
Retiro	3.6	7.1
Condón	1.5	4.8
Otros (*)	1.4	0.0
NO USA	58.7	64.3
TOTAL	100.0	100.0
Nº DE CASOS	(777)	(42)

(*) Incluye vaginales, inyecciones e implantes.

FUENTE: ENDEMAIN-89

CUADRO 6.14
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15-24 AÑOS,
ACTIVAS SEXUALMENTE (EN EL ULTIMO MES), POR ESTADO
CIVIL, SEGUN FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES

FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES	ESTADO CIVIL	
	Casadas/ unidas	No casadas/ no unidas
1	9.4	29.3
2 - 3	33.9	34.1
4 - 5	23.9	12.2
6 y más	32.7	31.8
TOTAL	100.0	100.0
Nº DE CASOS(*)	(741)	(41)

(*) Excluye 36 mujeres casadas y una mujer no unida,
con frecuencia desconocida

FUENTE: ENDEMAIN-89

6.4 Comparación con lo datos de la encuesta ENJOV-88.

En 1988, el CEPAR realizó la Encuesta de Información y Experiencia Reproductiva de los Jóvenes Ecuatorianos (ENJOV-88), en las ciudades de Quito y Guayaquil. La comparación de los datos obtenidos sobre experiencia sexual premarital se presenta en el cuadro 6.15. Los datos muestran que existe un incremento leve en la experiencia premarital sexual en Quito; aunque el incremento del porcentaje no alcanza niveles de significación estadística, el patrón de incremento en proporciones es consistente a través de los grupos de edad. Los resultados para Guayaquil son un tanto desconcertantes; las proporciones para 1989 son más bajas que aquellas reportadas en 1988. En este aspecto, no cabe esperar que las proporciones de experiencia sexual premarital disminuyan en una misma ciudad de un año para otro.

CUADRO 6.15
 PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-24 AÑOS, QUE INFORMARON
 EXPERIENCIA SEXUAL PREMARITAL, POR EDAD ACTUAL,
 SEGUN CIUDAD Y FUENTE DE INVESTIGACION

CIUDAD Y FUENTE	TOTAL	EDAD ACTUAL	
		15-19	20-24
QUITO			
ENJOV-88	22.8 (802)	11.9 (404)	33.8 (399)
ENDEMAIN-89	26.3 (449)	16.5 (212)	35.0 (237)
GUAYAQUIL			
ENJOV-88	29.2 (854)	18.4 (474)	42.7 (379)
ENDEMAIN-89	22.7 (559)	13.1 (282)	32.5 (277)

FUENTE: CEPAR. ENJOV-88
 CEPAR. ENDEMAIN-89

En la ENJOV-88, fueron investigadas mujeres exclusivamente de 15-24 años y las entrevistas fueron realizadas por personas especialmente entrenadas para entrevistar adultos jóvenes. En la ENDEMAIN-89, se encuestó a todas las mujeres de 15-49 años de edad del hogar. En la mayoría de casos, cuando había dos o más mujeres en los hogares con mujeres jóvenes, la segunda mujer entrevistada era la madre. Aunque las entrevistas eran privadas, esto pudo posiblemente afectar las respuestas de mujeres jóvenes, al conocer que su madre ya fue entrevistada o lo sería después. Como se muestra en el cuadro 6.16, el 82 por ciento de hogares ocupados con una mujer de 15-24 años de edad en Guayaquil tenían más de una mujer entrevistada, comparado con el 57 por ciento en Quito. Esta diferencia es consistente con la proporción más baja de mujeres jóvenes alguna vez casadas, en Guayaquil, ya que tienen mayor probabilidad de vivir con sus padres.

CUADRO 6.16
 PORCENTAJE DE HOGARES OCUPADOS CON MAS DE UNA MUJER DE 15-49 AÑOS
 EN LOS QUE SE ENCONTRO JOVENES DE 15-24 AÑOS Y PORCENTAJE DE
 JOVENES ALGUNA VEZ CASADAS/UNIDAS SEGUN CIUDAD Y EDAD

CIUDAD Y EDAD	TOTAL	Alguna vez casadas/unidas (porcentaje)	Número de mujeres
QUITO	57.0	38.3	446
15-19	74.3	17.1	210
20-24	41.3	57.2	236
GUAYAQUIL	81.9	28.8	552
15-19	88.5	12.9	278
20-24	75.2	44.9	274

FUENTE: ENDEMAIN-89

Como se observa en el cuadro 6.17, la proporción de experiencia sexual premarital reportada es tres veces más alta (proporciones que varían de 1.9 a 3.7 por grupos de edad) cuando la mujer de 15-24 es la única de edad reproductiva, en el hogar (MEF), comparado con hogares en los que hay dos o más mujeres en edad reproductiva.

CUADRO 6.17
 PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-24 AÑOS, QUE INFORMARON EXPERIENCIA
 SEXUAL PREMARITAL, POR NUMERO DE MUJERES ENTREVISTADAS EN EL
 HOGAR, SEGUN CIUDAD Y EDAD

CIUDAD Y EDAD	N° DE MUJERES ENTREVISTADAS EN EL HOGAR			RELACION 1 MEF/2 y + MEF
	TOTAL	1 MEF	2 y + MEF	
QUITO	25.8 (446)	40.6 (192)	14.6 (254)	2.8
15-19	16.0 (210)	35.2 (54)	9.6 (156)	3.7
20-24	34.6 (236)	42.8 (138)	22.4 (98)	1.9
GUAYAQUIL	22.5 (552)	49.0 (100)	17.0 (452)	2.9
15-19	13.1 (278)	28.1 (32)	11.4 (246)	2.5
20-24	32.1 (274)	58.8 (68)	23.8 (206)	2.5

FUENTE: ENDEMAIN-89

En el cuadro 6.18 se puede observar la experiencia sexual premarital reportada según estado civil, con énfasis puesto en el grupo de aquellas alguna vez casadas. Se nota una proporción mucho más alta de mujeres alguna vez casadas de 15-24 años de edad como única mujer en edad reproductiva en el hogar (80% en Quito y 40% en Guayaquil) comparada con la proporción de mujeres nunca casadas (20% y 12%, respectivamente). Esto significa que el 60 por ciento de mujeres alguna vez casadas en Guayaquil, no eran las únicas mujeres en edad reproductiva entrevistadas en el hogar, comparado con el 20 por ciento en Quito. Si Guayaquil tuviera la misma distribución de mujeres entrevistadas por hogar que Quito, la proporción de experiencia sexual premarital podría haber sido del 31 por ciento, bastante similar al 29 por ciento encontrado en la ENJOV-88, en vez del 23 por ciento registrada en la ENDEMAIN-89.

CUADRO 6.18

PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-24 AÑOS, QUE INFORMARON EXPERIENCIA SEXUAL PREMARITAL, POR NUMERO DE MUJERES ENTREVISTADAS EN EL HOGAR, SEGUN CIUDAD Y ESTADO CIVIL

CIUDAD Y ESTADO CIVIL	N° DE MUJERES ENTREVISTADAS EN EL HOGAR			RELACION 1 MEF/2 y + MEF
	TOTAL	1 MEF	2 y + MEF	
QUITO	25.8 (446)	40.6 (192)	14.6 (254)	2.8
Nunca casadas/unidas	10.2 (275)	18.2 (55)	8.6 (220)	2.1
Alguna vez casadas/unidas	50.3 (171)	49.6 (137)	52.9 (34)	0.9
GUAYAQUIL	22.5 (552)	49.0 (100)	17.0 (452)	2.9
Nunca casadas/unidas	5.6 (403)	10.8 (47)	5.1 (356)	2.1
Alguna vez casadas/unidas	48.4 (159)	74.6 (63)	33.3 (96)	2.2

FUENTE: ENDEMAIN-89

Este es un análisis descriptivo de los datos y por lo tanto no profundiza en los resultados, los cuales sugieren que la validez de las respuestas de mujeres jóvenes en las encuestas de salud reproductiva pueden estar afectadas, si la joven sabe que su madre también es entrevistada. Una estrategia alternativa sería seleccionar una mujer al azar en cada hogar cuando hay más de una mujer de edad reproductiva.

7. COMUNICACION EN TEMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

El suministro de información y educación se acepta como un componente importante de los programas de planificación familiar, porque trata de aumentar conocimientos, cambiar las actitudes y modificar el comportamiento en la esfera de la fecundidad. En este capítulo se presentan los resultados obtenidos sobre la recepción de información a través de los diversos medios de comunicación.

Al analizar los resultados obtenidos en la ENDEMAIN-89, en el (cuadro 7.1), se evidencia que en el área rural es menor la proporción de las MEF que vieron o escucharon mensajes de planificación familiar (48.6%) que en el área urbana (72.9%), en los últimos 6 meses previos a la encuesta. Se distingue mayor percepción de mensajes en el resto urbano de la sierra (74.7%), que en el resto urbano de la costa (65.1%), y en Quito el 81.4 por ciento que supera a Guayaquil que tiene el 72.8 por ciento.

No existen diferencias sustanciales en la proporción de mujeres, según su estado civil, que escuchó los mensajes.

Según el nivel de instrucción de las MEF, la percepción de los mensajes tiene consistente relación directa con el grado de educación, así entre las analfabetas es 28.2 por ciento comparado con el 87.2 por ciento del nivel superior.

En la ENDEMAIN-89 se preguntó sobre el medio de comunicación en que se vio o escuchó la emisión de los mensajes de planificación familiar y, se observa en el cuadro 7.2 que la radio y la televisión son los medios de comunicación más importantes. Así, en el área urbana un 85.7 por ciento de las MEF escuchó o vio un mensaje en la T.V y el 64.9 por ciento en el área rural. En esta área, la radio fue el medio de mayor audiencia, el 86.6 por ciento escuchó un mensaje por radio y, en la zona urbana, el 79.3 por ciento.

CUADRO 7.1
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEF QUE VIERON O ESCUCHARON MENSAJES DE
PLANIFICACION FAMILIAR (EN LOS ULTIMOS 6 MESES), SEGÚN
CARACTERISTICAS SELECCIONADAS.

CARACTE- RISTICAS	VIERON O ESCUCHARON	NO VIERON NI ESCUCHARON	NO SABE/ NO RESPONDE	TOTAL	Nº DE CASOS
AREA:					
Urbana	72.9	26.9	0.2	100.0	4792
Rural	48.6	51.0	0.4	100.0	3169
RESIDENCIA:					
Sierra					
Quito	81.4	18.3	0.3	100.0	1092
Resto Urbano	74.7	25.1	0.2	100.0	938
Rural	48.8	50.7	0.5	100.0	1811
Costa					
Guayaquil	72.8	27.0	0.2	100.0	1364
Resto Urbano	65.1	34.9	-	100.0	1398
Rural	48.3	51.4	0.3	100.0	1358
ESTADO CIVIL:					
Casadas/unidas	62.5	37.3	0.2	100.0	4776
Sep/Div/Viu.	63.0	37.0	-	100.0	576
Solteras	64.6	35.0	0.4	100.0	2609
INSTRUCCION:					
Ninguno	28.2	70.3	1.5	100.0	404
Primario	50.6	48.9	0.4	100.0	3497
Secundario	74.7	25.3	-	100.0	3177
Superior	87.7	12.3	-	100.0	883
TOTAL	63.2	36.5	0.3	100.0	7961

FUENTE: ENDEMAIN-89

En la sierra, los porcentajes de audiencia en radio son relativamente altos comparados con los de la costa, especialmente en Quito el 83.4 por ciento frente a 69.1 por ciento que tiene Guayaquil, igual ocurre en el resto urbano y rural. Los mensajes por televisión han sido vistos o escuchados en mayor proporción en la sierra y costa en el sector urbano, y algo inferior en el sector rural de la sierra, donde alcanza solo el 58.8 por ciento.

CUADRO 7.2
 PORCENTAJE DE MEF QUE RECIBIERON MENSAJES DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR
 TIPOS DE MEDIOS DE COMUNICACION, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS.

CARACTERIS- TICAS	RADIO	TV	PERIODICO	REVISTAS	AFICHES	FOLLETOS	N° DE CASOS
AREA:							
Urbana	79.3	85.7	18.9	16.2	18.7	24.0	3493
Rural	86.6	64.9	11.5	9.0	12.8	15.2	1539
RESIDENCIA:							
Sierra							
Quito	83.4	86.7	16.3	12.6	16.2	17.0	889
Resto Urbano	88.3	82.0	9.7	11.3	13.8	15.1	701
Rural	90.4	58.8	6.6	5.0	9.7	10.0	883
Costa							
Guayaquil	69.1	87.3	25.4	19.2	21.5	30.9	993
Resto Urbano	79.3	85.8	21.4	20.5	22.1	30.2	910
Rural	81.6	73.2	18.3	14.5	17.1	22.3	656
ESTADO CIVIL:							
Casada/unida	59.3	57.9	54.1	52.0	54.7	55.1	2984
Sep/Div/Viu.	7.3	7.1	7.8	7.1	7.6	8.0	363
Soltera	33.4	35.1	38.2	41.0	37.6	36.9	1685
INSTRUCCION:							
Ninguno	86.8	43.9	2.6	3.5	9.6	7.9	114
Primario	84.2	67.8	11.6	6.7	10.6	13.2	1771
Secundario	80.4	85.8	17.9	17.0	18.6	23.3	2373
Superior	77.8	91.3	26.6	23.5	27.5	35.7	774
TOTAL	81.5	79.4	16.7	14.1	17.0	21.3	5032

FUENTE: ENDEMAIN-89

En cuanto a la televisión, en mujeres sin instrucción hay un bajo porcentaje de audiencia que representa el 43.9 por ciento, y en los demás niveles de instrucción aumenta hasta llegar al 91.3 por ciento en el nivel superior. Igual tendencia se observa con el resto de medios de comunicación, con la diferencia de que los porcentajes son inferiores al 50 por ciento.

Las revistas son el medio de comunicación menos difundido en relación a mensajes sobre planificación familiar, tanto en el área urbana como en la rural, y, corresponde al 16.2 y 9.0 por ciento, respectivamente.

Los demás medios de comunicación que se caracterizan por ser escritos e implican lectura de los mensajes, tienen también bajo porcentaje.

En la variable estado civil, se nota que de las mujeres casadas o unidas, entre el 52 y 60 por ciento, recibieron mensajes en los medios de comunicación que se analizan. Se podría interpretar como que este grupo de mujeres se preocupa más en lo que se relaciona con la regulación de la fecundidad y por ello se interesa en mantenerse mejor informada. Contrario a este comportamiento, se observa en el grupo de separadas, divorciadas y viudas, con porcentajes menores del 10 por ciento. El grupo de solteras tiene también un relativo bajo porcentaje de acceso a los mensajes de planificación familiar, pero alcanzan 33 a 41 por ciento. La radio es el medio de comunicación más escuchado por las mujeres en edad fértil, sin mayores diferencias de acuerdo al nivel de instrucción; el 86.8 por ciento de mujeres sin instrucción y el 77.8 por ciento las de nivel superior.

A las mujeres en edad fértil que habían visto o escuchado mensajes sobre planificación familiar se les preguntó sobre el contenido de los mensajes; los resultados constan en el cuadro 7.3. El mensaje más escuchado por las mujeres (96.1 %) es el relativo a que la planificación familiar "es un derecho de la pareja para decidir cuantos hijos tener y cuando tenerlos". Los demás mensajes que se refieren a los "efectos positivos de la planificación familiar" para la regulación y espaciamiento de los hijos que se desea, tienen también gran audiencia y oscilan entre el 82 y 89 por ciento a nivel nacional.

CUADRO 7.3
 PORCENTAJE DE MEF, POR EL TIPO DE MENSAJE DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE
 HABIAN VISTO O ESCUCHADO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS.

CARACTERIS- TICAS	ES UN DERECHO DE LAS PAREJAS	SALUD DE LA MADRE/HIJO	NECESIDAD DE EDUCAR	RECURSO PARA LIMITAR EMB.	Nº DE CASOS
AREA:					
Urbana	96.2	89.2	87.0	82.6	3493
Rural	95.9	88.3	84.3	81.8	1539
RESIDENCIA:					
Sierra					
Quito	97.2	88.6	88.1	87.0	889
Resto Urbano	97.7	91.9	89.3	87.6	701
Rural	96.1	88.6	83.9	82.4	883
Costa					
Guayaquil	95.7	86.7	83.4	76.3	993
Resto Urbano	94.8	90.7	88.5	81.6	910
Rural	95.	88.1	84.9	80.9	656
ESTADO CIVIL:					
Casada/unida	96.3	90.1	87.4	85.1	2984
Sep/Div/Viu	95.9	87.3	87.9	85.1	363
Solteras	95.9	87.4	83.8	77.0	1685
INSTRUCCION:					
Ninguno	91.2	86.0	80.7	78.1	114
Primario	95.3	88.0	85.4	83.1	1771
Secundario	97.0	89.4	86.4	81.4	2373
Superior	96.1	90.4	88.4	84.5	774
TOTAL	96.1	89.0	86.2	82.4	5032

FUENTE: ENDEMAIN-89

8. MORTALIDAD INFANTIL Y DE LA NIÑEZ

Uno de los objetivos de la ENDEMAIN-89 fue obtener estimaciones de la mortalidad infantil y de la niñez, resultantes de la situación de salud materna y de los niños ecuatorianos. Desde el punto de vista de la implementación de políticas y programas de salud, los indicadores reflejan en alguna medida las condiciones generales de salud de la población.

Las historias de nacimientos recolectadas en la encuesta y los indicadores sobre hijos nacidos vivos y sobrevivientes, permiten la estimación directa e indirecta de los niveles, tendencias y diferenciales de mortalidad infantil y de la niñez, resultados que se presentan en las primeras secciones del capítulo. Más adelante se hace referencia a las principales causas de mortalidad infantil (neonatal y postneonatal) y de la niñez (de uno a cuatro años y menores de cinco años).

8.1 Hijos nacidos vivos y sobrevivientes

Aunque en el campo demográfico la medición de la fecundidad se realiza en términos de los nacidos vivos, el número de hijos que lograron sobrevivir no deja de tener interés, puesto que llega a constituir la fecundidad "neta", que, mide adecuadamente el tamaño de la familia. Bajo esta perspectiva, resulta interesante subrayar que en el pasado, mientras se mantuvo elevada y más o menos constante la fecundidad en el Ecuador, de hecho el tamaño de las familias debió estar aumentando como consecuencia de la declinación de la mortalidad en la niñez. Sin embargo, para los últimos quince años, aproximadamente, debido a la disminución de la fecundidad, el tamaño de la familia ha reducido debido a que ha pesado más su descenso, que el de la mortalidad.

El número promedio de hijos nacidos vivos y sobrevivientes por grupos de edad de las madres entrevistadas en la ENF-79 y ENDEMAIN-89 se presenta en el cuadro 8.1, se calculó también la proporción de niños fallecidos en relación con el total de hijos nacidos vivos. Este tipo de información se utiliza para estimar la mortalidad infantil y de la niñez mediante técnicas demográficas indirectas. (ver sección 8.2 de este capítulo).

El número promedio de hijos nacidos vivos de una mujer al final de su período reproductivo (45-49 años) se ha reducido de 6.8 en la ENF-79 a 5.9 según la ENDEMAIN-89; el número

promedio de hijos sobrevivientes toma valores de 5.5 y 5.2, respectivamente. La proporción de hijos fallecidos disminuyó del 15 al 9 por ciento según estas dos encuestas, constituyendo un signo inequívoco de que la mortalidad infantil y juvenil, han reducido también en el Ecuador en los últimos diez años.

CUADRO 8.1
 NUMERO PROMEDIO DE NACIDOS VIVOS Y SOBREVIVIENTES, SEGUN EDAD ACTUAL DE
 LA MUJER. ENF-79, Y ENDEMAIN-89

GRUPOS DE EDAD	NUMERO PROMEDIO DE HIJOS						FALLECIDOS (%)		
	NACIDOS VIVOS		SOBREVIVIENTES		FALLECIDOS		ENF	ENDEMAIN	VARIACION 79 - 89
	ENF	ENDEMAIN	ENF	ENDEMAIN	ENF	ENDEMAIN			
15-19	0.17	0.19	0.16	0.18	0.01	0.01	5.9	5.3	10
20-24	1.15	0.92	1.03	0.86	0.12	0.06	10.4	6.5	38
25-29	2.49	2.06	2.20	1.94	0.29	0.12	11.6	5.8	50
30-34	4.04	3.19	3.49	2.95	0.55	0.24	13.6	7.5	45
35-39	5.46	4.17	4.67	3.80	0.79	0.37	14.5	8.9	39
40-44	6.36	5.05	5.25	4.49	1.11	0.56	17.5	11.1	36
45-49	6.78	5.93	5.47	5.23	1.31	0.70	19.3	11.8	39
TOTAL	2.80	2.38	2.38	2.17	0.42	0.21	15.0	8.8	41

FUENTE: INEC, ENF-79, CEPAR. ENDEMAIN-89

La proporción de hijos fallecidos, es mayor a medida que aumenta la edad de la mujer. Esto se debe a que los hijos de las mujeres de mayor edad han tenido que hacer frente a riesgos de muerte más elevada por haber nacido en épocas en que la mortalidad era más alta y también porque se trata de proporciones "acumulativas", es decir que en promedio, los hijos de mujeres de más edad han estado expuestas a morir durante más tiempo que los hijos de mujeres más jóvenes.

La reducción de la proporción de hijos fallecidos durante la década del '80 es del orden del 41 por ciento, disminución que se operó en todos los grupos de edad de las mujeres entre valores que van del 10 al 50 por ciento.

8.2 Niveles de mortalidad infantil y de la niñez

La encuesta permite el cálculo de las tasas de mortalidad infantil y de la niñez, directamente de los datos obtenidos en

la sección de historia de hijos nacidos vivos e indirectamente de las preguntas del total de nacidos vivos, incluidos aquellos que después murieron, clasificados por edad de la madre a la fecha de la investigación. Ambos grupos de tasas se presentan y comparan con las obtenidas de la encuesta ENDESA-87. Las tasas resultantes son de cohortes sintéticas, calculadas con las muertes ocurridas y niños-meses de exposición (número de meses que cada niño vivió) distribuidas según edades específicas, dentro del período de tiempo dado.

La principal dificultad que se enfrenta al observar los resultados de las estimaciones directas de la ENDEMAIN-89, es la omisión de un apreciable número de muertes neonatales (defunciones ocurridas en los primeros 27 días después del nacimiento). Es bien conocido que cuando la mortalidad infantil declina, las muertes neonatales constituyen una gran proporción de las muertes ocurridas en el primer año de vida. En el cuadro 8.2, con datos de la ENDESA-87, en la tasa de mortalidad infantil que fue de 72 por cada mil nacidos vivos para el período 1977-81, el aporte de las muertes neonatales fue del 56 por ciento. Cuando la tasa de mortalidad infantil bajó a 58 para el período 1982-87, el peso de las muertes neonatales aumentó al 62 por ciento. Sin embargo, de acuerdo a la ENDEMAIN-89, las muertes neonatales significan solo el 42 por ciento de las muertes infantiles durante el período 1979-84 y el 43 por ciento para el período 1984-89. Los niveles de mortalidad postneonatal (defunciones ocurridas desde los 28 días al año de nacidos) son en cambio bastante consistentes con los reportados por la ENDESA-87.

Todo esto lleva a pensar que las tasas estimadas de mortalidad infantil de 43 y 37 para los períodos 1979-84 y 1984-89, respectivamente, están subestimadas, como consecuencia principalmente de la evidente omisión de muertes neonatales. El problema de omisión se presenta no solo en las investigaciones de campo, sino en los registros continuos de estos hechos en los países en desarrollo.⁸ Una posible explicación para la omisión de estas muertes es que aquellas defunciones que se producen en el primer día o primeros días de vida, que constituyen un componente importante de las muertes neonatales, en la mayoría son consideradas, a criterio de las entrevistadas, como nacidos muertos y por lo tanto no declarados realmente como nacidos vivos y luego fallecidos. Tómese en consideración que para la estimación de la mortalidad solo se utilizan los casos registrados y citados anteriormente.

La mortalidad infantil puede también estimarse indirectamente con la información de la proporción de hijos nacidos vivos que

⁸

Rutstein, O. Child Survival in Ecuador. Report to the USAID Misión in Ecuador. 1987

han muerto. En la práctica, las proporciones de hijos muertos clasificados por la edad de la madre al momento de la entrevista, pueden proveer estimaciones de probabilidades de morir entre el nacimiento y varias edades de la niñez. Las estimaciones presentadas en el cuadro 8.2 indican el año al que corresponde la estimación de la mortalidad, según el grupo de edad de las mujeres tomadas en cuenta para dicha estimación.

CUADRO 8.2
MORTALIDAD INFANTIL a) Y DE LA NIÑEZ, SEGUN LAS
ENCUESTAS ENDESA-87 Y ENDEMAIN-89

MORTALIDAD	ENDESA		ENDEMAIN				
	METODO DIRECTO		METODO DIRECTO		METODO INDIRECTO		
	1977-81	1982-87	1979-84	1984-89	1979 b)	1984 c)	1987 d)
INFANTIL (1q0)	72	58	43	37	72	57	53
Neonatal	40	36	18	16	--	--	--
Postneonatal	32	22	26	21	--	--	--
DE LA NIÑEZ (4q1)	27	25	20	12	27	19	17
MENOR DE 5 AÑOS (5q0)	98	82	62	48	99	76	70

- a) Probabilidades de muerte: muertes por mil nacidos vivos, excepto para los niños fallecidos después de cumplir un año.
- b) Basado en la información de mujeres de 40-44 años a la fecha de la encuesta para estimar 15q0
- c) Basado en la información de mujeres de 30-34 años a la fecha de la encuesta para estimar 5q0
- d) Basado en la información de mujeres de 20-24 años a la fecha de la encuesta para estimar 2q0

Las estimaciones indirectas de la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad y desde el nacimiento hasta antes de cumplir 5 años para 1979 y 1984 son consistentes con las estimaciones directas con datos de la ENDESA-87 para los períodos 1977-81 y 1982-87, respectivamente; se concluye por tanto, que la estimación indirecta de la mortalidad infantil de 53 por mil para el año 1987 es más cercana a la realidad, en contraposición a la estimación directa de 37 por mil calculada para el período 1984-89.

Al aceptar el nivel de mortalidad infantil de 53 para 1987 por estimación indirecta y el de mortalidad postneonatal de 21 por estimación directa para el período 1984-89 (dado que la información de estas muertes está mejor registrada), se puede

inferir que la mortalidad neonatal fue aproximadamente de 32 por mil para el año 1987, nivel que es consistente con la mortalidad neonatal obtenida con la ENDESA-87.

La estimación por métodos indirectos en la ENDEMAIN-89 de 53 y 70 defunciones por cada mil nacidos vivos para niños menores de un año y menores de 5 años para 1987, respectivamente, da como resultado una mortalidad de la niñez de 17 muertes de menores de 5 años por cada mil sobrevivientes de edad un año (4q1).

8.3 Diferencias de los niveles de mortalidad

El cuadro 8.3 presenta las diferencias de niveles de mortalidad según características seleccionadas, para el período julio 1979 a julio 1989. Las tasas son de cohortes sintéticas, basadas en todas las muertes y meses-niño de exposición durante el período y para edades menores de 5 años. Se registraron 497 muertes de niños en estas edades de un total de 759 informadas en la historia de nacimientos (muertes de todos los nacimientos ocurridos y de todas las edades desde Enero de 1974).

De las 497 defunciones se investigaron las causas de muerte y se calcularon las correspondientes tasas, las mismas que son presentadas sin ajuste, de manera que la subestimación de la mortalidad neonatal resulta en subestimación de las tasas de mortalidad infantil (1q0) y de menores de 5 años (5q0). Las tasas de mortalidad postneonatal y de niños de 1 a 4 años se consideran no tienen subestimación significativa de los niveles reales, de tal manera que en el análisis de las diferencias de los niveles de mortalidad se dará mayor énfasis a la mortalidad de estos subgrupos.

El primer grupo de diferencias se presenta por área, residencia e instrucción. La mortalidad rural es consistentemente más alta que la urbana en todos los grupos de edad, diferencia que es mayor en la mortalidad postneonatal y de la niñez; esto sugiere que la omisión de muertes neonatales es mayor en las áreas rurales que en las urbanas.

La mortalidad es más alta en la sierra que en la costa; la diferencia es acentuada para la mortalidad postneonatal (28 y 18, respectivamente) y en menor grado para la mortalidad de niños de 1-4 años. Esto indica que existen algunas causas específicas de muerte en el período postneonatal que tienen mayor prevalencia en la sierra. En esta región, la ciudad de Quito presenta niveles de mortalidad sustancialmente más bajos

que en las otras áreas urbanas y rurales. En la costa, los diferenciales para todos los grupos de edad no son tan importantes, lo cual lleva a sospechar que las muertes informadas fueron incompletas en todos los grupos de edad y principalmente en el resto urbano y áreas rurales.

Existen grandes diferencias en la mortalidad de los niños de todas las edades de mujeres con instrucción primaria comparada con las que tenían nivel de instrucción secundario. Existieron muy pocas defunciones para calcular las tasas de mortalidad de niños (0-4 años) de mujeres con nivel de instrucción superior y, de muertes neonatales, de los niños de mujeres sin instrucción. Las bajas tasas de mortalidad postneonatal y de niños de 1 a 4 años de madres sin instrucción son un indicador adicional de la omisión de muertes por parte de estas mujeres, las que en su mayoría están concentradas en áreas rurales.

El siguiente grupo de variables del cuadro 8.3 se pueden caracterizar como de orden biológico o reproductivo. Estas variables se pueden utilizar para demostrar que la mortalidad infantil y de la niñez están relacionadas con el nivel y patrón de fecundidad de la población. Entre estas variables están el sexo del niño, la edad de la madre al nacimiento del hijo, el orden de nacimiento (nacimiento para el cual se puede medir la mortalidad) entre todos los nacimientos que la madre ha tenido y el intervalo (en meses) entre un nacimiento y el anterior.

Como ocurre comúnmente, la mortalidad neonatal es notablemente más alta para hombres que para mujeres (21 y 12, respectivamente), sin existir virtualmente diferencia en la mortalidad postneonatal y de la niñez. Esto refleja la ventaja de una constitución biológica al nacer más fuerte de la mujer, la cual disminuye la influencia de los factores socioeconómicos en la sobrevivencia infantil.

La edad de la madre al tener el hijo presenta una relación en forma de U para la mortalidad neonatal, siendo notablemente alta para los niños de mujeres menores de 20 años y de 35 años y más de edad a la fecha del nacimiento lo que puede vincularse en las condiciones biológicas de la madre y las condiciones del embarazo y parto. Para la mortalidad postneonatal, el riesgo declina progresivamente con la edad: de una tasa alta de 33 muertes por mil nacidos vivos a la edad de 15-19 años baja a 13 para la edad 35-39 años. No existe mayor diferencia para la mortalidad después del primer año de vida.

CUADRO 8.3
MORTALIDAD INFANTIL Y DE LA NIÑEZ, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS
(JULIO 1979 - JULIO 1989)

CARACTERISTICAS	INFANTIL (1q0)			DE LA NIÑEZ (4q1)	MENOR DE 5 AÑOS (5q0)
	Total	Neonatal	Post- neonatal		
AREA:					
Urbana	34	15	19	10	44
Rural	58	19	27	21	66
REGION:					
Sierra	46	19	28	17	63
Costa	33	15	18	14	46
RESIDENCIA:					
Sierra					
Quito	31	11	20	11	42
Resto Urbano	44	17	28	*	*
Rural	53	22	31	23	74
Costa					
Guayaquil	34	16	18	*	*
Resto Urbano	28	15	14	14	42
Rural	36	14	22	19	54
INSTRUCCION DE LA MADRE:					
Ninguno	*	*	28	24	*
Primario	51	22	29	19	69
Secundario	24	11	14	8	31
Superior	*	*	*	*	*
SEXO:					
Hombres	45	21	25	15	60
Mujeres	34	12	22	16	49
EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO DEL HIJO:					
15-19	58	26	33	16	73
20-24	43	15	28	19	61
25-29	30	12	18	16	46
30-34	28	11	17	12	39
35-39	44	31	13	*	*
40-49	*	*	*	*	*
ORDEN DE NACIMIENTO:					
1	35	15	20	12	46
2-4	42	17	25	17	58
5-7	37	13	24	19	56
8-10	47	28	19	*	*
11 y más	*	*	*	*	*
TOTAL	40	17	23	16	55

* Menos de 10 muertes en la categoría

CUADRO 8.3 (Continuación)
MORTALIDAD INFANTIL Y DE LA NIÑEZ, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS
(JULIO 1979 - JULIO 1989)

CARACTERISTICAS	INFANTIL (1q0)			DE LA NIÑEZ (4q1)	MENOR DE 5 AÑOS (5q0)
	Total	Neonatal	Post- neonatal		
INTERVALO DE NAC. PREVIO:					
Primer Nacimiento	34	15	19	11	45
< 15 meses	73	30	44	25	97
15-23 meses	44	17	27	18	61
24-35 meses	39	15	24	17	55
36 y más meses	30	13	18	12	42
EDAD DE LA MADRE A LA FECHA DE LA ENTREVISTA:					
15-19	*	*	*	*	*
20-24	53	24	30	14	66
25-29	38	12	26	18	55
30-34	35	12	24	18	52
35-39	41	21	20	15	55
40-44	39	21	18	10	48
45-49	*	*	*	*	*
INDICE SOCIO-ECONOMICO:					
0-3 (Bajo)	49	18	32	24	72
4-6 (Medio)	41	18	23	14	54
7-10 (Alto)	24	13	11	7	31
ELECTRICIDAD:					
No	47	16	32	20	67
Si	38	17	21	14	52
VIVIENDA CON MAS DE CUATRO CUARTOS:					
No	41	16	26	17	57
Si	34	21	14	11	45
SERVICIO HIGIENICO:					
No	47	19	29	21	68
Si	29	14	15	7	36
AGUA POTABLE:					
No	47	19	28	19	64
Si	32	15	18	12	44
TOTAL	40	17	23	16	55

* Menos de 10 muertes en la categoría.
FUENTE: ENDEMAIN-89

La relación entre orden de nacimiento y mortalidad aparece principalmente para la mortalidad neonatal, con riesgo creciente cuando más hijos ha tenido la madre. Una débil relación en la misma dirección existe también para la mortalidad de la niñez.

La asociación entre el intervalo de nacimiento (tiempo en meses desde el nacimiento anterior) y la mortalidad infantil y de la niñez es interesante. La historia de nacimientos de la encuesta recolectó información de todos los nacimientos a partir de 1974, por lo cual no es posible determinar un intervalo previo del anterior nacimiento de una mujer después de enero de 1974. Estos nacimientos están excluidos en los resultados ya que se consideran únicamente expuestos al riesgo de muerte los ocurridos después de junio de 1979. Los gemelos o partos múltiples están también excluidos por su mayor riesgo de muerte y ningún intervalo de tiempo al nacimiento previo. La mortalidad infantil total, con intervalo menor de 15 meses es muy elevada, 73 por mil nacidos vivos.

Para la mortalidad neonatal, solamente los nacimientos con intervalos más cortos (menos de 15 meses), son los que tienen riesgo de muerte mucho más elevado. En la mortalidad postneonatal existe una asociación mucho más clara con respecto al intervalo intergenésico. La mortalidad con un espacio en el nacimiento menor de 15 meses es más de dos veces el riesgo de muerte de los primeros nacimientos o de los nacimientos con intervalos de 36 meses o más. Los nacimientos con intervalos de 15 a 23 y 24 a 35 meses tienen riesgo 50 y 33 por ciento más altos, respectivamente, que los nacimientos con intervalos de 36 meses o más. Para la mortalidad de la niñez (1-4 años) hay un patrón similar: 100, 50 y 42 por ciento más altos para los intervalos de < 15, 15-23 y 24-35 meses en relación a los nacimientos con intervalos de 36 meses y más.

La edad de la madre se ha incluido como un dato para chequeo de calidad. Ella ilustra que las estimaciones directas de la mortalidad infantil y de la niñez son más altas para mujeres con 20-24 años de edad a la fecha de la entrevista. Esto es así probablemente porque el reporte de muertes de niños es mejor para este grupo de mujeres ya que los nacimientos y muertes ocurrieron recientemente. Normalmente ellas deberían tener tasas de mortalidad infantil más altas porque tuvieron sus hijos más temprano y tienen menor nivel de instrucción que las mujeres más jóvenes. El hecho de que sea más baja la mortalidad entre mujeres de mayor edad indica una probable omisión de muertes por parte de ellas. Dado que las mujeres de mayor de edad reportan tasas de mortalidad más altas en niños

de más de un año de edad, éstas pueden estar mejor declaradas que las de menores a esa edad.

El grupo final para el análisis de los diferenciales de mortalidad está dado por el índice socioeconómico del hogar. Hay grandes diferencias en el riesgo de mortalidad postneonatal y de la niñez y casi no existen para la mortalidad neonatal. Los diferenciales para algunos de los servicios de los hogares utilizados para elaborar el índice socioeconómico están incluidos también en el cuadro 8.3. La existencia de servicio higiénico tiene el mayor efecto en la mortalidad; en los nacimientos en hogares sin este servicio, el riesgo de muerte es dos veces mayor en la mortalidad postneonatal, tres veces en la mortalidad de la niñez y 36 por ciento más alto en la neonatal que aquellos hogares que si cuentan con este importante servicio.

En los hogares con menos de cuatro cuartos se incrementa el riesgo de muerte en 86 por ciento para la mortalidad postneonatal y 55 por ciento para la de 1 a 4 años, reduciéndose el riesgo en las muertes neonatales a 24 por ciento. Esto es probablemente otro indicador de que los segmentos más pobres de la población declararon mal u omitieron muertes neonatales.

La disponibilidad de electricidad y agua potable en el hogar tienen similar importancia en el riesgo de mortalidad postneonatal y de la niñez. La ausencia de agua potable incrementa el riesgo de mortalidad neonatal en un 27 por ciento, 56 por ciento en la postneonatal y 58 por ciento en la infantil. La ausencia de electricidad incrementa el riesgo de mortalidad neonatal en 6 por ciento, 52 por ciento en la postneonatal y 43 por ciento en la de la niñez. Todas las variables socioeconómicas tienen un mayor efecto en la mortalidad postneonatal y en la niñez que en la neonatal, lo cual es consistente con los hallazgos de que la mortalidad neonatal es en origen principalmente endógeno o biológico y la postneonatal es en origen exógeno o ambiental.

8.4 Causas de muerte: neonatal, postneonatal y de la niñez

Uno de los objetivos de la ENDEMAIN-89 fue determinar causas de muerte de los niños que murieron antes de cumplir cinco años, desde Julio de 1979 hasta la fecha de la investigación. A las madres de los niños fallecidos se les formuló una serie de preguntas sobre los hechos y síntomas que terminaron en la muerte del menor. En esta serie de preguntas se incluyó una bien definida lista de síntomas sobre los que las madres

debían responder si el niño tuvo esos síntomas en los días previos a la muerte. La premisa básica de esta entrevista después de la muerte o "autopsia verbal" fue de que ciertas enfermedades tienen síntomas característicos y señales que se pueden reconocer, la madre puede recordar en la entrevista, las que son suficientemente distintivas para clasificar enfermedades y síndromes médicos. Debería destacarse que el interrogatorio carece de la información de apoyo de un examen físico o investigación especial, que en general se necesita, para establecer un diagnóstico definitivo.

Después que el trabajo de campo fue concluido, las causas de muerte fueron asignadas independientemente por dos médicos pediatras, uno representante del Ministerio de Salud Pública del país, y otro del Centers for Disease Control (U.S.A.) quienes revisaron las respuestas sobre los eventos previos a la muerte de los niños. El diagnóstico y la clasificación de causas de muerte se efectuó utilizando un indicador que incluía la presencia de síntomas o señales, la edad del fallecido, la periodicidad y la duración de los síntomas o signos durante la enfermedad final. En la mayoría de los casos se determinó una causa de muerte subyacente (primaria) y una intermedia (secundaria). En pocos casos se asignó también una causa asociada.

Las causas de muerte fueron asignadas a 497 niños. Se debe anotar que las muertes debidas a accidentes entre los menores de 28 días está probablemente exagerada. Algunas madres informan muertes accidentales de sus hijos menores de 28 días, que pueden ser debidas realmente a otras causas neonatales. Para estas madres, cualquier muerte ocurrida en el primer mes de vida fue "accidental".

El cuadro 8.4 muestra los resultados de 497 muertes de niños menores de cinco años que ocurrieron desde Julio de 1979. Las causas de muerte varían de acuerdo a la edad del niño cuando murió. La causa de muerte neonatal más importante es el trauma del nacimiento/asfixia neonatal, causa a la que se debe un 47.4 por ciento de todas las muertes. También es significativo como causa de muerte neonatal la combinación de complicaciones asociadas con prematuridad/bajo peso al nacer (16 por ciento), seguido por otras complicaciones perinatales (12.8 por ciento) y accidentes (10.9 por ciento). Las muertes debidas a infecciones respiratorias suman solamente 5.1 por ciento de las muertes neonatales. No se reportó ninguna muerte neonatal debida a tétanos.

Durante el período postneonatal, diarrea/deshidratación aparece como la causa principal de muerte (33.3%) seguida muy de cerca de infecciones respiratorias agudas a las que se

atribuye el 31.9 por ciento de todas las muertes. Muertes asociadas con accidentes, anomalías congénitas, sarampión, tosferina y meningitis tienen importancia secundaria. Las muertes por bajo peso al nacer y prematuridad son insignificantes en el período postneonatal.

CUADRO 8.4
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CAUSAS PRIMARIAS DE MUERTE
DURANTE LA INFANCIA Y DE LA NIÑEZ

CAUSAS DE MUERTE	INFANTIL			DE LA NIÑEZ (1-4 años)	0-4 AÑOS
	Total	Neonatal	Post- neonatal		
1. Diarrea/Deshidrat.	20.8	3.8	33.3	29.8	23.1
2. Infec. Resp. Aguda	20.5	5.1	31.9	28.2	22.5
3. Causas Neonatales					
a. Trauma del nac./ Asfixia	20.5	47.4	0.5	0.0	15.1
b. Bajo peso al nacer/Premat.	7.1	16.0	0.5	0.0	5.2
c. Otras complic. perinatales	6.0	12.8	1.0	0.0	4.4
4. Accidentes	7.9	10.9	5.7	10.7	8.7
5. Anomal. Congénitas	3.6	1.9	4.8	2.3	3.2
6. Prevenibles por vacunación					
a. Sarampión	2.7	0.0	4.8	6.9	3.8
b. Tosferina	1.9	0.6	2.9	0.8	1.6
c. Tétanos	0.3	0.0	0.5	0.0	0.2
7. Meningitis	1.4	0.0	2.4	4.6	2.2
8. Malaria	0.5	0.0	1.0	3.1	1.2
9. Tumores/Cáncer	0.0	0.0	0.0	1.5	0.4
10. Otros	0.8	0.6	1.0	2.3	1.2
11. No especificados	6.0	0.6	10.0	9.9	7.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: ENDEMAIN-89

Durante las edades 1-4 años, la diarrea y la infección respiratoria aguda continúan jugando un rol prominente, juntas suman el 58 por ciento de las muertes en esas edades. Las muertes por sarampión se incrementan durante la niñez temprana, sumando un 6.9 por ciento de todas las muertes. Adicionalmente 4.6 por ciento y 3.1 por ciento de las muertes de niños fueron ocasionadas por meningitis y malaria, respectivamente, durante este período.

Las muertes de 0-4 años, última columna del cuadro mencionado, resume el total de muertes y las causas que ocasionaron las mismas. El 45 por ciento de estas muertes obedecen a diarreas y a infecciones respiratorias. Los valores elevados de causa de muerte por trauma del nacimiento (15%), asfixia y bajo peso al nacer y prematuridad, deben explicarse porque resume la mortalidad por estas causas, que ocurren en el período perinatal.

La mayoría de muertes neonatales (76%) se atribuyen a causas relacionadas con el trauma del nacimiento, bajo peso al nacer y complicaciones perinatales. De todas las muertes atribuidas al trauma del nacimiento con asfixia neonatal, el 49.5 por ciento tuvo lugar en la casa. De éstas, 8 por ciento fueron mujeres que declararon que su parto lo tuvieron ellas solas sin atención de persona alguna.

Esto evidencia claramente, por una parte, la ausencia de control pre-natal que en las zonas rurales es alta y, por otra, falla en identificar e intervenir en aquellos embarazos de alto riesgo. Bajo peso al nacer y prematuridad se pueden atribuir a mala nutrición y anemia, entre otras causas que se pueden eliminar con el cuidado prenatal; si los niños de bajo peso sobreviven, ellos sufren repercusiones adversas en su crecimiento y desarrollo.

Mientras que los datos muestran a las infecciones respiratorias agudas (IRA) y Diarrea/Deshidratación (DD) como causa primaria tienen proporción semejante, la DD aparece algo más frecuente (20%) que IRA (15%) como causa secundaria. Las muertes debidas a "problemas orgánicos múltiples" son muy difíciles de categorizar aún en un establecimiento clínico.

Contribuyendo a este panorama, está la presencia de la mal nutrición, que fue causa suplementaria en 80 por ciento de todas las muertes postneonatales. La fuerte asociación de la mortalidad postneonatal y mortalidad de la niñez con indicadores socioeconómicos también indican la naturaleza multicausal de esas muertes.

La interacción de IRA, DD y estado nutricional indica que estrategias exitosas para reducción adicional en mortalidad postneonatal o de la niñez deberían incluir la educación concerniente a problemas de salud prevalentes en la comunidad y métodos de prevención y control: promoción de suplementos alimenticios y nutrición apropiada tanto para la madre como para el niño, la inmunización y las medidas sanitarias como disponibilidad de agua potable y alcantarillado. Las medidas para reducción de mortalidad neonatal incluyen: control médico prenatal y la identificación de embarazos de alto riesgo para su asistencia especial durante el parto y la reducción en la incidencia de nacimientos de embarazos de alto riesgo a través del uso de planificación familiar.

9. SALUD MATERNA, INFANTIL Y DE LA NIÑEZ

En este capítulo se analiza la utilización de los servicios de salud existentes para la atención de la madre y del niño. Algunos datos sobre la utilización de los servicios de salud materna e infantil son confrontados con los resultados de la ENF-79 y ENDESA-87, aún cuando ellos no son estrictamente comparables, sin embargo, muestran importantes variaciones en el nivel de atención en los últimos diez años.

En la ENDEMAIN-89, los resultados están referidos a las respuestas para algunas preguntas sobre el control prenatal, vacunación antitetánica durante el embarazo, atención del parto, control postparto y atención del niño, de aquellas madres que a la fecha de la investigación estaban unidas y que habían tenido algún nacido vivo a partir del mes de Enero de 1984. Por lo tanto, la información se refiere al último acontecimiento obstétrico de la mujer, el cual puede haber ocurrido poco tiempo antes de la encuesta o hasta cinco años atrás. En términos generales, esta información puede ser considerada como representativa de la situación existente en el Ecuador en el último quinquenio de la década de los años '80.

9.1 Control prenatal y vacuna antitetánica

Aproximadamente, tres de cada cuatro mujeres (76.2%) actualmente unidas recibieron control prenatal durante el embarazo proporcionado por personal profesional (cuadro 9.1). Este nivel es superior al encontrado en la ENDESA-87 (69.6%) y en la ENF-79 (60.0%). Sin embargo de este importante incremento en la prestación del servicio, aún queda, a nivel nacional, un importante 23.8 por ciento de mujeres que no recibieron control alguno durante los meses de la gestación.

El nivel de cuidado prenatal profesional es bastante similar en las áreas urbanas del país (entre el 86 y 89%) y en un nivel más bajo en las áreas rurales de la sierra y costa, donde es aproximadamente de 64 por ciento.

Según el nivel de instrucción que la mujer ha alcanzado, se presenta una asociación positiva con la atención. Mientras el 90.7 y 98.5 por ciento de mujeres con algún grado de instrucción aprobado en el nivel secundario y superior, respectivamente, recibieron atención profesional durante el embarazo, solamente el 40.2 por ciento de mujeres sin instrucción se ha beneficiado de ella. Estas grandes diferencias, a pesar del progreso alcanzado en los últimos años, ilustran en forma elocuente el acceso desigual a los

beneficios de la salud y de la medicina en la sociedad ecuatoriana.

CUADRO 9.1

CONTROL PRENATAL, POR RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCION, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS.
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES CASADAS O UNIDAS CON ALGUN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1984

CARACTERISTICAS	TOTAL	RESIDENCIA						INSTRUCCIÓN			
		SIERRA			COSTA			Ninguno	Primario	Secundario	Superior
		Quito	Resto Urbano	Rural	Guayaquil	Resto Urbano	Rural				
CONTROL PRENATAL:											
Si	76.2	86.7	86.3	64.0	86.1	88.6	63.9	40.2	67.9	90.7	98.5
No	23.8	13.3	13.7	36.0	13.9	11.4	36.1	59.8	32.1	9.3	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	2998	400	328	822	389	472	587	209	1538	984	267
LUGAR DE ATENCION:											
Clínica o Méd.Priv.	43.5	38.9	48.1	30.8	52.8	53.3	42.9	23.8	34.6	48.9	66.9
Ministerio de Salud	42.2	40.9	40.3	57.4	26.6	36.4	44.0	67.9	53.3	35.3	13.3
IESS/S.S. Campesino	6.8	10.1	6.4	8.4	3.9	6.7	4.5	3.6	4.6	7.5	14.1
Junta de Benefic.	4.3	3.5	0.0	0.2	15.2	1.4	7.2	2.4	4.8	4.6	1.5
Fuerzas Armadas	0.8	1.4	1.4	0.8	0.9	0.5	0.0	0.0	0.5	0.9	1.9
Otro	2.5	5.2	3.9	2.5	0.6	1.7	1.3	2.4	2.2	2.8	2.3
MESES DE EMBARAZO AL PRIMER CONTROL:											
< 4	74.3	80.7	79.1	61.8	78.5	81.8	70.4	51.2	65.5	82.1	90.5
4 - 5	14.5	11.2	12.0	20.5	14.0	11.5	14.4	25.0	17.6	11.9	7.2
6 - 9	11.0	8.1	8.8	17.7	7.2	6.5	14.7	22.6	16.8	5.8	2.3
No recuerda	0.2	0.0	0.0	0.0	0.3	0.2	0.5	1.2	0.1	0.2	0.0
NUMERO DE CONTROLES:											
1 - 4	35.2	23.3	29.7	48.9	28.4	25.8	47.5	71.4	48.2	23.6	10.7
5 - 8	44.4	46.4	45.6	37.8	48.1	52.1	39.2	21.4	39.2	49.7	54.7
9 y más	20.0	30.0	24.7	13.1	23.3	21.3	12.8	5.9	12.4	26.2	34.2
No recuerda	0.4	0.3	0.0	0.2	0.3	0.8	0.6	1.2	0.2	0.5	0.4
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	2284	347	283	526	335	418	375	84	1004	893	263

FUENTE: ENDEMAIN-89

A nivel nacional, un poco más del 50 por ciento de la atención prenatal fue realizada en el sector público, el Ministerio de Salud tiene el 42.2 por ciento de atención. Esta institución del Estado tiene una mayor demanda de mujeres que residen en las áreas rurales y de aquellas que tienen menores niveles de instrucción. El sector privado (clínica o médico privado), tiene una alta participación en el país (43.5%), principalmente en la región de la costa, en las ciudades y

para la población femenina con mayor instrucción. El IESS y la Junta de Beneficencia tienen participación principalmente a nivel regional, el primero en la sierra y la segunda en la costa. El porcentaje de mujeres no residentes en Guayaquil, que fueron atendidas en la Junta de Beneficencia (cuya sede es únicamente en esa ciudad), se puede explicar también por los movimientos migratorios.

Aproximadamente, tres de cada cuatro mujeres se hicieron su primer control durante el primer trimestre del embarazo. Durante este período, el 80 por ciento lo hicieron mujeres del área urbana, un 65 por ciento del área rural; la mitad (51.2%) de mujeres sin instrucción y 90.5 por ciento de mujeres con instrucción superior.

Al considerar datos totales, una tercera parte de las mujeres (35.2%) se hicieron entre 1 y 4 controles durante el embarazo, el 44.4 por ciento entre 5 y 8, y un 20 por ciento 9 y más controles; esto nos indica un promedio, de 6 controles durante el embarazo, indicador que es de 6.5 y 5.0 en áreas urbanas y rurales, respectivamente. Según nivel de instrucción, las diferencias son mayores: apenas 3 controles en mujeres sin instrucción y 7 en mujeres con instrucción superior.

En el cuadro 9.2, el 41.4 por ciento de las mujeres encuestadas recibió protección con la vacuna antitetánica, porcentaje que es levemente superior al encontrado según la ENDESA-87 que fue de 38.7 por ciento. Las diferencias más importantes en los niveles de protección se encuentran según el lugar de residencia de la mujer: 18.5 por ciento en las mujeres de Quito en comparación con el 57.8 por ciento en Guayaquil, 28.0 por ciento y 67.4 por ciento en mujeres del resto urbano de la sierra y costa, respectivamente. En general, debido a la mayor incidencia de esta enfermedad en el área tropical del país, las mujeres de la costa recibieron mayor protección contra el tétanos (58%) que las de la sierra (25%).

En lo referente al nivel educativo, solamente el 21 por ciento de madres sin instrucción recibieron la vacuna en comparación con alrededor de la mitad de las madres que tienen algún año aprobado de instrucción secundaria.

La vacuna antitetánica fue administrada mayormente en mujeres que se hicieron atender durante el embarazo en la Junta de Beneficencia y en el Ministerio de Salud.

CUADRO 9.2
 VACUNACION CONTRA EL TETANOS DURANTE EL EMBARAZO, POR NUMERO DE DOSIS, SEGUN
 CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. PORCENTAJE Y DISTRIBUCION PORCENTUAL DE
 MUJERES CASADAS O UNIDAS CON ALGUN NACIDO VIVO A PARTIR DE 1984

CARACTERISTICAS	VACUNACION		NUMERO DE DOSIS					N° de Casos
	Porcentaje	N° de Casos	1	2	3	Ns/Nr	Total	
RESIDENCIA:								
Sierra								
Quito	18.5	400	55.4	39.2	5.4	0.0	100.0	74
Resto Urbano	28.0	328	51.1	41.3	6.5	0.1	100.0	92
Rural	27.9	822	49.8	41.9	7.4	0.9	100.0	229
Costa								
Guayaquil	57.8	389	42.7	50.7	6.7	0.0	100.0	225
Resto Urbano	67.4	472	34.3	54.1	11.6	0.0	100.0	318
Rural	51.5	587	41.1	48.7	9.9	0.3	100.0	302
INSTRUCCION:								
Ninguno	20.6	209	55.8	34.9	9.3	0.0	100.0	43
Primario	38.0	1538	44.1	45.8	9.6	0.5	100.0	585
Secundario	49.8	984	42.5	49.4	8.0	0.2	100.0	490
Superior	45.7	267	33.6	58.2	8.2	0.0	100.0	122
LUGAR DE ATENCION:								
Clínica o Méd. priv.	42.6	994	43.3	49.9	6.9	0.0	100.0	423
Ministerio de Salud	56.6	964	40.1	49.5	10.3	0.2	100.0	546
IESS/S.S. Campesino	38.1	155	47.5	45.8	5.1	1.7	100.0	59
Junta de Beneficenc.	61.9	97	40.0	53.3	6.7	0.0	100.0	60
Fuerzas Armadas	*	18	*	*	*	*	100.0	5
Otro	37.5	56	*	*	*	*	100.0	21
SIN CONTROL PRENATAL	17.7	714	50.8	38.9	9.5	0.8	100.0	126
TOTAL	41.4	2998	42.8	48.1	8.8	0.3	100.0	1240

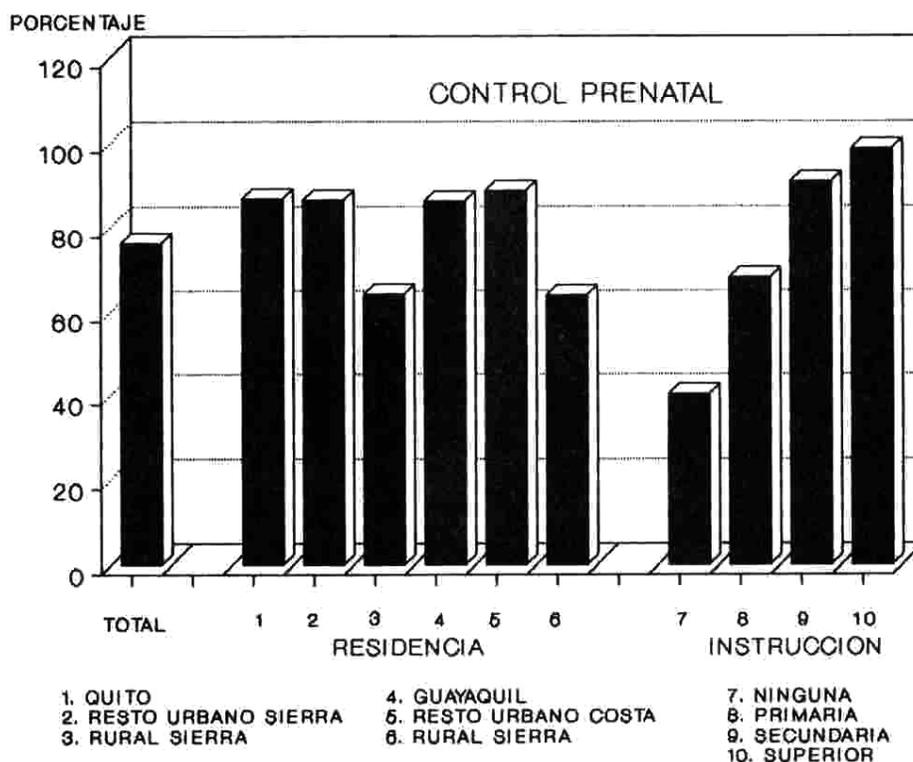
* Menos de 25 casos

FUENTE: ENDEMAIN-89

A nivel nacional, de las mujeres vacunadas, el 43 por ciento se puso sólo una dosis, el 48 por ciento dos dosis y 9 por ciento las tres dosis. No existen mayores diferencias en el número de dosis recibidas entre madres según las características socio-económicas analizadas, ni según el lugar de atención.

GRAFICO 9.1

CONTROL PRENATAL SEGUN RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCION



FUENTE: Cuadro 9.1

9.2 Atención del parto

De acuerdo con la ENDEMAIN-89, el 69 por ciento de las mujeres había tenido atención profesional (médico, obstetrix o enfermera) en el último parto, nivel de atención que es más alto al encontrado en la ENF-79 (56%) y ENDESA-87 (62%).

El patrón de atención durante el parto según área, lugar de residencia e instrucción, es muy similar al del control prenatal analizado en el numeral anterior: mayor atención profesional en el área urbana (entre un 83 y 95%) que en la rural (42 a 55%); a medida que aumenta el nivel de instrucción, se incrementa la atención profesional desde un 27.2 por ciento para mujeres sin instrucción, a un 97.5 por ciento en mujeres con instrucción superior. (cuadro 9.3).

CUADRO 9.3
LUGAR DE ATENCION DEL ULTIMO PARTO, POR RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCION. DISTRIBUCION
PORCENTUAL DE MUJERES CASADAS O UNIDAS CON ALGUN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1984

LUGAR DE ATENCION DEL ULTIMO PARTO	TOTAL	R E S I D E N C I A						I N S T R U C C I O N			
		S I E R R A			C O S T A			Ninguno	Primario	Secundario	Superior
		Quito	Resto Urbano	Rural	Guayaquil	Resto Urbano	Rural				
Ministerio de Salud	34.6	50.0	53.0	27.1	25.5	41.5	24.7	20.1	33.7	41.0	27.3
Junta de Beneficencia	8.4	3.3	0.0	0.2	40.4	3.0	11.1	3.3	7.5	10.9	7.9
IESS/SS. Campesino	4.5	10.7	6.4	1.2	5.1	5.3	2.6	0.0	1.2	7.1	16.9
Fuerzas Armadas	0.6	1.3	1.5	0.4	0.5	0.2	0.2	0.0	0.1	1.0	1.9
Clinica o Méd. privado	17.9	18.7	19.2	8.6	22.9	32.2	14.5	3.8	10.5	25.8	41.9
En casa con familiar	11.1	3.7	4.3	22.0	1.3	3.4	17.2	29.7	15.0	4.0	0.0
En casa con partera tradicional	9.5	2.0	1.5	14.7	1.8	7.4	18.6	15.3	13.5	4.4	0.7
Parto sola	5.9	2.7	2.7	15.2	0.3	1.5	4.3	20.6	8.3	0.8	0.0
En casa con comadrona o voluntaria rural	3.7	1.5	3.7	5.0	1.0	3.6	5.1	7.2	5.2	1.4	0.4
En casa con Médico obstetriz o enfermera	3.0	1.5	7.0	5.0	0.8	1.5	1.9	0.0	4.3	2.2	1.1
Otro	0.9	4.5	0.6	0.5	0.4	0.4	0.0	0.0	0.6	1.4	1.9
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	2998	400	328	822	389	472	587	209	1538	984	267

FUENTE: ENDEMAIN-89

Nuevamente se puede afirmar que a pesar del aumento de la cobertura profesional durante el parto ocurrido en el país, aún queda un 31 por ciento de mujeres que no recibieron esta necesaria atención. En el área rural, la atención no profesional está alrededor del 58 por ciento en la sierra y el 45 por ciento en la costa; en mujeres sin instrucción el 73 por ciento y en mujeres con instrucción primaria el 43 por ciento.

En el área urbana, la atención profesional del parto fue preferentemente ofrecida por el Ministerio de Salud y Junta de Beneficencia (especialmente en Guayaquil) en porcentajes que van del 53 al 66 por ciento y por la clínica o médico privado entre un 18 y 32 por ciento; en la atención no profesional participan en un 6 por ciento la partera o comadrona y en el 3 por ciento los familiares. En cambio, en el área rural, ante un bajo nivel de atención profesional suministrada principalmente por el Ministerio de Salud, son los familiares y la partera o comadrona los que ofrecen estos servicios con coberturas del 20 y 22 por ciento, respectivamente. En esta

área, cerca del 11 por ciento de madres dio a luz sin ninguna atención, problema que es más dramático en la región de la sierra (15.5%).

El nivel de instrucción de las madres está más estrechamente asociado al tipo de atención durante el parto y por lo tanto produce mayores diferenciales. En mujeres sin instrucción, la atención profesional, como se vio anteriormente, es de apenas el 27.2 por ciento; el resto es atendido por familiares en cerca del 30 por ciento, partera o comadrona en un 22.5 por ciento y parto sola en el 20.6 por ciento. En mujeres con instrucción primaria, la atención no profesional es del 15 por ciento, 18.7 por ciento y 8.3 por ciento en ese mismo orden. Todo esto contrasta con los altos porcentajes de atención profesional, (superiores al 87%) que tienen las madres con instrucción secundaria o superior.

Un indicador adicional sobre atención del parto que proporciona la encuesta, es el que se refiere al porcentaje de partos atendidos en hospitales o clínicas por medio de cesárea. Siguiendo el cuadro 9.4, a nivel nacional, el 27.1 por ciento de partos hospitalarios se realizaron por cesárea. Este indicador es más alto en la costa (32%) y en Guayaquil y Quito (35.7% y 25.3%, respectivamente). El porcentaje de atención hospitalaria de partos con cesárea esta asociado directamente con la instrucción de la madre, así lo demuestra el alto porcentaje en mujeres con instrucción superior (39.8%) y el bajo porcentaje en aquellas que no tienen ningún nivel aprobado (17.5%). Por otra parte, al considerar la edad de la madre al dar a luz su último hijo y el número de hijos nacidos vivos que ha tenido durante toda su vida, se observa que con respecto de la primera variable, los partos con cesárea no tienen mayor relación con la edad, especialmente a partir de los 20 años. Con respecto a la segunda variable, los más altos porcentajes de partos atendidos con cesárea se han realizado en madres que han tenido menos de cuatro hijos.

De acuerdo al lugar de atención del último parto, el IESS y la Junta de Beneficencia son los que presentan porcentajes de cesáreas más elevados, especialmente en el primero, en que cerca del 45 por ciento de partos atendidos lo son por ese medio.

CUADRO 9.4
 ATENCION HOSPITALARIA DEL ULTIMO PARTO CON
CESAREA, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS.
 PORCENTAJE DE MUJERES CASADAS O UNIDAS
 CON ALGUN NACIDO VIVO A PARTIR DE 1984

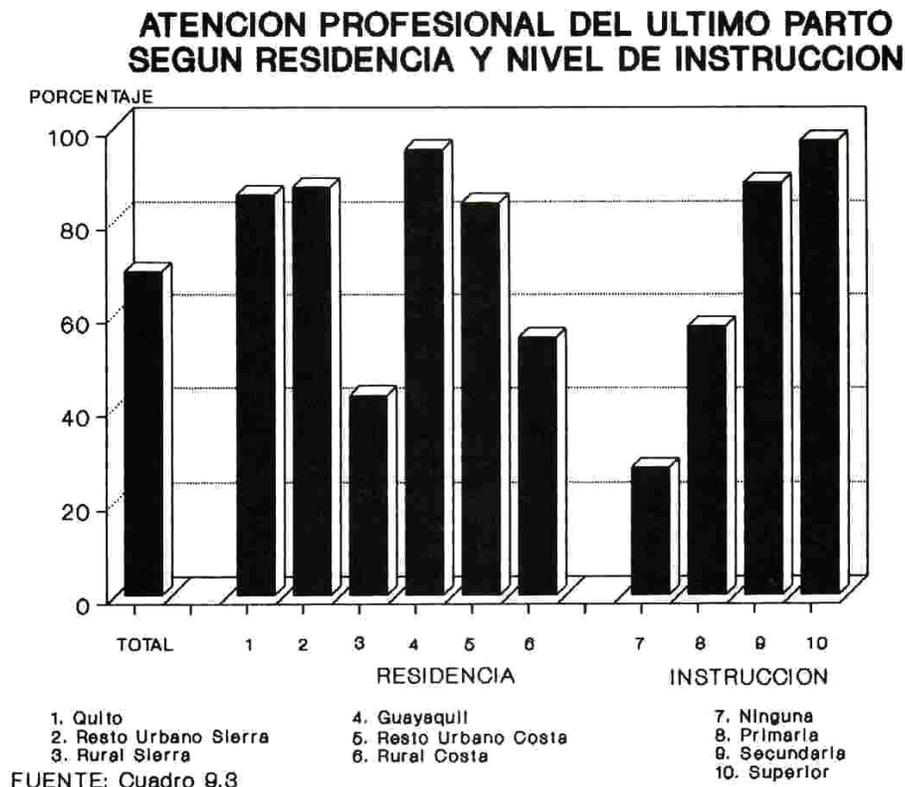
CARACTERISTICAS	PORCENTAJE	Nº DE CASOS
TOTAL	27.1	1974
RESIDENCIA:		
Sierra		
Quito	25.3	336
Resto Urbano	21.7	263
Rural	17.1	309
Costa		
Guayaquil	35.7	367
Resto Urbano	31.2	388
Rural	28.3	311
INSTRUCCION:		
Ninguno	17.5	57
Primario	18.9	817
Secundario	31.9	844
Superior	39.8	256
EDAD DE LA MADRE AL TENER EL ULTIMO HIJO NACIDO VIVO:		
< 20	22.0	189
20-24	25.5	577
25-29	27.4	552
30-34	31.0	377
35-39	29.5	200
40-49	24.0	79
NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS *:		
1	29.2	514
2	33.3	504
3	28.3	378
4	20.8	236
5	22.0	118
6 y más	15.3	223
LUGAR DE ATENCION DEL ULTIMO PARTO:		
Ministerio de Salud	19.6	1037
IESS	44.8	134
Fuerzas Armadas	**	17
Junta de Beneficencia	36.3	251
Hospital Privado	32.7	535

* Excluye 1 caso

** Menos de 25 casos

FUENTE: ENDEMAIN-89

GRAFICO 9.2



9.3 Control postparto

En el cuadro 9.5, se observa que el 45.2 por ciento de las madres investigadas se hizo controlar en los tres meses posteriores al último parto. Este nivel de atención es mayor al encontrado en la ENDESA-87 que fue de 38.1 por ciento; sin embargo, debe considerarse que en la encuesta de 1987 se registró la atención de la madre solamente en los 40 días posteriores al parto. Tampoco sería comparable con el 39 por ciento de la ENF-79, pues en ella no se especificó el tiempo transcurrido después del último parto.

Según la información de la ENDEMAIN-89, no existe mayor diferencia en el control postparto entre sierra y costa; las madres que residen en áreas urbanas tuvieron mayor control (54%) que las de residencia rural (35%). Los porcentajes de control aumentan rápidamente con el nivel de instrucción: por cada 100 madres, 20 sin ninguna instrucción y 75 con instrucción superior tuvieron control postparto.

CUADRO 9.5
CONTROL POSTPARTO, POR RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCION, SEGUN CARACTERISTICAS
SELECCIONADAS. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES CASADAS O UNIDAS CON ALGUN
HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1984

CARACTERISTICAS	RESIDENCIA											
	SIERRA				COSTA				INSTRUCCION			
	Total	Resto		Rural	Guayaquil	Resto		Rural	Ninguno	Prima-rio	Secun-dario	Superior
		Quito	Urbano			Urbano	Rural					
CONTROL POSTPARTO:												
Si	45.2	56.7	52.4	31.4	49.4	57.2	40.2	19.6	34.7	58.9	74.9	
No	54.8	43.3	47.6	68.6	50.6	42.8	59.8	80.4	65.3	41.1	25.1	
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	2998	400	328	822	389	472	587	109	1538	984	267	
LUGAR DE ATENCION:												
Clínica o Méd. privado	44.0	44.9	40.7	31.0	49.0	52.6	45.8	17.1	33.1	48.8	64.5	
Ministerio de Salud	35.5	30.4	34.9	53.9	19.3	31.5	38.6	70.7	47.7	29.5	13.0	
IESS/S.S. Campesino	6.1	8.8	9.3	3.9	4.7	5.9	5.1	2.4	2.8	7.6	11.5	
APROFE	4.5	4.0	5.8	3.5	7.3	3.3	4.2	0.0	5.4	4.5	3.0	
Junta de Beneficencia	3.5	1.8	0.0	0.0	15.1	1.5	4.2	4.9	4.5	2.9	2.0	
En Casa con Médico, obstetriz o enfermera	2.3	0.9	2.3	4.7	1.0	2.6	1.7	2.4	2.3	2.2	2.5	
CEMOPLAF	1.9	4.0	3.5	0.8	2.1	1.5	0.0	0.0	2.1	2.1	1.0	
Fuerzas Armadas	1.0	1.8	1.7	0.8	1.0	0.7	0.0	0.0	0.7	1.0	1.5	
Otro, NS/NR	1.3	3.5	1.7	1.5	0.5	0.4	0.4	2.4	1.3	1.4	1.0	
DIAS DESPUES DEL PARTO QUE RECIBIO PRIMER CONTROL:												
0-7	20.2	12.8	20.3	22.9	20.8	24.4	19.1	29.3	21.5	18.3	20.5	
8-14	20.4	15.4	16.9	14.0	22.9	30.0	22.0	14.6	16.7	22.9	24.5	
15-21	12.0	10.1	9.3	12.4	16.1	9.3	14.8	9.8	11.8	12.6	11.0	
22-28	1.9	0.9	1.2	0.4	2.6	1.9	4.2	2.4	1.9	1.5	2.5	
29-35	21.5	30.8	27.3	24.4	13.0	17.0	17.4	21.9	20.6	22.4	21.5	
36-49	6.2	5.7	7.6	7.4	7.3	4.4	5.5	0.0	4.7	6.5	10.5	
50-91	17.6	24.2	17.4	18.2	17.2	13.0	16.5	21.9	22.7	15.5	9.5	
NS/NR	0.1	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.4	0.0	0.2	0.2	0.0	
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	1355	227	172	258	192	270	236	41	534	580	200	

FUENTE: ENDEMAIN-89.

De todas las mujeres que recibieron atención postparto, la mayoría de ellas fueron atendidos en clínica o médico privado (44%) y en centros asistenciales del Ministerio de Salud (35.5%). La alta cobertura de estos sectores impera a nivel regional y por área urbana y rural, sin dejar de reconocer también la importante participación de la Junta de Beneficencia en Guayaquil. El control postparto se relaciona con la instrucción de la mujer en forma directa cuando la atención es brindada por la clínica o médico privado e inversamente cuando es el Ministerio de Salud la institución que ofrece este importante servicio.

Aproximadamente, un poco más de la mitad de los controles postparto (53%) se realizaron durante las primeras tres semanas después del último parto, no dejando de ser importante también los controles atendidos entre los 29-35 días y 50-90 días después del parto. No existen mayores diferencias al considerar el tiempo al hacerse el control y el lugar de residencia y nivel de instrucción de la madre.

9.4 Control médico del niño

Según el cuadro 9.6, la ENDEMAIN-89 nos muestra que el 84.2 por ciento de las madres llevaron a su último hijo para control médico, el mismo que prácticamente supera el 90 por ciento en áreas urbanas y entre el 72 y 80 por ciento en rurales. Por nivel de instrucción, se presenta el mismo fenómeno visto con respecto a la atención de la madre, índices más altos de control a medida que la instrucción de la madre es también más elevada, llegando casi a una cobertura completa cuando la madre ha cursado la instrucción superior (97%).

Si bien estos niveles de atención aparentan ser relativamente elevados, hay que notar que el 26 por ciento de niños fue llevado cuando estaba enfermo.

Este nuevo indicador nos muestra que a nivel nacional, el 62 por ciento de las madres llevaron a su hijo para control de niño sano,; existe mayor cobertura en la región de la sierra (71%) que en la costa (52%), tanto en área urbana como rural, y así mismo de mujeres con mayor instrucción (82.7%) comparadas con las que no han tenido ningún nivel aprobado (47.4%).

CUADRO 9.6
CONTROL DEL NIÑO SANO, POR RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCION, SEGUN CARACTERISTICAS
SELECCIONADAS. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES CASADAS O UNIDAS CON ALGUN
HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1984

CARACTERISTICAS	RESIDENCIA										
	SIERRA				COSTA				INSTRUCCION		
	Total	Quito	Resto Urbano	Resto Rural	Guaya- quil	Resto Urbano	Resto Rural	Ninguno	Prima- rio	Secun- dario	Superior
CONTROL DEL NIÑO:											
Si	84.2	92.5	91.2	80.0	88.9	90.5	72.4	67.0	78.9	92.7	97.0
No	15.8	7.5	8.8	20.0	11.1	9.5	27.6	33.0	21.1	7.3	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
Nº DE CASOS *	2997	400	328	821	389	472	587	209	1537	984	267
LUGAR DE ATENCION:											
Ministerio de Salud	62.5	50.8	63.9	84.2	48.0	51.0	61.7	87.1	74.9	52.1	28.2
Clínica o Médico priv.	30.5	34.9	28.8	12.8	42.5	44.0	32.0	10.7	20.7	38.6	58.7
IESS/S.S. Campesino	4.4	8.7	5.7	2.1	4.6	3.0	4.2	1.4	2.6	5.9	8.9
Junta de Beneficencia	1.1	1.3	0.0	0.0	3.5	1.2	1.4	0.7	0.9	1.3	1.5
Fuerzas Armadas	0.7	1.3	1.0	0.6	0.6	0.5	0.7	0.0	0.3	1.1	1.9
Otro	0.7	3.0	0.7	0.3	0.9	0.2	0.0	0.0	0.7	1.0	0.8
EDAD DEL NIÑO AL PRIMER CONTROL (Meses):											
< 1	40.8	31.3	43.5	42.0	37.3	50.3	38.3	41.4	37.6	41.6	52.5
1	31.9	42.7	32.1	33.3	32.4	26.2	25.4	22.1	29.2	35.9	35.9
2	10.5	13.2	11.0	9.7	11.6	7.7	10.6	15.0	11.8	9.3	5.8
3	8.8	6.5	9.4	7.9	10.7	8.2	10.8	4.3	11.1	8.2	2.3
4-6	4.3	3.2	2.7	3.8	4.3	4.0	7.3	7.9	5.9	2.4	1.2
7-12	3.5	2.7	1.3	3.0	3.2	3.3	7.1	8.6	4.1	2.3	2.3
NS/NR	0.3	0.3	0.0	0.1	0.6	0.2	0.5	0.7	0.3	0.3	0.0
ESTADO DE SALUD DE NIÑO:											
Enfermo	26.5	17.8	17.7	16.7	41.6	30.7	38.6	29.3	31.1	23.3	14.7
Sano	73.3	81.9	81.9	83.3	58.4	68.9	61.2	70.7	68.8	76.4	85.3
NS/NR	0.2	0.3	0.3	0.0	0.0	0.5	0.2	0.0	0.2	0.3	0.0
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	2524	370	299	657	346	427	425	140	1213	912	259

* Excluye un caso por servicio de control desconocido.

FUENTE: ENDEMAIN-89

Al analizar el control médico del niño (sano y enfermo), más del 60 por ciento lo ha cubierto el Ministerio de Salud, especialmente del área rural de las dos regiones y de madres

que no tenían ningún nivel de instrucción o escasamente el primario. El sector privado (clínica o médico privado) participa con un importante 30 por ciento de atención médica, más alto en las principales ciudades (Quito y Guayaquil), en el resto urbano de la costa y de hijos de madres con mayores niveles de instrucción.

Más del 80 por ciento de madres llevaron a su último hijo a control médico cuando el niño tenía menos de tres meses de edad,; sobresale el hecho de que la mitad de esos controles fueron realizados cuando el niño tenía menos de un mes. Aunque con una diferencia pequeña, las madres de la sierra en comparación con las de la costa, llevan a sus hijos a control médico a edades más tempranas.

9.5 Prevalencia de diarrea y su tratamiento

La diarrea aguda es un signo clínico causado por infecciones virales, bacterianas o parasitarias así como también por agentes químicos. Se caracteriza por deposiciones líquidas o flojas, y a veces se acompaña por vómito y fiebre. La manera de transmisión más común es por la contaminación fecal del agua, comida u otras causas productoras. Se puede propagar por contacto de persona a persona y está asociada generalmente con un manejo inadecuado de comidas, mala higiene personal y saneamiento pobre del medio ambiente.

De acuerdo con los datos de la encuesta, la diarrea es la causa principal de muerte en el Ecuador entre los niños menores de cinco años y es causa secundaria para otro 20 por ciento de las muertes. Es bien conocido que las muertes debidas a deshidratación, son prevenibles con la administración oportuna de terapia de rehidratación. Las estrategias para disminuir la incidencia de mortalidad debido a enfermedad diarreica incluyen las que enfrentan los factores socioeconómicos y de medio ambiente, así como las intervenciones específicas como la rehidratación oral.

En la encuesta se han obtenido datos sobre la frecuencia, severidad y tratamiento de diarrea entre niños menores de cinco años. A cada mujer entrevistada se le preguntó si sus niños menores de cinco años habían tenido diarrea durante las dos semanas anteriores a la entrevista. Para el propósito de esta encuesta, la diarrea fue definida como "un número excesivo de deposiciones líquidas en un período de por lo menos 24 horas". Si el niño había tenido diarrea la madre debía responder varias preguntas que medían la severidad del episodio más reciente y el tipo de tratamiento dado al niño, si hubo algún tratamiento.

9.5.1 Prevalencia de diarrea

El cuadro 9.7 muestra que casi el 25 por ciento de los niños menores de 5 años había tenido por lo menos un episodio de diarrea durante las dos semanas anteriores a la entrevista. La prevalencia de diarrea fue más alta en áreas rurales y en Guayaquil. Además, fue mayor entre los niños de 6 a 23 meses de edad, cuando la vía fecal-oral es el medio de transmisión más común. Estos niños también tienen una capacidad limitada de producir anticuerpos de secreción intestinal contra las enfermedades diarreicas y, por lo tanto, son altamente susceptibles a estas enfermedades. La frecuencia disminuye notablemente cuando los niños llegan a su tercer año de edad, un período en el cual están ya entrenados en el uso del baño, o en proceso de ser entrenados.

En este cuadro también se observa que la prevalencia de diarrea entre niños menores de 6 meses de edad, fue la mitad que la de los niños de 6 a 11 meses de edad. Este hallazgo sugiere la importancia de la lactancia materna como medio de protección de los niños, para enfermedades diarreicas y, que el riesgo de las mismas incrementa cuando se inicia el destete.

CUADRO 9.7
PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE TUVIERON DIARREA ALGUNA VEZ
EN LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA FECHA DE LA ENTREVISTA, POR RESIDENCIA,
SEGUN EDAD DE LOS NIÑOS

EDAD DE LOS NIÑOS	TOTAL	SIERRA			COSTA		
		Quito	Resto Urbano	Rural	Guayaquil	Resto Urbano	Rural
0 - 5 meses	22.6 (474)	15.8 (57)	23.7 (59)	24.1 (137)	23.8 (63)	21.5 (65)	23.7 (83)
6 -11 meses	41.6 (500)	44.6 (83)	29.6 (54)	44.4 (133)	42.6 (54)	38.4 (86)	44.4 (90)
1 año	36.0 (889)	31.5 (111)	34.6 (104)	42.5 (278)	40.4 (104)	23.4 (124)	35.7 (168)
2 años	24.8 (854)	23.6 (106)	27.5 (91)	27.2 (261)	29.3 (82)	17.7 (130)	23.9 (184)
3 años	15.8 (830)	12.4 (113)	9.9 (81)	17.1 (228)	19.0 (105)	10.7 (131)	20.9 (172)
4 años	12.5 (819)	8.6 (81)	13.1 (99)	11.1 (234)	8.8 (102)	10.7 (122)	18.8 (181)
TOTAL	24.7(4366)	23.0 (551)	22.9 (488)	27.2(1271)	26.1 (510)	19.1 (658)	26.6 (888)

NOTA: En este cuadro y algunos de los siguientes, los datos en paréntesis corresponden al número de casos

FUENTE: ENDEMAIN-89

De acuerdo con la literatura especializada, la lactancia materna parcial o exclusiva, ofrece protección al niño hasta el primer año de edad, ésta protección es mayor en los primeros tres meses de vida.⁹ Además, la lactancia materna exclusiva ofrece mayor protección que la lactancia parcial.

Los resultados en el país, solamente apoyan esta idea parcialmente. Entre niños nacidos desde enero de 1987, la prevalencia de diarrea fue más baja para aquellos que estaban con lactancia materna exclusiva, a la fecha de la encuesta (cuadro 9.8). Sin embargo, hubo poca diferencia en prevalencia entre niños que lactaban pero que también recibían líquidos suplementarios y/o comida y, aquellos que no lactaron. La protección suministrada por la lactancia materna exclusiva fue mayor durante los primeros cinco meses de vida, no obstante, cuando los niños tienen de 6 a 8 meses de edad, la protección dada por la lactancia exclusiva, es solamente marginal.

CUADRO 9.8
PORCENTAJE DE NIÑOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1987, QUE TUVIERON DIARREA
ALGUNA VEZ EN LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA FECHA DE LA ENTREVISTA,
POR EDAD DE LOS NIÑOS, SEGUN SITUACION DE LACTANCIA MATERNA

SITUACION DE LACTANCIA MATERNA	TOTAL	EDAD DE LOS NIÑOS (MESES)			
		0-5	6-8	9-11	12 y más
-Exclusivamente lactancia materna	20.8 (476)	18.4(435)	37.5 (32)	* (3)	* (6)
-Parcialmente lac- tancia materna	36.3(1645)	24.4(356)	30.9(350)	44.9(263)	37.0 (676)
-Sin lactancia materna	34.7(1471)	26.0 (50)	39.6 (53)	47.0(115)	33.8(1253)

* Menos de 25 casos.

FUENTE: ENDEMAIN-89

La prevalencia de diarrea entre niños menores de 5 años de edad disminuye con el incremento del nivel educativo de la madre, y el incremento del nivel socioeconómico del hogar (cuadro 9.9). Esta relación se mantiene para todas las edades y puede explicarse por el hecho de mejores prácticas en el cuidado del niño, manejo de comida y saneamiento del medio ambiente, los cuales están asociados generalmente con niveles más altos de educación y de vida.

⁹ Feachem y Koblinsky. 1984. Interventions for the Control of Diseases Among Young Children: Promotion of Breastfeeding. Bulletin of the World Health Organization.62(2): 271-291.

Pero nuevamente destaca que la prevalencia de diarrea entre todas las edades bajo cinco años, y tanto según instrucción como índice socioeconómico, es mayor en el período entre 6 meses de edad y menor de 2 años

CUADRO 9.9
 PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE TUVIERON DIARREA ALGUNA VEZ EN LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA FECHA DE LA ENTREVISTA, POR EDAD DE LOS NIÑOS, SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION E INDICE SOCIOECONOMICO DEL HOGAR

INSTRUCCION E INDICE SOCIO- ECONOMICO	TOTAL	EDAD DE LOS NIÑOS					
		0 - 5 meses	6 - 11 meses	1 año	2 años	3 años	4 años
INSTRUCCION:							
Ninguno	31.5 (340)	29.7 (37)	62.5 (32)	39.7 (63)	26.3 (57)	26.6 (79)	20.8 (72)
Primario	26.9 (313)	23.8(231)	45.6(241)	41.0(451)	26.9(465)	17.3(450)	14.5(475)
Secundario	21.5(1363)	19.9(166)	34.3(172)	31.7(312)	21.8(257)	12.3(244)	7.5(212)
Superior	16.6 (350)	20.0 (40)	34.5 (55)	17.5 (63)	21.3 (75)	3.5 (57)	3.3 (60)
TOTAL	24.7(4366)	22.6(474)	41.6(500)	36.0(889)	24.8(854)	15.8(830)	12.5(819)
INDICE SOCIO- ECONOMICO:							
Bajo	29.7(1553)	26.0(169)	51.6(155)	39.6(313)	31.2(314)	23.4(295)	15.3(307)
Medio	24.9(1714)	26.8(190)	40.7(804)	38.1(349)	20.9(326)	14.2(324)	13.7(321)
Alto	17.5(1099)	17.5(115)	31.9(141)	27.5(229)	21.5(214)	7.6(211)	5.8(191)
TOTAL	24.7(4366)	22.6(474)	41.6(500)	36.0(889)	24.8(500)	15.8(830)	12.5(819)

NOTA: Los datos en paréntesis corresponden al número de casos.

FUENTE: ENDEMAIN-89

Concomitante con lo anotado, se presenta una relación entre la prevalencia de diarrea y algunas características del hogar (cuadro 9.10). Los niños que viven en viviendas de mayor hacinamiento, cuyos servicios sanitarios son letrinas comunes o no disponen de servicio alguno, que no tienen refrigerador y, cuya fuente de agua para tomar no es protegida, tienen mayor probabilidad de haber tenido diarrea, que los niños que viven en mejores condiciones. Estos factores combinados crean un ambiente que facilita la transmisión de la enfermedad.

CUADRO 9.10
 PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE TUVIERON
 DIARREA ALGUNA VEZ EN LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA
 FECHA DE LA ENTREVISTA, SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR	PORCENTAJE CON DIARREA	Nº DE CASOS
Nº DE PERS. EN EL HOGAR:		
1 - 3	24.3	466
4 - 5	23.9	1645
6 - 7	24.0	1187
8 - 9	25.9	579
10 y más	27.9	469
Nº DE CUARTOS DE QUE DISPONE EL HOGAR:		
1	27.2	1177
2	26.7	1439
3	20.2	857
4	23.4	495
5 y más	20.9	377
FUENTE DE ABASTE- CIMIENTO DE AGUA:		
Río o acequia	30.5	601
Pozo o aljibe	29.2	548
Red pública (fuera del edificio)	26.3	76
Red pública (fuera de la vivienda)	25.0	464
Carro tanquero	24.7	381
Pila pública	22.0	150
Red pública (dentro de la vivienda)	22.0	2091
Otro	21.2	33
SERVICIO HIGIENICO:		
Ninguno	29.1	1157
Letrina	28.3	963
Servicio higiénico fuera de la vivienda	24.7	445
Servicio higiénico dentro de la vivienda	19.8	1757
Otro	*	24
REFRIGERADOR:		
No	27.3	2874
Si	19.6	1472
COMBUSTIBLE UTILIZADO PARA COCINAR:		
Leña o carbón	30.3	1189
Kerex	27.8	72
Gas	22.5	3042
Otro	23.1	39
TOTAL:	24.7	4346

FUENTE: ENDEMAIN-89

El cuadro 9.11 presenta los síntomas de severidad de la diarrea, que se correlacionan con la deshidratación producida por esta enfermedad.

CUADRO 9.11
 PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE TUVIERON DIARREA ALGUNA VEZ EN LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA FECHA DE LA ENTREVISTA, POR ALGUNOS SINTOMAS QUE PRESENTARON, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	SINTOMAS PRESENTADOS					Nº DE CASOS
	Sangre/ moco en la deposición	Piel seca y arrugada	Ojos secos y hundidos	Mollera hundida	Labios secos	
RESIDENCIA:						
Sierra						
Quito	35.4	23.6	47.2	7.9	44.9	(127)
Resto urbano	31.3	21.4	43.7	18.7	42.0	(112)
Rural	36.4	40.2	50.0	18.8	50.3	(346)
Costa						
Guayaquil	32.3	21.0	37.6	9.8	36.8	(133)
Resto urbano	34.1	26.2	42.1	11.9	36.5	(126)
Rural	39.8	35.2	50.4	13.1	48.3	(236)
EDAD DE LOS NIÑOS:						
0 - 5 meses	37.4	25.2	24.3	15.9	29.9	(107)
6 - 11 meses	37.0	24.5	45.7	18.7	44.7	(208)
1 año	35.6	36.9	51.6	13.7	47.5	(320)
2 años	33.5	31.1	49.1	14.6	49.1	(212)
3 años	29.8	29.0	48.9	9.2	42.7	(131)
4 años	44.1	36.3	49.0	11.8	49.0	(102)
NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE:						
Ninguno	43.0	36.5	54.2	18.7	52.3	(107)
Primario	36.0	36.5	52.7	16.2	50.0	(622)
Secundario	35.8	22.9	36.5	9.9	37.2	(293)
Superior	19.0	6.9	19.0	8.6	19.0	(58)
NIVEL SOCIOECONOMICO:						
Bajo	39.2	38.5	53.7	18.4	53.7	(462)
Medio	32.9	28.0	44.7	12.5	41.9	(425)
Alto	33.7	20.7	34.2	8.8	31.6	(193)
TOTAL	35.7	31.2	46.7	14.3	45.1	(1080)

FUENTE: ENDEMAIN-89

La deshidratación y sus complicaciones resultantes, tales como la falla orgánica y acidosis, son las causas principales de morbilidad y mortalidad entre niños con diarrea. Entre los síntomas, presentados en el cuadro 9.11, están piel seca y arrugada, ojos hundidos y secos, y labios secos, los cuales

son indicadores de deshidratación aguda. Sangre y/o moco en la deposición es un indicador de la causa de la diarrea viral versus bacteriana o parasitaria (amebas). En casos extremos de deshidratación, la mollera hundida es un indicador de la gravedad del niño. Sin embargo, la presencia de este dato en niños mayores de dos años, cuando la fontanela está cerrada, demuestra una inconsistencia en las respuestas proporcionadas por las madres.

En general, la etiología primaria de diarrea infantil es por naturaleza viral. Sin embargo, los resultados de la encuesta demuestran que un 36 por ciento de los niños con diarrea habían tenido sangre y/o moco en sus deposiciones, lo que sugiere que el episodio reciente de diarrea fue de origen bacteriano o parasitario y, por lo tanto, no autolimitante.

Los niños que presentaron piel seca y arrugada (31%), ojos secos y hundidos (47 %), y labios secos (45 %), debían haber sido tratados con terapia de rehidratación. Es interesante notar, que un porcentaje menor de madres de niños más jóvenes, reportaron la presencia de estos síntomas, en relación a las madres de niños mayores. Clínicamente, los niños menores de 12 meses de edad presentan señales menos evidentes de deshidratación que los niños mayores. Por lo tanto, las madres necesitan respaldarse en otros factores tales como la voluntad del niño para alimentarse y la actividad del niño como una manifestación de la severidad de la deshidratación.

Los datos del cuadro 9.11 demuestran que las madres con mayor educación y aquellas con un nivel socio-económico más alto, declararon en menor proporción síntomas asociados con deshidratación severa. Este hallazgo sugiere que estas mujeres pueden tener un mejor conocimiento del proceso de la enfermedad y, como resultado, reconocen y tratan la enfermedad de su niño antes de que se presenten síntomas de deshidratación severa.

9.5.2 Tratamiento de diarrea

A la madre de cada niño que había tenido diarrea en las dos semanas previas a la entrevista, se le preguntó: ¿qué hizo para tratar la enfermedad?. El propósito fue determinar hasta qué punto se proporcionó un tratamiento efectivo y, cuál fue el alcance en el caso de un tratamiento inapropiado. El 86 por ciento de los niños tuvo tratamiento en su episodio más reciente de diarrea (cuadro 9.12).

CUADRO 9.12
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN SU
EPISODIO MAS RECIENTE DE DIARREA, POR TRATAMIENTO, SEGUN
CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	SIN TRATA- MIENTO	CON TRATAMIENTO			TOTAL	Nº DE CASOS
		En casa	Consultorio médico o Cen- tro de Salud	Ambos		
RESIDENCIA:						
Sierra						
Quito	11.8	34.7	45.7	7.9	100.0	(127)
Resto urbano	11.6	36.6	50.0	1.8	100.0	(112)
Rural	20.2	38.1	39.9	1.7	100.0	(346)
Costa						
Guayaquil	9.8	48.1	41.3	0.7	100.0	(133)
Resto urbano	11.1	38.9	46.0	4.0	100.0	(126)
Rural	11.0	52.1	34.7	2.1	100.0	(236)
EDAD DE LOS NIÑOS:						
0 - 5 meses	23.4	29.9	43.9	2.8	100.0	(107)
6 - 11 meses	12.5	35.1	50.0	2.4	100.0	(208)
1 año	12.8	40.3	44.1	2.8	100.0	(320)
2 años	10.4	46.7	39.6	3.3	100.0	(212)
3 años	15.3	54.2	29.0	1.5	100.0	(131)
4 años	16.7	48.0	32.3	2.9	100.0	(102)
NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE:						
Ninguno	25.2	38.3	35.5	0.9	100.0	(107)
Primario	12.1	46.1	39.7	2.1	100.0	(622)
Secundario	13.7	36.9	45.7	3.7	100.0	(293)
Superior	15.5	29.3	48.3	6.9	100.0	(58)
INDICE SOCIOECO- NOMICO:						
Bajo	17.5	42.0	39.0	1.5	100.0	(462)
Medio	12.2	44.5	40.7	2.6	100.0	(425)
Alto	9.3	36.3	48.7	5.7	100.0	(193)
DURACION DE LA DIARREA (DIAS)*:						
0 - 1	26.1	44.8	26.1	3.0	100.0	(134)
2 - 3	12.2	50.1	35.8	1.9	100.0	(517)
4 - 7	10.9	35.0	51.0	3.1	100.0	(257)
8 - 14	14.6	25.1	56.1	4.1	100.0	(171)
TOTAL	14.0	41.9	41.4	2.7	100.0	(1080)

* Excluye un caso en que se desconoce la duración del episodio.

FUENTE: ENDEMAIN-89

Las madres de niños menores de 6 meses de edad, que viven en áreas rurales de la sierra, las madres sin educación formal, de hogares con nivel socio-económico bajo y a cuyos niños les comenzó su diarrea el día de la entrevista o el día anterior, fueron las que en menor proporción dieron un tratamiento a sus niños.

Es similar el porcentaje de niños que fueron tratados en el hogar y aquellos que fueron atendidos en un centro de salud o un consultorio médico. Las madres con un nivel educativo más alto y las madres con niños menores de dos años de edad fueron las que en mayor proporción buscaron tratamiento en un centro médico. Además, una proporción más alta de madres que residen en la sierra utilizaron un centro de salud, que las madres que viven en la costa. El acudir por tratamiento a un centro de salud estuvo también positivamente asociado con la duración de la diarrea en los niños.

La presencia de varios síntomas asociados con la deshidratación fue también un factor para la búsqueda de cuidado en un centro de salud (cuadro 9.13). Del 50 al 60 por ciento de los niños que presentaban estos síntomas fueron tratados exclusivamente en un centro de salud o en el hogar y en el centro de salud. El tratamiento solamente en el hogar, de los niños que presentaban síntomas asociados con deshidratación, sugiere que la diarrea pudo no haber sido severa, o si lo fue, se trató eficazmente.

CUADRO 9.13
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE TUVIERON UN EPISODIO RECIENTE DE DIARREA, POR TRATAMIENTO, SEGUN SINTOMAS PRESENTADOS.

SINTOMAS	SIN TRATAMIENTO	CON TRATAMIENTO			TOTAL	Nº DE CASOS
		En casa	En Consultorio Médico o Centro de salud	Ambos		
Sangre/ Moco en la deposición	10.4	36.5	49.7	3.4	100.0	(386)
Piel seca y/o arrugada	11.3	33.2	53.4	2.1	100.0	(337)
Ojos hundidos y secos	8.3	41.5	48.2	2.0	100.0	(504)
Mollera hundida	7.1	34.2	57.4	1.3	100.0	(155)
Labios secos	8.0	41.1	49.3	1.6	100.0	(487)

FUENTE: ENDEMAIN-89

Como consta en el cuadro 9.14, la terapia de rehidratación oral (sobres de sales de rehidratación oral y/o soluciones caseras) fueron los métodos primarios de tratamiento. Rehidratación intravenosa fue dada en sólo el 3 por ciento de los casos, lo cual sugiere que hay accesibilidad limitada a esta forma de tratamiento, o que las madres carecen de un conocimiento sobre los tipos de terapia administrados en la clínica u hospital.

La segunda forma de tratamiento más importante son los antidiarreicos. La auto medicación con antidiarreicos es importante ya que muchas madres usan estos medicamentos sin conocer sus efectos adversos. Los antidiarreicos disminuyen el proceso natural de limpieza intestinal durante la enfermedad diarreica y ponen al niño en riesgo de adquirir una sobre infección intestinal. En resumen, el uso de antidiarreicos para el tratamiento de enfermedades diarreicas y sus secuelas, debe ser prescrito por médicos.

Aproximadamente un tercio de los niños fueron tratados con antibióticos. El uso de antibióticos no es siempre indicado porque no son efectivos contra los virus, que son la causa principal de la diarrea. Además, los antibióticos pueden alterar la flora intestinal y pueden llegar a producir un aumento desmesurado de microorganismos, los cuales son resistentes a la terapia antibiótica.

Las madres reportaron el uso de tratamientos tradicionales en el 13 por ciento de las enfermedades diarreicas. Esto sumado al 47 por ciento que reportó haber usado "soluciones caseras", evidencia el hecho de que las madres se respaldan su propio conocimiento y experiencia, para tratar en sus hogares más de la mitad de los casos de diarrea.

La hospitalización representa solamente un 3 por ciento de todos los tipos de tratamiento de diarrea. Este bajo porcentaje de enfermedad diarreica tratada en el hospital sugiere el éxito de la terapia de rehidratación oral en el hogar o la habilidad de profesionales de salud en manejar con éxito la diarrea y deshidratación en un paciente de consulta externa sin recurrir a hospitalización. Además, el porcentaje bajo de hospitalizaciones tal vez refleja el acceso pobre a cuidados de salud en áreas donde las enfermedades diarreicas tienden a ser más frecuentes y severas, como las áreas rurales de la costa.

El tipo de tratamiento suministrado a niños difiere de acuerdo con las diversas variables de información básica (cuadro 9.14). El enfoque de análisis aquí presentado, es el uso de la terapia de rehidratación oral, el tratamiento preferido en la mayoría de casos de diarrea, y el uso de antibióticos y antidiarreicos, (los cuales no son indicados en la mayoría de

casos de diarrea). Con respecto de la terapia de rehidratación oral, el uso de sobres de sales de rehidratación oral (SRO) está asociado positivamente con el nivel educativo de la madre y su nivel socio-económico, mientras que el uso de soluciones caseras lo está inversamente con estas variables.

CUADRO 9.14
PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE TUVIERON EPISODIO DE DIARREA EN LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENTREVISTA, POR TRATAMIENTO RECIBIDO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO RECIBIDO								N° DE CASOS
	Suero de Rehidratación Oral (SRO)	Agüitas caseras	Tratamiento endovenoso	Medicina Antibióticos*	Antidiarreicos	Remedios tradicionales (vago)	Hospitalización		
EDAD DE LOS NIÑOS:									
0 - 5 meses	23.2	47.6	2.4	35.4	56.1	20.7	7.3	3.7	(82)
6 - 11 meses	30.2	44.5	3.3	37.9	59.3	24.2	9.3	3.3	(182)
1 año	30.8	46.2	3.2	32.0	58.1	25.5	10.4	2.5	(279)
2 años	30.0	48.9	3.2	31.6	55.3	25.8	16.3	4.2	(190)
3 años	18.0	43.2	1.8	26.1	44.1	36.0	16.2	0.0	(111)
4 años	30.1	56.6	2.4	28.9	43.4	36.1	16.9	2.4	(83)
NIVEL INSTRUCCION DE LA MADRE:									
Ninguno	28.7	46.3	2.5	28.7	57.5	36.3	16.3	3.7	(80)
Primario	24.4	50.1	2.7	29.2	52.5	29.5	12.1	2.9	(545)
Secundario	34.8	42.3	3.9	40.3	55.7	21.7	12.7	2.4	(253)
Superior	36.7	40.8	0.0	32.7	67.3	12.2	8.2	2.0	(49)
INDICE SOCIO-ECONOMICO:									
Bajo	25.3	50.9	2.9	30.3	53.0	31.4	13.2	2.6	(379)
Medio	27.6	45.3	3.2	32.5	54.2	27.6	12.3	3.2	(373)
Alto	36.0	42.9	2.3	36.6	58.9	16.6	10.9	2.3	(175)
DURACION DE DIARREA (EN DIAS):									
0 - 1	23.2	46.5	2.0	23.2	49.5	21.2	8.1	2.0	(99)
2 - 3	22.8	48.7	2.4	27.5	51.3	28.1	14.2	1.8	(452)
4 - 7	34.5	45.9	3.9	40.2	57.2	25.3	11.3	2.6	(229)
8 - 14	39.0	44.5	3.4	41.8	64.4	30.8	11.6	6.9	(146)
LUGAR DE ATENCION:									
En casa	15.0	56.4	1.8	11.5	32.1	32.5	12.6	0.2	(452)
Consultorio Médico o Centro de Salud	40.8	36.8	4.3	52.5	77.1	22.4	11.9	5.4	(446)
Ambos	41.1	62.1	0.0	48.3	58.6	13.8	17.2	3.5	(29)
TOTAL	28.3	47.1	2.9	32.4	54.6	27.1	12.4	2.8	(927)

* Excluye un caso
FUENTE: ENDEMAIN-89

Adicionalmente, el uso de SRO se incrementó a medida que la duración de la diarrea del niño aumenta, mientras el uso de soluciones caseras no cambió significativamente con un incremento en la duración. Debe notarse que más de un 40 por ciento de madres empezó a dar las soluciones caseras a sus niños en el día inicial o subsecuente en que la diarrea había comenzado. Si un niño fue llevado a un centro de salud fue un factor importante en el uso de SRO. Un niño que fue tratado en el centro de salud tuvo 2.5 veces más probabilidad de ser tratado con SRO que el niño que fue tratado solamente en el hogar. No obstante, de esos niños tratados solamente en el hogar al 56 por ciento se le dio las soluciones caseras.

El patrón de uso de los antibióticos y antidiarréicos fue similar al de SRO. El que casi un tercio de los niños fuera tratado con antibióticos, sugiere que hubo un mal uso o abuso considerable de este medicamento. El hecho de que más de tres cuartas partes del total de niños que fueron tratados en un centro de salud se les recetó antidiarréicos, sugiere que los profesionales de salud que atienden estos centros desestiman los efectos nocivos de estas preparaciones en el tratamiento de la diarrea.

9.5.3 Razones para no haber dado tratamiento en caso de diarrea

Al 14 por ciento de los niños que tuvo diarrea en las dos semanas anteriores a la entrevista, no se les dio tratamiento. De estos niños, el 58 por ciento no fue tratado porque sus madres dijeron que "no era necesario", o que el episodio reciente de diarrea "no era severo" (cuadro 9.15). Un 21 por ciento adicional no recibió tratamiento porque sus madres se descuidaron en darle. El 20 por ciento no fue tratado por razones asociadas con la accesibilidad de los servicios de cuidado de salud o medicamentos, tales como, la falta de dinero (9 %), incapacidad de llevar al niño al centro de salud (9 %), y, la falta de medicamentos en el hogar (2 %). Las madres con un nivel educativo más alto dijeron en mayor proporción "que no era necesario" tratar la diarrea de su niño, mientras que las mujeres de menor nivel educativo fueron las que más declararon razones asociadas con accesibilidad como razón para no haberle dado tratamiento (datos no presentados). Cuando la diarrea duró menos de 4 días, aproximadamente un 75 por ciento de madres declaró no haberle dado tratamiento.

CUADRO 9.15
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN SU
EPISODIO MAS RECIENTE DE DIARREA, POR DURACION DE LA DIARREA,
SEGUN RAZONES POR LAS QUE NO FUERON TRATADOS

RAZONES PARA NO DAR TRATAMIENTO	TOTAL	DURACION DE LA DIARREA (EN DIAS)			
		0 - 1	2 - 3	4 - 7	8 - 14
-No era necesario, no era severa la diarrea	58.3	77.1	73.0	32.1	24.0
-Descuido, no tuvo tiempo	21.2	14.3	14.3	35.7	32.0
-Dificultad económica	8.6	2.9	6.3	10.7	20.0
-No pudo llevar al niño al Centro de Salud	8.6	2.9	3.2	17.9	20.0
-No tenía remedio en casa	2.0	0.0	3.2	3.6	0.0
-Otro	1.3	2.9	0.0	0.0	4.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº DE CASOS	(151)	(35)	(63)	(28)	(25)

FUENTE: ENDEMAIN-89

9.5.4 Alimentación de los de niños con diarrea

En el estudio de enfermedades diarreicas, resulta de gran interés examinar el tipo de alimentación que los niños recibieron en su último episodio de diarrea, para determinar cuan apropiada fue la dieta proporcionada.

Las opiniones varían respecto de las instrucciones que las madres deben recibir para las dietas de sus hijos durante las enfermedades diarreicas. La mayoría de pediatras está de acuerdo en que un incremento de líquidos y la alimentación con comidas blandas para las primeras 24 horas de la enfermedad, es lo mejor. El criterio es que, las infecciones intestinales agudas alteran la mucosa del intestino causando una mala absorción de alimentos sólidos y pérdida de agua, mientras que la alimentación de comidas blandas y un incremento de líquidos permite un período de curación durante el cual la mucosa intestinal pueda regenerarse.

Los niños menores de 24 meses pueden deshidratarse rápidamente y/o desnutrirse, por lo tanto, los clínicos tienen cuidado en no restringir las calorías por largos períodos en estos grupos de edad. Los niños menores de 12 meses de edad generalmente deben ser mantenidos con leche materna o de fórmula láctea durante los episodios agudos de enfermedad diarreica, a menos que la frecuencia de deposiciones se haga excesiva o que la salud del niño se deteriore.

En el cuadro 9.16 se observa que el 52 por ciento de las madres continuaron alimentando a sus niños con una dieta normal durante la enfermedad diarreica reciente. El 44.7 de ellas incrementó los líquidos. La proporción de niños que siguió con una dieta normal aumentó a medida que la edad del niño se incrementaba, pero disminuía a medida que la duración de la diarrea del niño era mayor. Las madres de un nivel educativo más alto fueron las que modificaron más las dietas de sus niños, que las madres de un nivel educativo más bajo. Esto también fue igual para las madres que llevaron a su niño a un centro de salud, comparadas con las madres que trataron sus niños solamente en casa.

El 33 por ciento de estas madres, sustituyeron la dieta normal por una comida blanda y, la mayoría de estas (71 %), también incrementaron los líquidos. El 15 por ciento de las madres administró menos comida, pero el 74 por ciento de ellas también aumentó los líquidos. Solamente el 3 por ciento de las madres incrementó la frecuencia de alimentación.

Solamente el 45 por ciento de las madres incrementó líquidos, este hallazgo sugiere que algunas madres no relacionan la diarrea y la deshidratación con una pérdida neta de agua, que a su vez necesita un incremento en el consumo total de líquidos. Las madres sin educación formal alguna, fueron las que menos incrementaron líquidos durante el episodio reciente de enfermedad diarreica de sus niños.

En resumen, las madres con nivel educativo más alto y las que llevaron a sus niños a un centro de salud para su tratamiento fueron las que más modificaron la alimentación de sus niños e incrementaron líquidos. No obstante, independiente del nivel educativo, la mitad del total de madres no hizo cambios en la dieta y, de estas mujeres, el 28 por ciento incrementó el consumo de líquidos. Existe obviamente una necesidad de enfatizar la importancia de una dieta apropiada e incrementar el consumo de líquidos durante enfermedades diarreicas agudas.

CUADRO 9.16
 PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN SU EPISODIO MAS RECIENTE DE DIARREA,
 POR TIPO DE ALIMENTACION, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	TIPO DE ALIMENTACION							Nº DE CASOS
	Dieta normal	Solo alimentos suaves	Menos comida	Comida más frecuente	Aumentó líquidos	Solo leche materna	Suspendió la leche	
EDAD DE LOS NIÑOS:								
0 - 5 meses	39.0	7.3	4.9	0.0	31.7	57.3	7.4	(82)
6 - 11 meses	45.6	36.3	16.5	3.3	41.8	25.8	17.0	(182)
1 año	50.5	40.1	15.4	2.1	48.4	10.4	12.5	(279)
2 años	55.3	34.2	15.8	3.7	47.4	3.7	14.7	(190)
3 años	64.9	29.7	15.3	4.5	39.6	0.0	9.0	(111)
4 años	61.5	28.9	14.5	3.6	51.8	2.4	7.2	(83)
DURACION DE LA DIARREA:								
0 - 1	55.6	25.3	12.1	2.0	34.3	14.1	5.0	(99)
2 - 3	53.8	33.6	14.2	3.3	45.3	13.7	12.2	(452)
4 - 7	49.8	33.6	13.5	2.6	46.3	12.2	12.2	(229)
8 - 14	49.3	35.6	19.2	2.7	46.6	18.5	19.2	(146)
NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE:								
Ninguno	58.7	26.3	11.3	1.3	22.5	18.7	6.3	(80)
Primario	57.1	28.1	14.5	2.7	42.6	13.9	9.7	(545)
Secundario	42.7	43.5	18.2	3.9	56.9	13.0	18.6	(253)
Superior	36.7	44.9	4.1	2.0	40.8	16.3	22.5	(49)
LUGAR DE ATENCION:								
En casa	60.4	24.8	12.2	4.0	40.5	10.8	8.4	(452)
Consultorio médico								
o Centro de Salud	43.9	41.7	17.3	1.6	48.0	17.3	16.4	(446)
Ambos	51.7	27.6	13.8	6.9	58.6	20.7	17.2	(29)
TOTAL	52.2	33.0	14.7	2.9	44.7	14.2	12.5	(927)

FUENTE: ENDEMAIN-89

9.5.5 Conocimiento y uso de suero de rehidratación oral (SRO)

A excepción de niños que no pueden tomar comidas y líquidos oralmente, la terapia de rehidratación oral es el tratamiento indicado para la deshidratación que resulta de una enfermedad diarreica aguda. En años recientes, el Ministerio de Salud del Ecuador ha promocionado el uso de suero de rehidratación oral (SRO) y, existía el interés de evaluar el impacto de las acciones realizadas con respecto del conocimiento y uso de SRO entre madres con niños menores de 5 años de edad.

El 91 por ciento de las mujeres reconocieron un sobre de SRO que fue mostrado durante el curso de la entrevista y sabían el propósito de su uso (cuadro 9.17). Las mujeres rurales, mujeres sin educación formal, y de 15 a 19 años de edad fueron las que en menor proporción reconocieron el sobre de SRO o conocían el propósito del mismo.

CUADRO 9.17
 PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 - 49 AÑOS, CON HIJOS ACTUALMENTE VIVOS (A LA FECHA DE LA ENTREVISTA) MENORES DE 5 AÑOS, POR CONOCIMIENTO Y USO DE SUERO DE REHIDRATAACION ORAL (SRO), SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERIS- TICAS	PORCENTAJE QUE:			
	Conoce para que sirve el SRO	Ha tenido en casa SRO	Tiene actualmen- te en casa SRO	Usó alguna vez el SRO
RESIDENCIA:				
Sierra				
Quito	95.3 (551)	74.1 (525)	20.0 (389)	84.3 (389)
Resto urbano	93.7 (488)	73.5 (457)	15.8 (336)	85.4 (336)
Rural	83.6(1271)	82.1(1063)	18.4 (873)	87.2 (873)
Costa				
Guayaquil	97.7 (510)	83.1 (498)	19.6 (414)	86.7 (414)
Resto Urbano	97.0 (658)	75.2 (638)	17.7 (480)	82.7 (480)
Rural	87.0 (888)	75.7 (773)	11.8 (585)	83.9 (585)
NIVEL DE INSTRUC- CION DE LA MADRE:				
Ninguno	65.6 (340)	79.8 (223)	14.6 (178)	86.0 (178)
Primario	90.3(2313)	78.3(2089)	15.7(1636)	86.8(1636)
Secundario	95.5(1363)	79.2(1301)	18.5(1030)	84.0(1030)
Superior	97.4 (350)	68.3 (341)	23.6 (233)	79.4 (233)
EDAD DE LA MADRE:				
15 - 19	85.0 (300)	59.2 (255)	17.2 (151)	80.8 (151)
20 - 24	91.0(1062)	77.9 (966)	17.5 (753)	87.0 (753)
25 - 29	92.5(1259)	80.1(1164)	17.4 (933)	85.6 (933)
30 - 34	91.8 (876)	79.9 (804)	15.3 (642)	84.4 (642)
35 - 39	87.5 (562)	76.6 (492)	16.5 (377)	83.5 (377)
40 - 44	88.6 (236)	80.4 (209)	23.2 (168)	87.5 (168)
45 - 49	90.1 (71)	82.8 (64)	15.1 (53)	81.1 (53)
EDAD DE LOS NIÑOS:				
< 1 año	86.7 (974)	66.8 (844)	19.1 (564)	82.8 (564)
1 año	90.5 (889)	74.8 (805)	20.9 (602)	86.5 (602)
2 años	91.9 (854)	82.2 (785)	17.2 (645)	85.1 (645)
3 años	91.8 (830)	82.7 (762)	13.8 (630)	86.7 (630)
4 años	92.5 (819)	83.9 (758)	14.9 (636)	84.9 (636)
TOTAL	90.6(4366)	77.8(3954)	17.1(3077)	85.3(3077)

FUENTE: ENDEMAIN-89

Casi el 78 por ciento de las mujeres respondió que había tenido sobres de SRO en sus hogares alguna vez en el pasado, pero solamente el 17 por ciento dijo que tenía, a la fecha de la entrevista, sobres en su hogar. Las mujeres urbanas, mujeres con un nivel educativo más alto, y las que tenían niños menores de 2 años de edad, fueron las que reportaron en mayor proporción tener sobres de SRO en sus hogares a la fecha de la entrevista.

A las madres que conocían el propósito del SRO pero que nunca lo habían utilizado se les preguntó la razón de no haberlo usado. El 40 por ciento respondió que la diarrea de su niño no fue lo suficientemente severa para justificar su uso (cuadro 9.18). Otro 31 por ciento respondió que nunca se le prescribió el SRO. Otras razones dadas para no haber utilizado el SRO incluían: "al niño no le gusta" (8 %), "no efectivo" (7 %), y "no disponible" (5 %). Las madres con un nivel educativo más alto respondieron en su mayoría que la diarrea de sus niños no era lo suficientemente severa para justificar el uso de SRO, mientras que las madres sin educación formal fueron las que en mayor proporción declararon que la razón por la cual nunca usaron SRO, fue porque nunca les había sido prescrito.

CUADRO 9.18
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE
CONOCIAN EL PROPOSITO DEL SRO, POR NIVEL DE INSTRUCCION, SEGUN
RAZONES PARA NO HABER USADO EL SRO

RAZONES PARA NO HABER USADO SRO	TOTAL	NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE			
		Ninguno	Primario	Secundario	Superior
-No era necesario, no era severa la diarrea	40.3	15.7	37.5	44.5	51.9
-No le prescribieron	31.5	52.9	29.7	31.0	30.8
-No le gusta al niño	8.1	2.9	9.9	8.3	2.6
-No efectivo, no tiene confianza al SRO	7.0	5.7	8.4	5.7	5.1
-No disponible, difícil de conseguir	5.4	11.4	6.9	2.7	3.9
-Prefiere usar otros remedios	3.4	0.0	2.7	4.6	4.5
-Olvido utilizarlos	1.5	2.9	2.1	0.9	0.0
-No sabe donde obtenerlos	0.8	2.9	0.7	0.9	0.0
-Otros	2.0	5.6	2.1	1.4	1.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº DE CASOS	(1331)	(70)	(669)	(436)	(156)

FUENTE: ENDEMAIN-89

9.6 Prevalencia de Infección Respiratoria Aguda (IRA)

De acuerdo a la información de la encuesta, la infección respiratoria aguda es la causa mayor de morbilidad y la segunda causa de muerte en el Ecuador entre niños menores de 5 años de edad. En general, los niños experimentan de cinco a diez episodios de enfermedad respiratoria aguda cada año, de los cuales el 95 por ciento son de origen viral. La severidad de una enfermedad respiratoria aguda (IRA) varía de un simple resfrío a un desarrollo viral progresivo o neumonía viral.

Los múltiples síntomas asociados con IRA también varían notablemente, desde rinitis (inflamación de la membrana de las mucosas de la nariz) a taquipnea respiración excesivamente rápida, retracciones y cianosis o coloración azulada de la piel debido a una deficiente oxigenación de la sangre. La enfermedad en niños más jóvenes, a menudo requieren hospitalización debido a la severa dificultad respiratoria, que necesita de terapia de oxígeno.

9.6.1 La Frecuencia de IRA

A las madres de niños menores de 5 años de edad se les preguntó cuántas veces habían estado enfermos sus niños, con un resfrío, gripe u otros problemas respiratorios en los últimos tres meses. El 37 por ciento de las madres reportó que sus niños no tuvieron episodio de IRA en los últimos tres meses (cuadro 9.19).

El 54 por ciento reportó que sus niños habían sufrido de 1 a 3 episodios, mientras que menos del 9 por ciento informó que sus niños estuvieron con este tipo de enfermedad, 4 ó más veces. En promedio, los niños sufrieron 1,4 episodios durante el período, lo cual significaría una proporción de 5,6 episodios por año. El número promedio de episodios varía muy poco de acuerdo con el lugar de residencia, de 1,2 episodios entre los niños residentes en áreas urbanas de la sierra (excluye Quito) a 1,5 episodios en las áreas rurales de la costa y en Guayaquil.

CUADRO 9.19
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE REPORTARON
EPISODIOS DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN LOS TRES MESES ANTERIORES
A LA ENTREVISTA, POR RESIDENCIA, SEGUN NUMERO DE EPISODIOS

NUMERO DE EPISODIOS	TOTAL	RESIDENCIA					
		SIERRA			COSTA		
		Quito	Resto Urbano	Rural	Guayaquil	Resto Urbano	Rural
Ninguno	37.3	36.5	44.5	43.3	26.1	35.7	33.1
1	24.7	29.0	24.0	19.0	34.3	26.6	23.4
2	18.8	18.9	17.6	17.2	19.6	19.3	20.8
3	10.3	7.1	7.4	11.3	11.2	9.3	12.7
4	3.9	3.5	2.0	3.7	4.1	4.3	4.8
5	2.1	2.0	1.6	2.7	2.0	1.8	1.7
6 y más	2.5	2.4	2.3	2.3	2.5	2.9	2.6
No recuerda	0.5	0.7	0.6	0.5	0.2	0.1	0.8
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Promedio de episodios	1.4	1.3	1.2	1.3	1.5	1.4	1.5
Nº DE CASOS	(4366)	(551)	(488)	(1271)	(510)	(658)	(888)

FUENTE: ENDEMAIN-90

A las madres de los niños que habían sufrido de una IRA en los últimos tres meses, se les preguntó si el niño había presentado varios síntomas asociados con IRA en las dos semanas previas a la entrevista. Como se demuestra en el cuadro 9.20, más de la mitad de los niños menores de 5 años de edad habían presentado síntomas o señales de IRA en las dos semanas previas a la entrevista. El porcentaje de niños con señales de IRA fue más alto entre aquellos que vivían en la costa, los que vivían en las dos ciudades principales del país: Quito y Guayaquil y, entre niños de 1 año de edad; la frecuencia de IRA no variaba con el nivel socio-económico (NSE) del hogar; lo que probablemente obedece a que en los niveles más altos, había mejor posibilidad de identificación de las IRAS que lo que sucedió en los niveles más bajos.

CUADRO 9.20
 PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, CON
 PRESENCIA DE SINTOMAS ASOCIADOS CON INFECCION
 RESPIRATORIA AGUDA(IRA) EN LAS DOS SEMANAS
 ANTERIORES A LA ENTREVISTA, SEGUN CARACTERISTICAS
 SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	PORCENTAJE QUE PRESENTO SINTOMAS DE IRA	Nº DE CASOS
RESIDENCIA:		
Sierra	50.1	2301
Quito	54.6	551
Resto urbano	45.5	488
Rural	49.6	1271
Costa	62.6	2065
Guayaquil	68.6	510
Resto urbano	60.2	658
Rural	61.1	888
INDICE SOCIOECONOMICO:		
Bajo	55.4	1551
Medio	56.5	1715
Alto	56.1	1100
EDAD DE LOS NIÑOS (EN AÑOS):		
< 1	57.4	974
1	67.1	889
2	55.7	854
3	52.1	830
4	46.5	819
TOTAL	56.0	4366

FUENTE: ENDEMAIN-89

Basados en los síntomas reportados por las madres, se clasificaron las infecciones respiratorias agudas de los niños: como leves, moderadas y severas.

IRA Leve: La presencia de los siguientes síntomas indican la existencia de una infección leve:

- Ojos rojos y lagrimosos
- Congestión nasal
- Estornudo
- Tos

IRA Moderada: La presencia de los siguientes síntomas, además de los de IRA leve, generalmente implican la existencia de una infección moderada:

- Temperatura alta
- Dolor de garganta
- Ronquera
- Dificultad al tragar
- Dolor de oído

IRA Severa: La presencia de los siguientes síntomas, además de los de IRA Moderada, indican la existencia de una IRA Severa:

- Respiración rápida y con dificultad
- Pecho hundido
- Labios azules
- Falla respiratoria

Según los síntomas reportados por la madre y con el esquema de clasificación anotado, la IRA se categorizó de la siguiente manera:

No tenía IRA, cuando ningún síntoma fue reportado.

IRA leve, cuando uno o más síntomas de IRA leve eran reportados pero ningún síntoma del tipo moderado o severo.

IRA moderada, cuando por lo menos un síntoma de IRA moderada estuvo presente, pero ninguna señal de IRA severa o grave.

IRA severa ó grave, si es que la madre reportaba por lo menos un síntoma de IRA severa.

Como se observa en el cuadro 9.21, los episodios moderados de enfermedad respiratoria fueron la forma más frecuente de IRA entre niños que presentaban síntomas de IRA en las dos semanas previas a la entrevista. Casi un porcentaje igual de niños sufrió de una infección respiratoria leve o severa. La severidad variaba con la edad; por ejemplo, niños menores de dos años de edad fueron los que más presentaron señales de IRA severa que niños mayores. La diferencia puede explicarse por el hecho de que el sistema respiratorio e inmunológico de los niños pequeños son inmaduros y menos capaces de resistir infecciones.

CUADRO 9.21
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE
PRESENTARON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA) EN LAS DOS SEMANAS
ANTERIORES A LA ENTREVISTA, POR PRESENCIA Y GRAVEDAD DE LAS
INFECCIONES, SEGÚN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	PRESENCIA Y GRAVEDAD DE IRA					TOTAL	Nº DE CASOS
	Sin IRA	Con IRA	GRAVEDAD				
			Leve	Moderada	Severa		
EDAD DE LOS NIÑOS (EN AÑOS):							
< 1	42.6	57.4	18.5	22.7	16.2	100.0	(974)
1	33.0	67.1	18.5	31.4	17.2	100.0	(889)
2	44.4	55.7	15.0	27.9	12.8	100.0	(854)
3	47.9	52.1	13.9	24.9	13.3	100.0	(830)
4	53.5	46.5	10.4	24.3	11.8	100.0	(819)
REGION:							
Sierra	49.9	50.1	14.8	22.9	12.4	100.0	(2301)
Costa	37.5	62.6	16.1	29.9	16.6	100.0	(2065)
INDICE SOCIOECONOMICO:							
Bajo	44.7	55.4	11.7	27.3	16.4	100.0	(1551)
Medio	43.5	56.5	17.0	26.4	13.1	100.0	(1715)
Alto	44.0	56.1	18.1	24.5	13.5	100.0	(1100)
TOTAL	44.0	56.0	15.4	26.2	14.4	100.0	(4366)

FUENTE: ENDEMAIN-89

9.6.2 Tratamiento de IRA

El 86 por ciento de los niños que presentó síntomas de IRA en las dos semanas previas a la entrevista, fue tratado (cuadro 9.22). De éstos, el 61 por ciento fue atendido en un centro de salud o en un consultorio médico. El porcentaje de niños tratados y atendidos en un centro de salud es más bajo cuando el lugar de residencia es rural y el nivel educativo y socioeconómico de la madre es bajo; se incrementa cuando la IRA es severa. El que un porcentaje relativamente alto de niños con estado leve de IRA fuera tratado en un centro de salud, cuestiona la eficacia de este tipo de tratamiento, dado que estos estados de IRA son generalmente autolimitados y no requieren tratamiento. Mientras que la edad del niño no parece tener relación con el tratamiento, la edad si afectaba el

lugar de atención, puesto que niños menores de un año de edad fueron los atendidos en mayor proporción en un centro de salud. Como se mencionó, los niños menores tienen menor resistencia a las infecciones que los niños mayores y la severidad de su episodio reciente de IRA fue probablemente suficiente, por lo menos a los ojos de la madre, para justificar una visita a un centro de salud.

CUADRO 9.22
PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, CON TRATAMIENTO EN SU RECIENTE ENFERMEDAD RESPIRATORIA, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	PORCENTAJE CON TRATAMIENTO	Nº DE CASOS	PORCENTAJE ATENDIDO EN CENTROS DE SALUD	Nº DE CASOS
RESIDENCIA:				
Sierra				
Quito	89.0	(301)	69.4	(268)
Resto Urbano	88.7	(222)	65.5	(197)
Rural	81.3	(631)	53.6	(513)
Costa				
Guayaquil	91.1	(350)	67.7	(319)
Resto Urbano	87.9	(396)	71.8	(348)
Rural	83.2	(543)	48.5	(452)
NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE:				
Ninguno	72.7	(159)	45.6	(114)
Primario	84.8	(1276)	53.3	(1082)
Secundario	88.6	(824)	71.1	(730)
Superior	92.9	(184)	74.3	(171)
EDAD DE LOS NIÑOS:				
< 1 año	86.9	(559)	68.9	(486)
1 año	84.7	(596)	59.2	(505)
2 años	87.4	(475)	58.1	(415)
3 años	83.6	(432)	59.3	(361)
4 años	86.6	(381)	56.4	(330)
SEVERIDAD DE LA IRA:				
Leve	79.2	(672)	54.7	(532)
Moderada	87.4	(1144)	63.0	(1000)
Severa	90.1	(627)	62.7	(565)
INDICE SOCIO-ECONOMICO:				
Bajo	80.8	(858)	45.5	(693)
Medio	86.1	(969)	64.7	(834)
Alto	92.5	(616)	73.7	(570)
TOTAL	85.8	(2443)	60.8	(2097)

FUENTE: ENDEMAIN-90

Al analizar el tipo de tratamiento dado a los niños con IRA (cuadro 9.23), se observa que el 59 por ciento de las madres había dado tabletas y jarabes no especificados, mientras que el 52 por ciento les dio aspirina. Aproximadamente el 45 por ciento de las madres trató a sus niños con remedios caseros y/o expectorantes. Menos del uno por ciento de los niños fueron hospitalizados.

CUADRO 9.23
PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE TUVIERON ENFERMEDAD RESPIRATORIA,
POR TIPO DE TRATAMIENTO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERIS- TICAS	TRATAMIENTO RECIBIDO						Nº DE CASOS
	Antibio- ticos	Aspirina	Expecto- rantes	Pastillas, ja- rabes(vagos)	Remedios caseros	Hospita- lizacion	
SEVERIDAD DE LA IRA:							
Leve	32.7	40.2	40.4	50.4	36.8	0.4	532
Moderada	47.6	56.8	44.4	60.0	43.0	0.6	1000
Severa	48.9	55.7	46.4	65.0	57.5	2.1	565
RESIDENCIA:							
Sierra							
Quito	46.6	49.3	35.8	62.7	50.0	2.2	268
Resto Urbano	40.6	49.2	34.0	61.9	55.3	1.0	197
Rural	32.2	57.7	28.7	55.0	61.6	0.6	513
Costa							
Guayaquil	52.3	39.5	57.4	54.5	39.8	1.3	319
Resto Urbano	55.5	51.7	58.0	61.8	27.0	0.0	348
Rural	43.4	58.9	50.0	60.6	37.8	1.1	452
INDICE SOCIO- ECONOMICO:							
Bajo	33.8	59.2	34.5	57.4	55.0	0.7	693
Medio	47.1	50.6	46.8	57.4	39.9	1.2	834
Alto	52.5	46.5	51.2	62.8	41.6	0.9	570
NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE:							
Ninguno	29.8	60.5	24.6	64.9	55.3	0.9	114
Primario	39.1	57.2	37.4	57.6	48.0	0.9	1082
Secundario	51.0	46.0	53.6	59.6	42.0	1.1	730
Superior	56.7	42.7	56.7	60.2	36.3	0.6	171
TOTAL	44.2	52.3	43.9	58.9	45.3	0.9	2097

FUENTE: ENDEMAIN-89

El uso de antibióticos es una terapia inapropiada para la mayoría de casos de IRA, dado que sobre el 90 por ciento de infecciones respiratorias agudas son de naturaleza viral. No obstante, el 44 por ciento de las madres reportaron que los episodios recientes de IRA de sus niños fueron tratados con antibióticos. Casi un tercio de los niños que presentaron síntomas asociados con una forma leve de IRA fueron tratados con antibióticos.

La proporción de niños tratados con antibióticos es mayor de acuerdo a la severidad de la IRA, también cuando el lugar de residencia es urbano y el nivel educativo de la madre y el índice socioeconómico del hogar es mayor. De los niños tratados con antibióticos, casi el 88 por ciento fue atendido en un centro de salud o en un consultorio médico. Estos hallazgos sugieren que no solamente las madres sino también profesionales de la salud pueden no estar conscientes del daño de usar indiscriminadamente los antibióticos.

Debe mencionarse que entre los casos de IRA moderada (1144 casos) y severa (627 casos), los datos sintomatológicos pueden sugerir también afecciones bacterianas: amigdalitis, faringitis, laringitis, bronquitis, neumonías, etc., los mismos que pueden requerir obligatoriamente antibióticos, lo que solo podría determinarse con el estudio clínico de cada uno en particular.

El 14 por ciento de los casos de IRA no fue tratado. Casi dos tercios de las madres no dieron tratamiento por que percibían la enfermedad de su niño como leve (cuadro 9.24). Un 15 por ciento adicional respondió que no tuvo tiempo para tratar a sus niños. El resto de las mujeres respondió que tuvo problemas de acceso a servicios de salud o a medicamentos, como razones para no tratar a sus niños.

CUADRO 9.24

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE NO SE LES DIO TRATAMIENTO EN SU ENFERMEDAD RESPIRATORIA, POR NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE, SEGUN RAZON PARA NO DAR TRATAMIENTO

RAZON PARA NO DAR TRATAMIENTO	TOTAL	NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE		
		Ninguno	Primario	Secundario y Superior
-No fue necesario/ no era grave	63.6	42.2	60.3	78.5
-Descuido /no tuvo tiempo	14.7	13.3	18.0	9.3
-Falta de dinero	7.2	22.2	6.2	2.8
-No sabia que darle	4.3	2.2	5.1	3.7
-No pudo ir a un Centro de Salud	3.8	4.4	3.1	4.7
-No tuvo medicinas en casa	2.0	4.4	2.6	0.0
-Cerrado el Centro de Salud	2.0	2.2	3.1	0.0
-Centro de Salud/ médico distante	1.2	4.4	1.0	0.0
-Otro/no sabe	1.2	4.4	0.5	0.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº DE CASOS	(346)	(45)	(194)	(107)

FUENTE: ENDEMAIN-89

9.7 Inmunización de menores de 5 años

La susceptibilidad del niño para adquirir infecciones es más alta durante el primer año de vida. Esto es debido al bajo nivel inmunológico del niño a su nacimiento y, a la disminución rápida en la transferencia de inmunidad materna después de los seis meses de edad. Entonces, el régimen aceptado de inmunización completa en el primer año de vida, tiene como propósito aumentar la inmunidad del niño y reducir el riesgo de morbimortalidad del niño al contraer enfermedades prevenibles.

A través de la encuesta, se conoció el nivel de inmunización de niños menores de 5 años de edad. Los datos fueron recogidos únicamente para aquellos niños nacidos de madres entrevistadas, aunque otros niños menores de 5 años de edad

podían haber estado viviendo en el hogar. Esta decisión fue tomada como una medida para incrementar la precisión y confiabilidad de los datos de inmunización. Se hicieron preguntas para cada niño, sobre el número de dosis de la vacuna recibida contra tuberculosis (BCG), poliomielitis, difteria-tétanos-tosferina (DPT) y sarampión. Además, se preguntó a las madres si cada niño tenía certificado de vacunación. Si ellas mostraban el certificado a la encuestadora, se copiaba el número de dosis y fechas de administración de cada vacuna. Cuando la madre reportaba que no tenía el certificado, o que no podía encontrarlo, la encuestadora registraba el número de dosis de cada vacuna y la fecha de administración que la madre informaba.

El 64 por ciento de las madres presentaron el certificado de vacunación de su niño. La proporción de madres que no mostraron el certificado, fue más alta en mujeres rurales, mujeres sin educación formal, y las de un nivel socio-económico más bajo (datos no presentados).

La Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda que las inmunizaciones primarias deben ser completadas antes del primer cumpleaños (OPS, 1983). El número de dosis considerado como inmunización primaria recomendado por la OMS y adoptado por el Ministerio de Salud del Ecuador es: tres dosis de la vacuna de polio y tres dosis de DPT, una dosis de la vacuna de sarampión y una de BCG. El régimen de vacunación para polio y DPT es a los dos meses, cuatro meses y seis meses de edad. El régimen para BCG es en el momento de nacimiento y, para sarampión, nueve meses de edad.

Dado que inmunizaciones completas de polio y DPT deben teóricamente no ocurrir hasta que un niño cumpla por lo menos seis meses de edad, los niños menores de esa edad son excluidos de los análisis de estas vacunas. Similarmente niños menores de nueve meses de edad son excluidos cuando se examina la cobertura de la vacunación de sarampión. Como la BCG puede ser suministrada al nacimiento, se incluyen todos los niños en el análisis.

9.7.1 Niveles de inmunización por vacunas

El cuadro 9.25 demuestra que los niveles de inmunización completa van del 73 por ciento al 91 por ciento para las cuatro enfermedades. Los niveles de cobertura son similares para polio y DPT y, estas vacunas son, por lo general, administradas simultáneamente. Los niveles de inmunización completa son más altos para BCG (91 %) y sarampión (76 %), lo cual puede obedecer al régimen de una dosis requerida para estas vacunas. El alto nivel de cobertura de BCG puede ser

consecuencia también de la alta utilización de servicios de salud de niños en el país. (Ver cuadro 9.4)

CUADRO 9.25
PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LOS QUE SE REPORTO VACUNACION COMPLETA DE BCG, POLIO, DPT Y SARAMPION, POR TIPO DE VACUNA, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	BCG	POLIO*	DPT*	SARAMPION**
RESIDENCIA:				
Sierra				
Quito	93.5 (551)	80.4 (494)	77.5 (494)	73.4 (458)
Resto Urbano	96.1 (488)	84.1 (429)	83.5 (429)	82.3 (402)
Rural	90.8(1271)	74.0(1134)	73.6(1134)	74.9(1054)
Costa				
Guayaquil	96.9 (510)	86.3 (447)	81.2 (447)	88.5 (418)
Resto Urbano	94.5 (658)	78.3 (593)	75.2 (593)	80.4 (555)
Rural	80.5 (888)	59.1 (795)	57.7 (795)	66.2 (745)
NIVEL DE INSTRUCCION DE MADRE:				
Ninguno	78.8 (340)	53.5 (303)	53.8 (303)	59.8 (286)
Primario	89.2(2313)	71.3(2082)	69.8(2082)	73.8(1952)
Secundario	95.7(1363)	84.0(1197)	80.9(1197)	82.9(1114)
Superior	95.1 (350)	85.8 (310)	83.5 (310)	82.9 (280)
INDICE SOCIO-ECONOMICO:				
Bajo	83.9(1551)	62.5(1382)	61.8(1382)	67.0(1299)
Medio	93.9(1715)	78.5(1526)	76.2(1526)	79.7(1421)
Alto	96.2(1100)	87.0 (984)	84.0 (984)	83.7 (912)
TOTAL	90.9(4366)	74.9(3892)	73.1(3892)	76.2(3632)

* Excluye niños de 0 a 5 meses de edad

** Excluye niños de 0 a 8 meses de edad

FUENTE: ENDEMAIN-89

Los niveles de inmunización varían por el lugar de residencia, las mujeres rurales reportan niveles más bajos de inmunización completa para cada una de las cuatro vacunas, que las madres urbanas. Cuando el lugar de residencia en cada región es urbano, los niveles de inmunización completa aumentan. Las comparaciones inter-regionales revelan que las madres que residen en Quito reportaron niveles más bajos de cobertura para sus niños que las madres que viven en Guayaquil. En contraste, las mujeres rurales de la costa fueron las que reportaron niveles más bajos de cobertura que las rurales de la sierra.

Como lo demuestran los datos en el cuadro que se analiza, los niveles de inmunización están positivamente asociados con el nivel educativo y el nivel socio-económico de la madre.

Los niveles completos de inmunización son alrededor del 30 por ciento más bajos cuando solamente se considera a los niños con certificado de vacunación (cuadro 9.26). Los niveles de vacunación confirmados por un certificado representan el límite más bajo de cobertura en el Ecuador, mientras que los niveles presentados en las tablas previas representan el límite superior. Se nota que los certificados de vacunación pueden subestimar por omisión el nivel de inmunización en caso de pérdida del certificado. Las madres que no tienen certificados de sus niños pueden tener problemas en diferenciar entre vacuna y dosis y, como resultado, sobrestimar las inmunizaciones que sus niños han recibido.

CUADRO 9.26
PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LOS QUE SE REPORTO VACUNACION COMPLETA DE BCG, POLIO
DPT Y SARAMPION Y CONFIRMADA CON CERTIFICADO, POR RESIDENCIA, SEGUN TIPO DE VACUNA

VACUNA	TOTAL	RESIDENCIA					
		SIERRA			COSTA		
		Quito	Resto Urbano	Rural	Guayaquil	Resto Urbano	Rural
BCG	62.8(4366)	63.7(551)	63.7(488)	54.6(1271)	72.3(510)	71.7(658)	61.5(888)
Polio*	52.2(3892)	55.9(494)	56.6(429)	45.5(1134)	65.3(447)	58.2(593)	45.3(795)
DPT*	50.4(3892)	52.8(494)	56.2(429)	45.5(1134)	60.0(447)	55.0(593)	44.1(795)
Sarampion**	54.5(3632)	52.2(458)	56.5(402)	48.9(1054)	65.5(418)	60.2(555)	52.2(745)

* Excluye niños de 0 a 5 meses de edad.

** Excluye niños de 0 a 8 meses de edad.

NOTA: Las cifras en paréntesis son números de casos.

FUENTE: ENDEMAIN-89

La vacuna BCG debe ser administrada durante el primer año de vida, pero a menudo se la aplica al momento del nacimiento. Como se observa en el cuadro 9.27, el 85 por ciento de los niños han sido vacunados antes de su primer cumpleaños. Los niveles completos de inmunización varían por lugar de residencia y educación de la madre. Los niveles más bajos de inmunización fueron reportados por mujeres rurales y mujeres sin educación formal.

CUADRO 9.27
 PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LOS QUE SE REPORTO VACUNACION COMPLETA
 DE BCG, POR EDAD DE LOS NIÑOS, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	TOTAL	EDAD DE LOS NIÑOS (EN AÑOS)				
		< 1	1	2	3	4
RESIDENCIA:						
Sierra						
Quito	93.5 (551)	89.3(140)	99.1(111)	92.5(106)	92.9(113)	95.1 (81)
Resto Urbano	96.1 (488)	87.6(113)	98.1(104)	98.9 (91)	100.0 (81)	98.0 (99)
Rural	90.8(1271)	81.9(270)	92.5(278)	91.2(261)	95.2(228)	94.4(234)
Costa						
Guayaquil	96.9 (510)	94.0(117)	98.1(104)	96.3 (82)	98.1(105)	98.0(102)
Resto Urbano	94.5 (658)	92.0(151)	93.5(124)	97.7(130)	94.7(131)	95.1(122)
Rural	80.5 (888)	73.2(183)	78.6(168)	80.4(184)	88.4 (72)	82.3(181)
NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE:						
Ninguna	78.8 (340)	73.9 (69)	74.6 (63)	77.2 (57)	83.5 (79)	83.3 (72)
Primario	89.2(2313)	80.7(472)	89.1(451)	89.0(465)	94.4(450)	92.8(441)
Secundario	95.7(1363)	91.7(338)	98.4(312)	96.9(257)	97.1(244)	95.3(212)
Superior	95.1 (350)	90.5 (95)	100.0 (63)	97.3 (75)	94.7 (57)	95.0 (60)
TOTAL	90.9(4366)	85.0(974)	92.1(889)	91.3(854)	94.2(830)	92.8(760)

NOTA: Las cifras en paréntesis son números de casos
 FUENTE: ENDEMAIN-89

La recomendación de la Organización Mundial de la Salud adoptada por el Ministerio de Salud del Ecuador indica que los niños deben recibir sus vacunas de polio y DPT a los dos meses, cuatro meses y seis meses de edad, así completar la serie antes del primer cumpleaños. Sin embargo, en los cuadros 9.28 y 9.29 se muestra que, menos del 40 por ciento de los niños tienen inmunización completa de polio y DPT en esos meses, pero se debe anotar que a la edad de un año, la vacunación polio podía alcanzar cobertura de 71 por ciento y DPT 69 por ciento. Como fue el caso de BCG, los niveles más bajos de inmunización completa para estas vacunas fueron reportados por mujeres rurales y mujeres sin educación formal. Estos hallazgos indican que se requiere mayor esfuerzo para inmunizar niños antes de su primer cumpleaños. Esto es particularmente cierto para polio, dado que el comienzo de la polio paralítica, generalmente ocurre antes del tercer cumpleaños.

CUADRO 9.28
 PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LOS QUE SE REPORTO VACUNACION COMPLETA
 DE POLIO, POR EDAD DE LOS NIÑOS, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	TOTAL	EDAD DE LOS NIÑOS (EN AÑOS)				
		< 1*	1	2	3	4
RESIDENCIA:						
Sierra						
Quito	80.4 (494)	50.6 (83)	86.5(111)	84.9(106)	85.0(113)	90.1 (81)
Resto Urbano	84.1 (429)	48.1 (54)	82.7(104)	89.0 (91)	90.1 (81)	96.0 (99)
Rural	74.0(1134)	35.3(133)	65.1(278)	80.5(261)	85.5(228)	88.0(234)
Costa						
Guayaquil	86.3 (447)	40.7 (54)	85.6(104)	93.9 (82)	95.2(105)	96.1(102)
Resto Urbano	78.3 (593)	47.7 (86)	71.0(124)	87.7(130)	87.0(131)	87.7(122)
Rural	59.1 (795)	20.0 (90)	52.4(168)	64.7(184)	66.9(172)	71.8(181)
INSTRUCCION DE LA MADRE:						
Ninguno	53.5 (303)	21.9 (32)	38.1 (63)	59.7 (57)	57.0 (79)	72.2 (72)
Primario	71.3(2082)	32.4(241)	63.0(451)	74.8(465)	82.7(450)	84.6(475)
Secundario	84.0(1197)	48.8(172)	84.3(312)	91.8(257)	91.0(244)	94.3(212)
Superior	85.8 (310)	49.1 (55)	90.5 (63)	97.3 (75)	94.7 (57)	91.7 (60)
TOTAL	74.9(3892)	39.2(500)	70.6(889)	80.9(854)	83.5(830)	86.6(819)

* Incluye niños de 6 a 11 meses de edad

NOTA: Las cifras en paréntesis son números de casos

FUENTE: ENDEMAIN-89

CUADRO 9.29
 PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD DE LOS QUE SE REPORTO VACUNACION
 COMPLETA DE DPT, POR EDAD DE LOS NIÑOS, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	TOTAL	EDAD DE LOS NIÑOS (EN AÑOS)				
		< 1*	1	2	3	4
RESIDENCIA:						
Sierra						
Quito	77.5 (494)	42.2 (83)	82.9(111)	84.9(106)	84.1(113)	87.7 (81)
Resto Urbano	83.5 (429)	46.3 (54)	81.7(104)	87.9 (91)	90.1 (81)	96.0 (99)
Rural	73.6(1134)	30.1(133)	66.5(278)	79.7(261)	86.0(228)	88.0(234)
Costa						
Guayaquil	81.2 (447)	27.8 (54)	75.0(104)	92.7 (82)	93.3(105)	94.1(102)
Resto Urbano	75.2 (593)	34.9 (86)	69.3(124)	86.9(130)	84.7(131)	86.9(122)
Rural	57.7 (795)	12.2 (90)	51.8(168)	63.6(184)	66.3(172)	71.8(181)
INSTRUCCION DE LA MADRE:						
Ninguno	53.8 (303)	21.9 (32)	36.5 (63)	57.9 (57)	59.5 (79)	73.6 (72)
Primario	69.8 (2082)	26.6(241)	62.5(451)	73.5(465)	81.6(450)	83.8(475)
Secundario	80.9 (1197)	36.6(172)	81.1(312)	91.8(257)	89.7(244)	93.4(212)
Superior	83.5 (310)	40.0 (55)	87.3 (63)	97.3 (75)	94.7 (57)	91.7 (60)
TOTAL	73.1(3892)	31.2(500)	68.9(889)	80.1(854)	82.8(830)	86.8(819)

* Incluye los niños de 6 a 11 meses de edad.

FUENTE: ENDEMAIN-89

La diferencia en cobertura entre polio y DPT es difícil de explicar ya que estas vacunas son generalmente administradas juntas, tal vez puede obedecer a la disponibilidad de la vacuna DPT en años recientes.

El sarampión es la más contagiosa de las cuatro enfermedades prevenibles presentadas en este capítulo. El Ministerio de Salud recomienda que la inmunización del sarampión sea administrada durante el noveno mes de vida. Como se muestra en el cuadro 9.30, solamente el 40 por ciento de niños son vacunados antes de su primer cumpleaños encuentra que a la edad de un año la vacunación de sarampión cubre el 69 por ciento y en Quito alcanza al 74 por ciento. Por otro lado en años anteriores esta vacunación se realizaba a los 12 meses y solo un último período desde los 9 meses. Sorprendentemente, solo el 30 por ciento de niños que viven en Quito son vacunados en este tiempo, indicando la necesidad de aumentar los esfuerzos en la ciudad capital del Ecuador para vacunar niños a edades más tempranas.

CUADRO 9.30
PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LOS QUE SE REPORTO VACUNACION COMPLETA DE SARAMPION, POR EDAD DE LOS NIÑOS, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS.

CARACTERISTICAS	TOTAL	EDAD DE LOS NIÑOS (EN AÑOS)				
		< 1*	1	2	3	4
RESIDENCIA:						
Sierra						
Quito	73.4 (458)	29.8 (47)	73.9(111)	79.3(106)	77.9(113)	83.9 (81)
Resto Urbano	82.3 (402)	55.6 (27)	70.2(104)	85.7 (91)	91.4 (81)	91.9 (99)
Rural	74.9(1054)	37.7 (53)	65.1(278)	80.1(261)	82.5(228)	82.0(234)
Costa						
Guayaquil	88.5 (418)	40.0 (25)	86.5(104)	93.9 (82)	92.4(105)	94.1(102)
Resto Urbano	80.4 (555)	47.9 (48)	67.7(124)	90.0(130)	87.8(131)	87.7(122)
Rural	66.2 (745)	32.5 (40)	60.1(168)	70.1(184)	69.2(172)	72.4(181)
NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE:						
Ninguno	59.8 (286)	** (15)	39.7 (63)	66.7 (57)	68.3 (79)	68.1 (72)
Primario	73.8(1952)	36.0(111)	64.3(451)	77.2(465)	80.7(450)	81.7(475)
Secundario	82.9(1114)	46.1 (89)	79.5(312)	88.7(257)	86.9(244)	91.5(212)
Superior	82.9 (280)	36.0 (25)	76.2 (63)	92.0 (75)	91.2 (57)	90.0 (60)
TOTAL	76.2(3632)	39.6(240)	68.7(889)	81.3(854)	82.1(830)	83.6(819)

* Incluye niños de 9 a 11 meses de edad.

** Menores de 25 casos.

NOTA: Las cifras en paréntesis son número de casos.

FUENTE: ENDEMAIN-89

9.7.2 Cobertura general de la vacunación

Esta sección se refiere al porcentaje de niños de 9 a 59 meses de edad, que están completamente inmunizados contra todas las enfermedades prevenibles por vacunas. La UNICEF considera un nivel de cobertura del 80 por ciento como la indicación mínima de haber alcanzado inmunización universal o el nivel requerido para detener la transmisión de enfermedades inmunizables (UNICEF. 1988 The State of the World's children).

De acuerdo con los datos de la encuesta, la cobertura de la vacunación general en el Ecuador para niños de 9 a 59 meses de edad es el 70 por ciento, basándose en la información registrada en los certificados de vacunación y/o reportados por las madres que no mostraron certificados de sus niños (cuadro 9.31). Solo 47 por ciento de madres presentan los certificados de vacunación de sus hijos.

Como lo demuestra el último panel del cuadro, solamente el 30 por ciento de los niños son completamente inmunizados antes de su primer cumpleaños y, el 74 por ciento, antes de su segundo cumpleaños. Estos hallazgos indican que, aunque el país está cerca de alcanzar niveles de inmunización que son requeridos para detener la transmisión de enfermedades, los niños son inmunizados más tarde de lo recomendado.

CUADRO 9.31
 PORCENTAJE DE NIÑOS DE 9 A 59 MESES, QUE TIENEN INMUNIZACION
 COMPLETA, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS.

CARACTERISTICAS	PORCENTAJE DE INMUNIZACION COMPLETA		Nº DE CASOS
	Certificado/Infor- mado por la madre	Verificado con certificado	
RESIDENCIA:			
Sierra			
Quito	69.7	47.8	(458)
Resto Urbano	79.1	51.0	(402)
Rural	69.8	42.4	(1054)
Costa			
Guayaquil	80.6	56.2	(418)
Resto urbano	73.7	53.0	(555)
Rural	54.8	39.7	(745)
NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE:			
Ninguno	50.0	30.1	(286)
Primario	66.5	45.0	(1952)
Secundario	77.1	53.1	(1114)
Superior	81.1	50.0	(280)
EDAD DE LOS NIÑOS (MESES):			
9-11	29.6	21.3	(240)
12-14	49.0	38.6	(241)
15-17	54.7	43.9	(214)
18-20	60.4	45.3	(225)
21-23	73.7	51.2	(209)
24 y más	77.1	49.9	(2503)
TOTAL	69.6	46.7	(3632)

FUENTE: ENDEMAIN-89

10. RESUMEN Y CONCLUSIONES

El presente capítulo contiene una síntesis de cada uno de los capítulos, los mismos que constan en el orden del documento ampliado. Además, algunas ideas relativas a la utilización de los datos obtenidos.

10.1 RESUMEN

Nupcialidad

Los datos de la ENDEMAIN-89, comparados con información de encuestas anteriores sobre mujeres en edad fértil (MEF), presenta un patrón de estado civil o conyugal que en general se ha mantenido sin mayores cambios, excepto algún descenso de la proporción de mujeres en unión libre o consensual.

Las primeras uniones de las mujeres ecuatorianas se concentran en edades jóvenes. La universalidad del matrimonio o unión consensual se refleja en el hecho de que la proporción de mujeres de mayor edad, 45-49 años, que nunca se han casado o unido es de 5 por ciento.

Los mayores porcentajes de mujeres solteras se encuentran en el área urbana, entre mujeres con más altos niveles de instrucción y entre las que no estaban trabajando, lo cual constituye un indicio de una nupcialidad más tardía en estos estratos.

Cerca de la cuarta parte de las mujeres se había casado o unido antes de los 18 años de edad y el 39 por ciento antes de los 20 años, porcentajes que sin embargo de ser menores a los encontrados diez años atrás (ENF-79), revelan que la edad a la primera unión de la mujer ecuatoriana tiene lugar a edades tempranas. La edad mediana a la primera unión es alrededor de 21 años para todas las cohortes de edad y existen diferencias más o menos notorias según residencia y características socio-económicas de la mujer: un año más tarde las mujeres de la sierra que las de la costa; un año y medio después las del área urbana que las de la rural; cerca de dos años antes las mujeres que no trabajan que las que trabajan fuera del hogar; y, seis años más tarde las mujeres con algún año aprobado de instrucción superior que aquellas sin instrucción.

Fecundidad

Según la ENDEMAIN-89 la tasa global de fecundidad (TGF: promedio de hijos por mujer, durante su vida reproductiva) para el período 1984-1989 es de 3.8 hijos; 1.6 hijos menos que la obtenida para el período 1975-1979 (5.4 hijos); sin embargo, todavía es algo más alta que el promedio de América Latina (3.6 hijos en 1985-1990).

La información de las encuestas ENF-79, ESMIVD-82, ENDESA-87 y ENDEMAIN-89, han permitido constatar que después de varias décadas en que la fecundidad ecuatoriana se mantuvo en niveles altos y constantes (tasa global de fecundidad en alrededor de 7 hijos), en los años setenta se presentó una primera disminución importante.

En los últimos veinte años, la fecundidad ecuatoriana ha disminuido en un significativo 45 por ciento, al pasar de 6.9 a 3.8 hijos (TGF). Durante este período, la reducción más importante ha ocurrido en la década pasada, cuyo descenso es del orden del 30 por ciento.

La disminución de la fecundidad durante las dos décadas pasadas ocurrió en todas las edades: 38 por ciento en mujeres menores de 30 años y en el 51 por ciento en mayores a esa edad. Estos importantes descensos se aceleraron aún más en los últimos diez años, lo cual demuestra el importante control de la fecundidad de la mujer ecuatoriana en la pasada década, como resultado de la mayor utilización de métodos anticonceptivos.

En general, los principales factores que han incidido en la baja de la fecundidad en el país durante las dos últimas décadas, tendrían que ver con los mayores niveles de instrucción alcanzados por la mujer ecuatoriana, su mayor participación dentro de la fuerza de trabajo, el proceso de urbanización intenso que se ha experimentado, los aspectos relacionados con la modernización, la crisis económica de los años ochenta, (especialmente de los grupos sociales menos favorecidos) e indiscutiblemente por la regulación de la fecundidad por el cambio a una conducta anticonceptiva más eficaz.

Los niveles de fecundidad actual (período 1984-1989), según residencia y características socio-económicas de las mujeres, revelan algunas diferencias de la fecundidad en el Ecuador. A pesar de la disminución ocurrida en los últimos años, la fecundidad continúa más alta en el área rural (5.0 hijos) que en la urbana (3.1 hijos). La costa tiene una fecundidad más baja que la sierra (3.5 y 4.2 hijos, respectivamente). Las dos ciudades principales del país (Quito y Guayaquil), con mayor desarrollo económico y social presentan niveles de fecundidad

relativamente bajos, 3.3 hijos para la ciudad capital y 2.6 hijos para el puerto principal. La fecundidad de las mujeres sin instrucción (6.3 hijos) es más del doble que la de aquellas que han completado algún año de instrucción secundaria (2.9 hijos) y el triple que la de mujeres con instrucción superior (2.1 hijos).

Regulación de la fecundidad

Del total de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años (MEF), la mayoría (89.1 %) conoce por lo menos un método anticonceptivo eficaz y entre las casadas o en unión consensual el valor fue 92.2 por ciento. El conocimiento de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas es más alto en el área urbana (98.3%) que en la rural (83.9%); es más significativo en la costa (96.4%) y menos entre mujeres jóvenes (15-19) y de mayor edad (45-49 años). Todas las mujeres con niveles de instrucción secundario o superior conocen por lo menos un método anticonceptivo, conocimiento que alcanza sólo el 64 por ciento cuando la mujer no tiene ningún nivel aprobado. Los métodos más conocidos por las MEF unidas son: píldora (80.0%), DIU y esterilización femenina con igual porcentaje de conocimiento (76%); entre los métodos menos conocidos están: implantes, temperatura basal y Billings.

El 33.8 por ciento de todas las mujeres en edad fértil utiliza anticonceptivos. De las casadas o unidas a la fecha de la encuesta, el 52.9 por ciento estaba utilizando métodos anticonceptivos; el 47.1 por ciento restante no los utilizaba, principalmente por razones de período post-parto, de lactancia, de embarazo, por menopausia/subfecundidad o por que fueron operadas por razones médicas. Las tasas de prevalencia anticonceptiva de las mujeres unidas son más altas en el área urbana, en la región costa, en mujeres con mayores niveles de instrucción, en aquellas que están entre los 25 y 44 años, y en las que tienen entre 2 y 5 hijos sobrevivientes. Entre los principales métodos anticonceptivos utilizados están, en orden de importancia: la esterilización femenina, el DIU, el ritmo/Billings y la píldora, los mismos que en conjunto representan el 90 por ciento de los métodos que utilizan las mujeres casadas o unidas.

El Ministerio de Salud Pública, el médico o clínica particular y la farmacia o botica, son las principales fuentes a donde acuden las mujeres a obtener los métodos anticonceptivos, sobresale el Ministerio de Salud y la farmacia o botica en el área rural y el médico o clínica privada en la urbana.

De las mujeres casadas ó unidas que están utilizando métodos anticonceptivos, cerca de las tres cuartas partes lo están haciendo con en el propósito de limitar los embarazos. Es importante destacar que las mujeres con menores niveles de instrucción son las que más utilizan anticonceptivos con este fin, debido principalmente a que tienen mayor número de hijos.

Las mujeres unidas que alguna vez utilizaron métodos anticonceptivos, abandonaron su uso por deseo de embarazo y en 31.7 por ciento y por efectos colaterales relacionados con la salud, el 26.1 por ciento. Más de la mitad de las mujeres unidas que son fértiles, que conocen y no están usando métodos anticonceptivos, tienen intención de utilizar anticonceptivos ahora o en los próximos doce meses.

Preferencias reproductivas y riesgo de embarazo no planeado

De las MEF casadas ó unidas que habían tenido un nacido vivo a partir de Enero de 1984 o que estaban embarazadas a la fecha de la encuesta, el 87.0 por ciento había deseado su último embarazo; 6.0 por ciento no lo previó y, 6.7 por ciento no lo deseaba; los porcentajes más altos de mujeres que no deseaban su último embarazo son mujeres de 35 y más años de edad, con nivel de instrucción inferior a la secundaria y con cuatro o más hijos actualmente vivos.

También se preguntó a las MEF casadas ó unidas si deseaban tener un embarazo, el 78.4 por ciento contestó no desearlo; el 10.9 por ciento si lo deseaba; 10.1 por ciento estaba embarazada y 0.6 por ciento estaban indecisas. Las diferencias en la proporción de MEF que no desean embarazo son poco significativas a nivel de área urbana/rural y de región. La proporción más alta de MEF que desean embarazo se encuentra entre las menores de 30 años de edad, con niveles altos de instrucción, las que no tienen hijos vivos, las usuarias de métodos anticonceptivos y las que no trabajan.

Del total de MEF unidas que por lo menos tenían un hijo vivo y no estaban esterilizadas, el 62.7 por ciento no desea tener más hijos, 36.0 por ciento desea tener otro hijo y 1.3 por ciento está indecisa. La proporción de MEF que no desean más hijos es más alta en el área rural (63.8 %) que en el área urbana (61.7 %), más alta en la sierra (63.9 %) que en la costa (61.5 %). La mayor proporción de MEF que no desean más hijos se encuentra entre: mayores de 30 años, nivel de instrucción inferior a la secundaria, con 3 ó más hijos y que no usan anticonceptivos.

Del total de MEF unidas, que tenían por lo menos un hijo vivo a la fecha de la encuesta, el 62.7 por ciento no deseaba más hijos y de ellas el 36.9 por ciento estaban interesadas en la esterilización. Se ubican en el área rural de la costa 45.7 por ciento y, en la ciudad de Quito, 41.8 por ciento. También existe mayor interés por la esterilización entre las MEF con edades de los 20 a los 39 años de edad, con 2 o más hijos vivos y que no trabajan.

La experiencia sexual y el uso de anticonceptivos de las mujeres jóvenes (15-24 años)

Las preguntas sobre este tema, fueron diseñadas para obtener información sobre experiencia sexual y concepciones premaritales, el uso de anticonceptivos en la primera experiencia sexual y opinión sobre relaciones sexuales premaritales.

El 21.6 por ciento de mujeres alguna vez en unión de 15-24 años de edad concibieron premaritalmente. En Quito y Guayaquil, el 29 por ciento de mujeres de 15-24 años de edad reportaron una concepción premarital.

No existen diferencias significativas por educación entre las mujeres que tuvieron su hijo dentro de los primeros siete meses de unión.

El 23 por ciento de las jóvenes de 15-24 años reportó que había tenido experiencia sexual premarital. Esta experiencia premarital, está inversamente asociada con la educación y no se observa un claro patrón de este tipo de experiencia con respecto al lugar de residencia.

Cerca del 61 por ciento de las mujeres, cuya primera experiencia sexual fue premarital, reportó que su primera relación sexual ocurrió antes de cumplir 18 años. En el área urbana y rural, una proporción más alta de mujeres con experiencia premarital reportó que su primera relación sexual fue antes de cumplir los 15 años, comparadas con las mujeres que reportaron que su primera pareja sexual fue su marido.

El 5 por ciento de mujeres reportó que ellas o sus parejas usaron anticonceptivos en su primera relación sexual, esta proporción aumenta con la edad a la primera relación sexual.

De las mujeres cuya experiencia sexual fue marital, el 4 por ciento utilizó estos métodos. Respecto del conocimiento sobre el período fértil de la mujer, el 23 por ciento tenía el conocimiento correcto y éste se incrementa con la educación de la encuestada.

De las mujeres que no usaron anticonceptivos en su primera relación sexual premarital, el 43 por ciento reportó que no lo hizo porque no esperaba tener relaciones sexuales en ese momento. Otro 40 por ciento dijo como razón para no usar, que no conocían acerca de anticonceptivos.

Dos tercios (68 %) de las mujeres no estaban de acuerdo con las relaciones sexuales premaritales, el 24 por ciento dijo que estaría bien antes del matrimonio si es que la pareja tenía planes de casarse.

El 63 por ciento de todas las encuestadas de 15-24 años de edad que había tenido experiencia sexual se encontraban sexualmente activas y reportaron relaciones sexuales durante el mes anterior a la entrevista; 74 por ciento de las mujeres casadas y unidas y, 16 por ciento de mujeres solteras reportaron actividad sexual. De las mujeres sexualmente activas, el 41 por ciento declaró usar anticonceptivos y la mayoría de las usuarias en unión, estaban usando DIU o anticonceptivos orales.

Comunicación en temas de planificación familiar

La recepción de mensajes acerca de la planificación familiar a través de los medios de comunicación, estuvo concentrada en su mayoría en el área urbana del país, en la región sierra y en la ciudad de Quito. Las mujeres con mayores niveles de instrucción escucharon o vieron más mensajes sobre planificación familiar.

La radio y la televisión son los medios de comunicación a través de los que las mujeres receptan con mayor frecuencia los mensajes. La radio es el medio de recepción utilizado en mayor medida por mujeres del área rural y con menores niveles de instrucción. Sucede lo contrario con respecto a la televisión. De acuerdo al estado civil, las casadas o unidas, en comparación con las solteras, receptan en mayor proporción los mensajes por estos dos medios de comunicación.

En relación al tipo de mensaje de planificación familiar que vieron o escucharon las MEF, todos tienen una alta audiencia y sobresale el que se refiere a que "es un derecho de la pareja el decidir cuántos hijos tener y cuando tenerlos".

Mortalidad infantil y de la niñez

Las estimaciones indirectas utilizando la información de la encuesta sobre hijos nacidos vivos y sobrevivientes, dieron una tasa de mortalidad infantil de 53, una de mortalidad neonatal de 32 y la postneonatal de 21 muertes por cada mil nacidos vivos, todas ellas estimadas para el año 1987. Para esta misma fecha, la mortalidad de la niñez (1-4 años) fue calculada en 17 muertes de niños de estas edades por cada mil sobrevivientes de la edad de un año.

Tanto para la mortalidad infantil (neonatal y postneonatal) como para la mortalidad de la niñez y de menores de cinco años, los indicadores en general, son más altos en el área rural que en la urbana, en la sierra que en la costa y más aún en hijos de mujeres con bajos niveles de instrucción en comparación con las de mujeres que han tenido niveles secundario o superior.

En general, la mortalidad infantil y en la niñez es más alta entre los varones; hijos de madres muy jóvenes (15-19 años) o de edad avanzada (45-49 años), entre hijos cuyo orden de nacimiento es elevado y cuando el intervalo intergenésico es menor a 15 meses.

De acuerdo con el índice socio-económico de los hogares, existen grandes diferencias en el riesgo de mortalidad postneonatal y de la niñez (de origen exógeno) y casi no existen para la neonatal (de origen endógeno). Consistentemente, la mortalidad es más baja cuando el índice socio-económico es más elevado.

Las principales causas de muerte neonatal son: el trauma del nacimiento, la asfixia, las complicaciones asociadas con prematuridad, el bajo peso al nacer. Durante el período postneonatal y en niños de 1 a 4 años, son la diarrea, deshidratación y las infecciones respiratorias agudas, las principales causas de muerte de los niños de estas edades.

La mayor parte de la reducción de la mortalidad infantil y de la niñez en el país, proviene de la disminución de la mortalidad postneonatal y la de los niños de 1 a 4 años de edad, atribuible en gran parte al incremento de la cobertura de inmunizaciones y las campañas de rehidratación oral.

Salud materna, infantil y de la niñez

Durante los cinco años anteriores a la encuesta (1984-1989) y tomando en consideración los embarazos, partos y nacimientos ocurridos a mujeres que a la fecha de la investigación estaban casadas o unidas, las dos terceras partes de las madres tuvieron control prenatal, cerca del 70 por ciento recibió atención profesional durante el parto, el 45 por ciento tuvo control postparto y el 62 por ciento llevó a su hijo para control de niño sano. Estos niveles de atención materna e infantil se han visto incrementados con respecto a los obtenidos con las encuestas ENF-79 y ENDESA-87, aunque los mismos no sean estrictamente comparables.

A pesar del progreso alcanzado en los últimos años en el logro de niveles más altos de atención, aún subsisten grandes diferencias entre la población que reside en el campo y en la ciudad, y principalmente, entre mujeres con bajos niveles de instrucción (hasta algún año de primaria) con aquellas que llegaron a tener instrucción superior. Así por ejemplo, en el control prenatal, el nivel de atención en el área urbana es en el 36 por ciento superior a la rural y en el 50 por ciento más alto al de mujeres con instrucción superior que el de aquellas con instrucción primaria; para los niveles de atención profesional del parto, las diferencias son aún más pronunciadas y estas son el 83 y 81 por ciento para los dos grupos de mujeres consideradas; en el control postparto la brecha representa el 50 y 120 por ciento, respectivamente, y en el control de niño sano, las diferencias son menores, el 14 y 57 por ciento, en ese mismo orden. Estos indicadores ilustran en forma elocuente el acceso desigual a los beneficios de la salud y de la medicina en la sociedad ecuatoriana.

Dada la diferente situación social y económica de la población que necesita servicios de salud, la atención materna e infantil, está brindada preferentemente por el sector público, en el que sobresalen las acciones del Ministerio de Salud Pública y en especial para la población rural de menor nivel de instrucción. En el sector privado, es la clínica o el médico particular y su mayor participación está en las ciudades y en la atención de la población con relativamente mejor nivel socio-económico.

Destaca el hecho de que dada la baja cobertura de atención profesional del parto en el área rural, alrededor del 21 por ciento de los partos fueron "atendidos" por familiares, parteras o comadronas, además de que un 10 por ciento de madres dieron a luz sin ninguna ayuda; estos mismos indicadores son más relevantes en mujeres con instrucción menor al del nivel secundario (27 % y 10 %, respectivamente).

Con respecto a las enfermedades más importantes que atacan a los niños ecuatorianos menores de cinco años, la diarrea es la causa principal del 23.1 por ciento de las defunciones y constituye la causa secundaria del 20 por ciento de las muertes adicionales. En términos de morbilidad, la cuarta parte de los niños menores de cinco años tuvieron un episodio de diarrea durante las dos semanas previas a la entrevista; su frecuencia es más alta en áreas rurales y en Guayaquil, en niños entre los 0 y 23 meses de edad, disminuyendo notablemente cuando los niños llegan al tercer año de edad, lo cual sugiere la importancia de la lactancia materna como medio de protección. La enfermedad es más frecuente cuando la madre tiene menores niveles de instrucción e índice socio-económico bajo.

La mayoría de los niños (86 %) tuvo tratamiento en el episodio de diarrea más reciente. Las madres de niños menores de 6 meses de edad, del área rural de la sierra, con escasa instrucción y de hogares de índice socio-económico bajo, son las que en menor proporción dieron a sus hijos algún tratamiento.

La infección respiratoria aguda (IRA) es la segunda causa de muerte de los niños menores de cinco años de edad (22.5 %). La enfermedad es muy común en el país; durante las dos semanas previas a la entrevista, más de la mitad de los niños (56 %) tuvieron un episodio de esta enfermedad. Los episodios moderados fueron la forma más frecuente y un 14 por ciento de los casos fueron clasificados como severos. La frecuencia de IRA es más alta en la costa y en niños de menor edad. La disposición de la madre para buscar tratamiento está directamente relacionada con su educación, nivel socio-económico y la severidad de la enfermedad. El 44 por ciento de los niños fueron tratados con antibióticos aunque se supone que más del 90 por ciento de los episodios fueron de naturaleza viral.

Con respecto a inmunizaciones, excepto para la BCG que tiene alta cobertura, ha existido un aumento notable en la cobertura de niños menores de un año hasta un año de edad, existe un aumento menor entre el primero y segundo año de edad, disminuyendo tal incremento a partir del segundo año. Para la vacuna BCG, el 85 por ciento de los niños son inmunizados antes de su primer cumpleaños, después de esta edad son pequeños los incrementos en cobertura. Los datos demuestran que en general, los niños que viven en áreas urbanas, los de madres que tienen por lo menos educación secundaria y de mejor situación económica, tienen niveles de inmunización más altos y están más protegidos.

10.2 CONCLUSIONES

- La información recolectada en la encuesta ENDEMAIN-89, cuyos principales resultados se consignan en este documento, constituyen un valioso aporte para el conocimiento de la situación de la salud reproductiva de las mujeres en edad fértil, de la morbilidad de los niños menores de cinco años y, del comportamiento que han tenido las variables demográficas y biológicas en el país, en las dos últimas décadas. De ahí que su conocimiento y la utilización que de estos datos se haga en los diversos planes y programas de desarrollo económico y social, sustente uno de los propósitos de utilidad básica de este tipo de investigación, que pretende señalar y destacar los problemas y necesidades que enfrenta la población, como premisa indispensable para tomar las medidas adecuadas para solución de los mismos.
- La información obtenida, en términos generales, permite la comparabilidad con encuestas de este tipo que han sido desarrolladas en otros países de América Latina como por ejemplo: México, El Salvador, Guatemala, Costa Rica, República Dominicana, Haití, Jamaica, Colombia, Perú, Bolivia, etc. Varias de estas encuestas fueron efectuadas durante los años ochenta, con la asistencia técnica del Centers for Disease Control (CDC) y otras, en el marco del programa mundial de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS) del Institute for Resource Development, IRD. A la identidad aproximada de tiempo en que fueron realizadas, se agrega el diseño metodológico semejante.
- La naturaleza de este informe, no permitió profundizar en las diversas variables e interrelaciones, que son de gran interés para el tratamiento de los temas investigados, lo que induce para que los especialistas en cada disciplina revisen y analicen dichos resultados, con el propósito de clarificar y determinar causales y consecuencias a corto y mediano plazo.
En esta misma línea de pensamiento, pueden surgir investigaciones documentales complementarias; con este objeto, el CEPAR y el MSP cuentan con los archivos completos de información que ponen a disposición de los usuarios especializados para la obtención de datos adicionales.
- Los niveles de atención de la salud materna, que en el promedio nacional presentan proporciones relativamente altas, al desagregarlos por zonas geográficas y más aún si lo son por el nivel de instrucción de las mujeres, presentan grandes diferencias, y pone en evidencia una vez más, los contrastes entre la población que habita en ciudades y aquella que reside en zonas rurales, las que tienen instrucción secundaria o más y, las que tienen

instrucción elemental o son analfabetas. Observación semejante se puede anotar en relación a la mortalidad infantil y de menores de 5 años, así como sobre la prevalencia de enfermedades como diarrea y deshidratación e infecciones respiratorias agudas, causas principales de la mortalidad de menores, en el país.

- La fecundidad en el país ha venido descendiendo durante los últimos veinte años; esta tendencia se aceleró en la última década y ya para el período 1984-1989, la tasa global de fecundidad fue estimada en 3.8 hijos por mujer al término del período fértil. No obstante el descenso ocurrido, el nivel de fecundidad del Ecuador se encuentra bastante lejos del que exhiben los países desarrollados (alrededor de 2 hijos por mujer), e incluso superior al del promedio de América Latina. El nivel actual de fecundidad, de mantenerse, implica que cada mujer tendrá cerca de cuatro hijos durante su vida reproductiva. Este patrón permite que la población se duplique en una generación (alrededor de 28 años), y por ello la población del Ecuador, con su actual nivel de fecundidad, tiene todavía un potencial de crecimiento significativo.

- En lo que respecta a la planificación familiar, componente importante del concepto de salud materna integral, se observa un amplio conocimiento, que probablemente en muchos casos es también bastante general. El uso de métodos anticonceptivos, práctica que declara algo más del 52 por ciento (nivel nacional) de las MEF casadas o en unión consensual, también se presenta con variaciones notables al comparar las mujeres urbanas con las rurales, las más instruidas con las menos instruidas. Como resultado de las bajas tasas de uso de métodos anticonceptivos de las mencionadas en segundo término, el aumento de la prevalencia es más notorio, no obstante, se mantiene en niveles bajos. En este mismo tema se observa que existe todavía una proporción importante de mujeres que requieren de información y servicios de planificación familiar.

- Se menciona en el presente informe, sobre la omisión de defunciones de menores de un año, en especial de las muertes neonatales. Como este problema se presenta tanto en encuestas, censos y en registros, es necesario que investigaciones futuras cuenten con estrategias o alternativas que eliminen en gran medida la incidencia de los errores en la declaración de las madres o el subregistro por parte del personal operativo, con el fin de disponer de mediciones con mayor precisión.

- Es necesario señalar la necesidad manifiesta de la población entrevistada en este tipo de investigación, que demanda de las autoridades y personas responsables de las políticas y el desarrollo económico y social, la asignación de recursos y las acciones que correspondan, en alguna medida, con la realidad investigada.

ANEXO I
DISEÑO MUESTRAL

1.- DOMINIOS DE ESTUDIO

Se consideran como dominios de estudio, para la ENDEMAIN-89, aquellos niveles para los que obtendrían estimaciones, y se han definido de la siguiente manera:

1. Las ciudades más pobladas del país: Guayaquil y Quito;
2. Para las regiones de sierra y costa: áreas urbana y rural.
3. Para el grupo de provincias que conforman el Area del Plan Piloto de Salud: Imbabura, Pichincha, Chimborazo, Azuay, Cotopaxi, Esmeraldas, Manabí y Guayas.

2. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra fue calculado para representar una muestra autoponderada de mujeres de 15-49 años de edad para los seis dominios de estudios con una mínima de 1.000 entrevistas completas en el Resto Urbano - Sierra, el dominio más pequeño. La encuesta ENDESA -87, proporcionó datos sobre mujeres de 15-49 años de edad por vivienda ocupada y porcentaje de entrevistas completas, para estimar el número de viviendas necesarias en cada dominio; sobre esta base se determinó el tamaño de muestra por cada dominio de estudio.

El número promedio de viviendas a ser seleccionadas en cada sector fue 24 en el área urbana y 35 en el área rural. El número de viviendas en cada conglomerado varió un poco del tamaño promedio, dependiendo del número de viviendas encontradas cuando el marco de muestreo fue actualizado. Esta actualización toma en consideración el aumento o decrecimiento de población (viviendas) en cada sector, entre el censo de 1982 y la actualización realizada para la ENDEMAIN-89.

No se considera la Región Amazónica e Insular por los altos costos que significa ejecutar la investigación en estas regiones naturales, en que la población se encuentra tan dispersa y que representa el 3.5 por ciento del total de la población ecuatoriana.

3. DISEÑO MUESTRAL

El diseño utilizado corresponde a una muestra bietápica dentro de cada uno de los dominios de estudio en que se ha dividido el universo. La Unidad Primaria de Muestreo (UPM) es el Sector Censal, el cual fue seleccionado con probabilidad proporcional a su tamaño, y medido por el número de viviendas que contiene, de acuerdo con la información del Censo de Población y Vivienda de 1982.

La Unidad Secundaria de Muestreo (USM) es la vivienda particular que se eligió con igual probabilidad.

3.1 PRESENTACION DEL DISEÑO

Simbología

- M:** Número de viviendas particulares en el dominio de estudios.
- M_i:** Número de viviendas particulares en el sector i-ésimo según el censo de 1982
- M'_i:** Número de viviendas particulares en el sector i-ésimo según la actualización de la muestra de sectores.
- n:** Número de sectores censales de la muestra.
- m:** Número fijo de viviendas particulares de la muestra en cada sector censal (m = constante)
- m_i:** Número de viviendas particulares de la muestra en el sector i-ésimo según sector actualizado

$$P_1 = \frac{M_i}{M/n} = \frac{n M_i}{M} = \text{Probabilidad de selección de sector.}$$

$$P_2 = \frac{1}{M'_i/m_i} = \frac{m_i}{M'_i} = \text{Probabilidad de selección de la vivienda dentro del sector i-ésimo.}$$

$$P_f = P_1 \times P_2 = \frac{n M_i}{M} \times \frac{m_i}{M'_i} = \text{Probabilidad final de selección de la vivienda (muestra no autoponderada)}$$

Para que la muestra sea autoponderada se consideró:

$$m_i = \frac{m M'_i}{M_i} ; \text{ el coeficiente } M'_i/M_i \text{ representa variación registrada entre los datos obtenidos de la actualización del sector censal y de los del Censo de Población y Vivienda de 1982.}$$

$$P_f = \frac{nM_i}{M} \times \frac{mM'_i}{M_i} \times \frac{1}{M'_i} = \frac{nm}{M} = \frac{\text{viviendas de la muestra}}{\text{viviendas del dominio}}$$

entonces:

$$P_{fd} = \frac{n_D \cdot m_D}{M_D} =$$

Probabilidad final de selección de la vivienda en el dominio de estudios D.

El factor de expansión en el dominio de estudio es:

$$F_D = \frac{M_D}{n_D M_D}$$

3.2 PROCESO DE SELECCION

Selección de la Muestra de Sectores:

De acuerdo con el diseño muestral planteado, el sector fue elegido con probabilidad proporcional a su tamaño, medido éste según el número de viviendas privadas que contenga; de este modo, la probabilidad de selección del sector i-ésimo dentro de cada dominio de estudio es:

$$P_{iD} = \frac{n_D M_i}{M_D}$$

Antes de proceder a la selección de los sectores estos fueron clasificados por dominio de estudio y dentro del dominio del área rural en cabeceras parroquiales y áreas dispersas. Primero se listó los sectores pertinentes a los centros poblados y a continuación los sectores del área dispersa. Esta forma de listar los sectores tiene por objeto asegurar una adecuada representación de las dos áreas de la muestra. A fin de facilitar el proceso de selección, cada uno fué identificado según el dominio de estudios: provincia, cantón, parroquia (zona) y número del sector. Para cada uno se indicó el número de viviendas privadas ocupadas y el número de habitantes, según el censo último, cuyo número determinó la probabilidad de selección del sector.

La selección de los sectores se hizo en forma sistemática en que el primer sector quedó determinado por el arranque (A), el cual es un número comprendido entre 1 y P elegido al azar en una tabla de números aleatorios. El segundo sector seleccionado es A +P. En general la muestra de sectores queda definida por la serie:

$$A, A + P, A + 2P, A + 3P \dots\dots\dots A + (N - 1) P$$

Selección de la muestra de Viviendas dentro de los sectores:

Las viviendas particulares listadas en formulario especial, fueron clasificadas según su condición de ocupación:

- i. Ocupadas con personas presentes
- ii. Ocupadas con personas ausentes
- iii. Desocupadas temporalmente
- iv. Desocupadas definitivamente, abandonadas en estado inhabitable, en construcciones, etc.

Participan en la selección sólo las viviendas de las categorías i, ii y iii.

De acuerdo con el diseño de muestra planteado, la vivienda fue elegida con igual probabilidad y el número de viviendas que fue seleccionado en cada i-ésimo, está dado por:

$$m_i = \frac{m M' i}{M} \quad \text{ó} \quad \frac{m_i}{M' i} = \frac{m}{M_i}$$

siendo:

m: Número teórico de viviendas para seleccionar en cada sector.

M_i: Número de viviendas del sector i-ésimo según el censo de Población de 1982.

M' i: Número de viviendas del sector i-ésimo según la actualización de la muestra de sectores.

$\frac{M' i}{M_i}$. Representa la variación entre el sector i-ésimo actualizado y el mismo sector, según datos del Censo de Población y Vivienda de 1982.

El período o intervalo de selección (P) queda determinado por:

$$P = \frac{M' i}{m_i}$$

El arranque aleatorio (A) es elegido al azar entre 1 y P. La primera vivienda elegida corresponde al arranque aleatorio. La muestra completa queda determinada por la serie:

$$A, (A + P), (A + 2P) \dots \dots \dots A + (m_i - 1) P$$

3.3 Resultado de la muestra

A continuación consta un resumen a nivel nacional de la aplicación del diseño planteado.

En el anexo II se presenta el cálculo de los indicadores de la precisión de la muestra.

RENDIMIENTO DE LA MUESTRA. ENDEMAIN-89

Viviendas (Hogares) de la muestra	Nº	Porcentaje	
Viviendas Seleccionadas	8022	100.0	
Viviendas Visitadas (Total visitadas)	7863	98.0	100.0
Completa			95.8
Incompleta			4.2
Viviendas no visitada	159	2.0	

ANEXO II

LA PRECISION DE LOS RESULTADOS: LOS ERRORES ESTANDAR

Como la investigación presentada es una encuesta por muestreo, los resultados que en ella se incluyen son estimaciones que están afectadas por dos tipos de errores: los que se producen durante las labores de recolección y procesamiento de la información (que se denomina usualmente errores no de muestreo) y los llamados errores de muestreo, que resultan del hecho de haberse entrevistado sólo una muestra y no la población total.

El primer tipo de error incluye la falta de cobertura de todas las mujeres seleccionadas, errores en la formulación de las preguntas y en la anotación de las respuestas, confusión o incapacidad de las mujeres para dar la información, errores de codificación o de procesamiento. 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 los márgenes razonables en la ENDEMAIN-89. En este Anexo no se hará más referencia a los errores ajenos al muestreo sino únicamente a los llamados errores de muestreo.

La muestra de mujeres estudiadas en la ENDEMAIN-89 no es sino una de la gran cantidad de muestras del mismo tamaño que sería posible seleccionar de la población de interés utilizando el diseño empleado. Cada una de ellas habría dado resultados en alguna medida diferentes de los obtenidos con la muestra utilizada. La variabilidad que se observaría entre todas las muestras posibles constituye el error de muestreo, el cual no se conoce pero puede ser estimado a partir de los datos suministrados por la muestra realmente seleccionada. El error de muestreo se mide por medio del error estándar. El error estándar de un promedio, porcentaje, diferencia o cualquier otra estadística calculada con los datos de la muestra 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 dentro de los cuales hay una determinada confianza de que se encuentra el valor poblacional. 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 de que contiene, en este caso, el porcentaje poblacional.

Si las mujeres incluidas en la muestra hubieran sido seleccionadas en forma simple al azar, podrían utilizarse directamente las fórmulas muy conocidas que aparecen en los textos de estadística para el cálculo de los errores estándar, límites de confianza y para la realización de pruebas de hipótesis. Sin embargo, como se ha señalado, el diseño empleado es complejo, por lo cual se requiere utilizar las fórmulas que corresponden al diseño, las cuales consideran los efectos de la estratificación y la conglomeración.

Ha sido posible realizar estos cálculos para un cierto grupo de variables de interés especial, empleando CLUSTERS (Computation and Listing of Useful Statistics on Errors of Sampling), que además del error estándar, permite calcular el efecto del diseño, DEFT, el cual se define como la razón entre el error estándar correspondiente al diseño empleado (ES) y el error estándar que se obtiene tratando la muestra como si hubiera sido simple al azar (ESmas):

$$\text{DEFT} = \text{ES} / \text{ESmas}$$

Un valor de DEFT igual a 1.0 indicaría que el diseño utilizado es tan eficiente como uno simple al azar del mismo tamaño, mientras que un valor superior a 1.0 indicaría que el uso de conglomerados produjo una varianza superior a la que se habría obtenido con una muestra simple al azar del mismo tamaño.

En este anexo se presenta una lista de las 34 variables consideradas de mayor interés en la encuesta. Para cada una se especifica el tipo de indicador y el grupo de mujeres para las cuales está definida la variable. En el cuadro II.1 se incluye, para cada variable, el correspondiente valor de r (sea un promedio o un porcentaje), el error estándar y el número de casos en la muestra del total del país. Además del error estándar, en los cuadros aparecen también DEFT, y el intervalo con 95 por ciento de confianza.

El cuadro indica que, en general, los errores estándar son pequeños y que por ello la muestra puede calificarse como bastante precisa; esto es especialmente claro en la quinta columna donde aparecen los errores estándar relativos. Para ilustrar el uso de las cifras en este cuadro considérese la variable EDAD101 (Promedio de edad de la MEF) que tiene un valor medio de 28.4 con un error estándar de 0.075. Si se desea un intervalo de confianza del 95 por ciento, se suma y resta al promedio dos veces al error estándar: $28.4 \pm 2(0.075)$, lo que produce el intervalo de 28.25 a 28.55, dentro del cual se tiene una confianza de 95 por ciento de que se encuentra el valor de la población.

Los resultados básicos (SE y DEFT) por área y región de residencia de las mujeres se presentan en los cuadros II.1 a II.7.

LISTA DE VARIABLES PARA LAS QUE SE CALCULO EL ERROR MUESTRAL

<u>Código de</u>	<u>Variable</u>	<u>Tipo*</u>	<u>Descripción/Categoría</u>	<u>Grupo Poblacional</u>
	EDAD101	M	Edad	Todas las MEF
	CPG200	P	Actualmente embarazada	Todas las MEF
	DCHL207	M	No. de hijos que murieron	Todas las MEF
	DLPG214	P	Deseo del último embarazo	MEF actualmente unidas
	MPREN303	M	Mes de primer control prenatal	MEF actualmente unidas que tuvieron nacido vivo en los últimos cinco años
	LDEL308	P	Ultimo parto atendido por médico	MEF unidas que tuvieron nacido vivo en los últimos cinco años
	POST313	P	Mujeres que tuvieron chequeo postnatal	MEF unidas que tuvieron nacido vivo en los últimos cinco años
	SANO316	P	Control del niño sano (Niños)	MEF unidas que tuvieron nacido vivo en los últimos cinco años
	OCU402	P	Uso actual de contraceptivos orales	MEF actualmente unidas
	IUDU402	P	Uso actual de DIU	MEF actualmente unidas
	STRU402	P	Uso actual de esterilización femenina	MEF actualmente unidas
	RHYU402	P	Uso actual de ritmo	MEF actualmente unidas
	DRAU402	P	Uso actual de retiro	MEF actualmente unidas
	BEGP416	P	Puede quedar embarazada	MEF actualmente unidas que no usan planificación familiar
	RFP439	C	Razón para usar planificación familiar 1 - Para espaciar 2 - No desea más 3 - No sabe	MEF actualmente unidas usuarias de planificación familiar

* P - Proporción; M - Promedio; C - Por Categorías

<u>Código de Variable</u>	<u>Tipo*</u>	<u>Descripción/Categoría</u>	<u>Grupo Poblacional</u>
MAS501	P	Desea más hijos	MEF actualmente unidas, fecundas con un hijo, por lo menos; excluye esterilizadas
IOPR503	P	Interesada en esterilización	MEF actualmente unidas, fecundas con un hijo vivo, por lo menos; que no desean más hijos
ASEX705	M	Edad a la primera relación sexual	Mujeres de 15-24 años cuya primera relación sexual fue pre-marital
PART707	C	Pareja de la primera relación sexual 1 - Cónyuge 2 - Novio, enamorado 3 - Amigo 4 - Violación 5 - No Response	Mujeres, 15-24 años que tuvieron relación sexual.
USFX708	P	Usó planificación familiar en la primera relación sexual	Mujeres, 15-24 años que tuvieron relación sexual
MARSTAT	C	Estado civil o conyugal 1 - Actualmente en unión (casadas y unidas) 2 - Separadas/Viudas/Divorciadas 3 - Solteras	Todas las MEF
EDUC	C	Nivel de Instrucción 1 - Ninguna 2 - Primaria 3 - Secundaria 4 - Superior	Todas las MEF
HIJOS	M	Número de hijos actualmente vivos	Todas las MEF
NVIVOS	M	Número de hijos nacidos vivos	Todas las MEF
DREA	P	Tuvo diarrea en las dos últimas semanas	Niños menores de cinco años
ANTIBI	P	Diarrea tratada con antibióticos	Niños menores de 5 años que tuvieron diarrea en las últimas dos semanas
SUERO	P	Trató la diarrea con suero de rehidratación oral	Niños menores de 5 años que tuvieron diarrea en las últimas dos semanas

* P - Proporción; M - Promedio; C - Por Categorías

<u>Código de Variable</u>	<u>Tipo*</u>	<u>Descripción/Categoría</u>	<u>Grupo Poblacional</u>
EUSE	P	Alguna vez usó anticonceptivos	MEF actualmente unidas
CUSE	P	Usa actualmente anticonceptivos	MEF actualmente unidas
MTIMEU	M	Minutos a la fuente de obtención más cercana	Usuarías de algún método que requiere fuente de obtención
DESEO	P	Desea utilizar planificación Familiar	MEF actualmente unidas, fecundas no usuarias
ANTI	P	Trató IRA con antibióticos	Hijos menores de 5 años con IRA en los últimos tres meses
NDPT	C	No. de dosis de vacuna DTP 1 = Ninguna 2 = 1 dosis 3 = 2 dosis 4 = 3 dosis	Niños de 6-59 meses
NPOL	C	No. de dosis de vacuna POLIO 1 = Ninguna 2 = 1 dosis 3 = 2 dosis 4 = 3 dosis	Niños de 6-59 meses
NBCG	P	Recibió vacuna BCG	Niños de 0-59 meses
NSAR	P	Recibió vacuna sarampión	Niños de 9-59 meses
SEVERE	C	IRA Síntomas de las últimas dos semanas 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Severa 4 - Ninguno	Niños de 0-59 meses
NEED	P	Que necesita planificación familiar (fecunda, sexualmente activa, no embarazada, no usan anticonceptivos y no desea quedar embarazada)	Todas las MEF
KNOW	P	Conoce por lo menos un método anticonceptivo moderno	Todas las MEF

* P - Proporción; M - Promedio; C - Por Categorías

Cuadro II.1
 CALCULO DEL ERROR MUESTRAL. TODO EL PAIS

Variable	Cate- goría	Valor	N	Error Estandar	Efecto diseño	INTERVALOS DE CONFIANZA	
						Inferior	Superior
EDAD101		28.400	7961	0.075	0.500	28.253	28.546
CPG200		0.064	7961	0.003	1.237	0.058	0.070
DCHL207		0.210	7961	0.010	2.011	0.190	0.229
DLPG214		0.854	4776	0.005	0.921	0.844	0.864
MPREN303		2.822	2284	0.055	1.977	2.714	2.931
LDEL308		0.626	2998	0.022	6.016	0.584	0.669
POST313		0.452	2998	0.017	3.646	0.418	0.486
SANO316		0.842	2997	0.012	3.466	0.818	0.866
OCU402		0.086	4776	0.006	2.280	0.074	0.098
IUDU402		0.120	4776	0.006	1.911	0.107	0.132
STRU402		0.183	4776	0.010	3.123	0.164	0.203
RHYU402		0.087	4776	0.005	1.579	0.077	0.097
DRAU402		0.024	4776	0.003	1.512	0.019	0.030
BEPG416		0.410	2241	0.012	1.347	0.386	0.434
RFP439	1	0.275	2535	0.012	1.906	0.251	0.299
RFP439	2	0.723	2535	0.012	1.829	0.699	0.746
RFP439	3	0.002	2535	0.001	1.303	0.000	0.004
MAS501	1	0.360	3273	0.010	1.485	0.340	0.380
MAS501	2	0.627	3273	0.010	1.459	0.607	0.647
MAS501	3	0.013	3273	0.002	1.417	0.009	0.018
IOPR503		0.369	2052	0.015	1.860	0.341	0.398
ASEX705		16.585	721	0.085	0.988	16.418	16.753
PART707	1	0.441	1297	0.019	1.812	0.405	0.477
PART707	2	0.531	1297	0.018	1.713	0.496	0.567
PART707	3	0.016	1297	0.003	0.909	0.010	0.023
PART707	4	0.011	1297	0.003	0.811	0.006	0.016
PART707	5	0.001	1297	0.001	0.995	-0.001	0.002
UFSX708		0.048	1283	0.006	1.185	0.035	0.060
MARSTAT	1	0.600	7961	0.007	1.723	0.586	0.614
MARSTAT	2	0.072	7961	0.003	1.080	0.066	0.078
MARSTAT	3	0.328	7961	0.007	1.637	0.315	0.341
EDUC	1	0.051	7961	0.006	5.654	0.039	0.062
EDUC	2	0.439	7961	0.015	7.336	0.410	0.469
EDUC	3	0.399	7961	0.013	5.707	0.373	0.425
EDUC	4	0.111	7961	0.008	4.905	0.096	0.126
HIJOS		2.173	7961	0.043	2.558	2.089	2.257
NVIVOS		2.382	7961	0.050	2.734	2.285	2.480
DREA		0.247	4366	0.008	1.408	0.232	0.263
ANTIBI		0.278	1080	0.018	1.654	0.243	0.312
SUERO		0.243	1080	0.014	1.160	0.215	0.270
EUSE		0.694	4776	0.015	5.231	0.664	0.724
CUSE		0.529	4776	0.014	3.801	0.501	0.556
MTIMEU		56.002	1990	2.905	2.425	50.309	61.695
DESEO		0.163	1903	0.011	1.545	0.142	0.184
ANTI		0.379	2443	0.017	3.048	0.345	0.413
NDPT	1	0.348	3891	0.012	2.653	0.324	0.372
NDPT	2	0.064	3891	0.005	1.692	0.054	0.074
NDPT	3	0.083	3891	0.005	1.042	0.074	0.092
NDPT	4	0.504	3891	0.014	3.113	0.477	0.532
NPOL	1	0.349	3891	0.013	2.882	0.323	0.374
NPOL	2	0.054	3891	0.005	1.863	0.044	0.064
NPOL	3	0.075	3891	0.005	1.243	0.066	0.084
NPOL	4	0.522	3891	0.014	3.269	0.494	0.551
NBCG		0.909	4366	0.012	7.773	0.885	0.933
NSAR		0.761	3631	0.014	3.843	0.734	0.789
SEVERE	1	0.154	4366	0.006	1.156	0.142	0.165
SEVERE	2	0.262	4366	0.008	1.340	0.247	0.277
SEVERE	3	0.144	4366	0.007	1.602	0.130	0.157
SEVERE	4	0.440	4366	0.011	2.117	0.419	0.462
NEED		0.096	7961	0.005	2.282	0.086	0.106
KNOW		0.883	7961	0.011	9.687	0.861	0.905

Cuadro II.2
CALCULO DEL ERROR MUESTRAL. QUITO

Variable	Cate- goría	Valor	N	Error Estandard	Efecto diseño	INTERVALOS DE CONFIANZA	
						Inferior	Superior
EDAD101		28.248	1092	0.235	0.743	27.788	28.708
CPG200		0.065	1092	0.008	1.139	0.049	0.081
DCHL207		0.136	1092	0.015	1.074	0.108	0.165
DLPG214		0.824	678	0.009	0.341	0.808	0.841
MPREN303		2.530	347	0.108	1.310	2.318	2.742
LDEL308		0.825	400	0.025	1.721	0.776	0.874
POST313		0.568	400	0.037	2.178	0.496	0.639
SANO316		0.925	400	0.011	0.723	0.903	0.947
OCU402		0.060	678	0.007	0.609	0.046	0.074
IUDU402		0.209	678	0.015	0.870	0.181	0.238
STRU402		0.140	678	0.014	1.077	0.113	0.167
RHYU402		0.150	678	0.017	1.457	0.118	0.183
DRAU402		0.027	678	0.007	1.148	0.014	0.040
BEPG416		0.402	249	0.030	0.923	0.343	0.460
RFP439	1	0.336	429	0.032	2.005	0.272	0.399
RFP439	2	0.660	429	0.032	1.899	0.598	0.721
RFP439	3	0.005	429	0.004	1.857	-0.004	0.013
MAS501	1	0.396	485	0.024	1.174	0.349	0.443
MAS501	2	0.602	485	0.024	1.197	0.554	0.650
MAS501	3	0.002	485	0.002	0.915	-0.002	0.006
IOPR503		0.418	292	0.030	1.108	0.358	0.477
ASEX705		16.921	114	0.283	1.610	16.366	17.476
PART707	1	0.425	200	0.041	1.386	0.344	0.506
PART707	2	0.545	200	0.044	1.532	0.460	0.630
PART707	3	0.015	200	0.010	1.394	-0.005	0.035
PART707	4	0.015	200	0.009	0.983	-0.002	0.032
PART707	5	0.000	200	0.000	1.000	0.000	0.000
UFSX708		0.081	197	0.021	1.195	0.040	0.123
MARSTAT	1	0.621	1092	0.023	2.507	0.575	0.666
MARSTAT	2	0.067	1092	0.008	1.010	0.052	0.082
MARSTAT	3	0.312	1092	0.021	2.308	0.271	0.354
EDUC	1	0.033	1092	0.008	2.166	0.017	0.049
EDUC	2	0.286	1092	0.022	2.581	0.243	0.329
EDUC	3	0.505	1092	0.020	1.758	0.465	0.544
EDUC	4	0.177	1092	0.032	7.867	0.113	0.240
HIJOS		1.744	1092	0.098	3.062	1.551	1.937
NVIVOS		1.880	1092	0.109	3.016	1.666	2.094
DREA		0.230	551	0.013	0.521	0.205	0.256
ANTIBI		0.331	127	0.051	1.474	0.231	0.430
SUERO		0.307	127	0.044	1.155	0.221	0.393
EUSE		0.805	678	0.013	0.756	0.779	0.831
CUSE		0.630	678	0.016	0.719	0.599	0.661
MTIMEU		40.767	305	4.723	2.182	31.509	50.025
DESEO		0.227	211	0.031	1.179	0.166	0.289
ANTI		0.415	301	0.035	1.498	0.347	0.483
NDPT	1	0.346	494	0.030	2.004	0.287	0.406
NDPT	2	0.057	494	0.010	0.965	0.037	0.077
NDPT	3	0.069	494	0.011	0.923	0.047	0.090
NDPT	4	0.528	494	0.032	1.981	0.466	0.590
NPOL	1	0.346	494	0.031	2.085	0.286	0.407
NPOL	2	0.034	494	0.007	0.753	0.020	0.048
NPOL	3	0.061	494	0.013	1.557	0.034	0.087
NPOL	4	0.559	494	0.031	1.915	0.498	0.619
NBCG		0.935	551	0.012	1.278	0.911	0.958
NSAR		0.734	458	0.026	1.577	0.683	0.784
SEVERE	1	0.192	551	0.018	1.112	0.158	0.227
SEVERE	2	0.223	551	0.019	1.162	0.186	0.261
SEVERE	3	0.131	551	0.012	0.707	0.107	0.154
SEVERE	4	0.454	551	0.033	2.461	0.389	0.519
NEED		0.073	1092	0.008	0.996	0.058	0.089
KNOW		0.963	1092	0.006	0.946	0.953	0.974

Cuadro II.3
CALCULO DEL ERROR MUESTRAL. RESTO URBANO SIERRA

Variable	Cate- goría	Valor	N	Error Estandard	Efecto diseño	INTERVALOS DE CONFIANZA	
						Inferior	Superior
EDAD101		28.055	938	0.262	0.748	27.541	28.570
CPG200		0.068	938	0.011	1.778	0.047	0.090
DCHL207		0.183	938	0.017	0.781	0.150	0.217
DLPG214		0.869	526	0.016	1.243	0.837	0.901
MPREN303		2.604	283	0.053	0.254	2.499	2.709
LDEL308		0.774	328	0.030	1.736	0.715	0.834
POST313		0.524	328	0.036	1.668	0.455	0.594
SANO316		0.912	328	0.015	0.883	0.883	0.940
OCU402		0.059	526	0.008	0.648	0.043	0.075
IUDU402		0.127	526	0.013	0.772	0.102	0.152
STRU402		0.192	526	0.016	0.893	0.160	0.224
RHYU402		0.133	526	0.014	0.958	0.105	0.161
DRAU402		0.030	526	0.010	1.948	0.010	0.051
BEPG416		0.425	226	0.061	3.427	0.305	0.544
RFP439	1	0.267	300	0.027	1.148	0.213	0.320
RFP439	2	0.733	300	0.027	1.148	0.680	0.787
RFP439	3	0.000	300	0.000	1.000	0.000	0.000
MAS501	1	0.330	364	0.021	0.753	0.288	0.372
MAS501	2	0.665	364	0.023	0.830	0.621	0.709
MAS501	3	0.005	364	0.003	0.689	-0.001	0.012
IOPR503		0.360	242	0.052	2.861	0.257	0.462
ASEX705		16.576	92	0.168	0.463	16.246	16.906
PART707	1	0.392	153	0.038	0.940	0.317	0.467
PART707	2	0.575	153	0.039	0.938	0.499	0.651
PART707	3	0.007	153	0.007	1.191	-0.007	0.020
PART707	4	0.026	153	0.010	0.593	0.007	0.046
PART707	5	0.000	153	0.000	1.000	0.000	0.000
UFSX708		0.087	149	0.025	1.159	0.038	0.136
MARSTAT	1	0.561	938	0.022	1.839	0.518	0.604
MARSTAT	2	0.064	938	0.006	0.596	0.052	0.076
MARSTAT	3	0.375	938	0.021	1.694	0.335	0.416
EDUC	1	0.021	938	0.004	0.789	0.013	0.030
EDUC	2	0.325	938	0.026	2.882	0.274	0.376
EDUC	3	0.501	938	0.021	1.633	0.460	0.542
EDUC	4	0.152	938	0.014	1.467	0.125	0.180
HIJOS		1.942	938	0.097	1.974	1.752	2.133
NVIVOS		2.126	938	0.105	1.775	1.919	2.332
DREA		0.230	488	0.025	1.785	0.180	0.279
ANTIBI		0.259	112	0.044	1.144	0.172	0.346
SUERO		0.313	112	0.052	1.402	0.211	0.414
EUSE		0.776	526	0.018	0.974	0.740	0.811
CUSE		0.570	526	0.020	0.875	0.531	0.610
MTIMEU		42.212	212	7.720	2.195	27.081	57.343
DESEO		0.197	193	0.044	2.359	0.111	0.283
ANTI		0.360	222	0.047	2.152	0.268	0.453
NDPT	1	0.340	429	0.031	1.869	0.279	0.402
NDPT	2	0.028	429	0.009	1.349	0.010	0.046
NDPT	3	0.070	429	0.011	0.842	0.048	0.092
NDPT	4	0.562	429	0.039	2.709	0.484	0.639
NPOL	1	0.345	429	0.033	2.018	0.281	0.409
NPOL	2	0.028	429	0.010	1.453	0.009	0.047
NPOL	3	0.061	429	0.013	1.186	0.036	0.085
NPOL	4	0.566	429	0.038	2.552	0.492	0.641
NBCG		0.961	488	0.010	1.263	0.942	0.980
NSAR		0.823	402	0.023	1.461	0.778	0.868
SEVERE	1	0.166	488	0.013	0.615	0.140	0.192
SEVERE	2	0.174	488	0.015	0.746	0.145	0.203
SEVERE	3	0.115	488	0.025	2.886	0.067	0.163
SEVERE	4	0.545	488	0.030	1.734	0.487	0.603
NEED		0.065	938	0.010	1.630	0.045	0.085
KNOW		0.934	938	0.008	1.016	0.918	0.950

Cuadro II.4
CALCULO DEL ERROR MUESTRAL. SIERRA RURAL

Variable	Cate- goría	Valor	N	Error Estandard	Efecto diseño	INTERVALOS Inferior	DE CONFIANZA Superior
EDAD101		28.564	1811	0.136	0.370	28.298	28.831
CPG200		0.076	1811	0.007	1.153	0.063	0.089
DCHL207		0.345	1811	0.019	0.959	0.307	0.382
DLPG214		0.842	1146	0.010	0.832	0.823	0.861
MPREN303		3.456	526	0.153	3.013	3.157	3.755
LDEL308		0.353	822	0.035	4.518	0.283	0.422
POST313		0.314	822	0.031	3.570	0.254	0.374
SANO316		0.800	821	0.026	3.343	0.750	0.850
OCU402		0.041	1146	0.011	3.656	0.019	0.063
IUDU402		0.072	1146	0.011	2.093	0.051	0.094
STRU402		0.088	1146	0.012	2.002	0.065	0.111
RHYU402		0.095	1146	0.010	1.463	0.075	0.116
DRAU402		0.028	1146	0.006	1.724	0.015	0.040
BEPG416		0.410	748	0.014	0.628	0.382	0.438
RFP439	1	0.271	398	0.018	0.646	0.236	0.306
RFP439	2	0.729	398	0.018	0.646	0.694	0.764
RFP439	3	0.000	398	0.000	1.000	0.000	0.000
MAS501	1	0.330	889	0.018	1.303	0.294	0.365
MAS501	2	0.648	889	0.018	1.301	0.612	0.684
MAS501	3	0.022	889	0.007	1.871	0.009	0.036
IOPR503		0.286	576	0.027	2.088	0.233	0.340
ASEX705		16.206	131	0.181	0.857	15.851	16.561
PART707	1	0.588	318	0.042	2.268	0.507	0.670
PART707	2	0.393	318	0.040	2.174	0.314	0.472
PART707	3	0.013	318	0.006	0.861	0.001	0.024
PART707	4	0.006	318	0.004	0.886	-0.002	0.014
PART707	5	0.000	318	0.000	1.000	0.000	0.000
UFSX708		0.016	316	0.008	1.175	0.001	0.031
MARSTAT	1	0.633	1811	0.018	2.441	0.598	0.667
MARSTAT	2	0.053	1811	0.006	1.474	0.040	0.066
MARSTAT	3	0.314	1811	0.018	2.574	0.280	0.348
EDUC	1	0.114	1811	0.020	7.263	0.075	0.154
EDUC	2	0.638	1811	0.024	4.360	0.592	0.684
EDUC	3	0.219	1811	0.021	4.782	0.178	0.261
EDUC	4	0.029	1811	0.005	1.697	0.019	0.039
HIJOS		2.488	1811	0.055	0.885	2.379	2.596
NVIVOS		2.832	1811	0.068	0.974	2.699	2.966
DREA		0.272	1271	0.013	1.028	0.247	0.297
ANTIBI		0.194	346	0.025	1.431	0.144	0.243
SUERO		0.214	346	0.021	0.870	0.174	0.254
EUSE		0.465	1146	0.036	5.972	0.395	0.536
CUSE		0.347	1146	0.030	4.621	0.288	0.407
MTIMEU		73.355	256	8.450	2.517	56.793	89.918
DESEO	1	0.127	645	0.016	1.533	0.095	0.159
DESEO	2	0.310	645	0.023	1.527	0.266	0.354
DESEO	3	0.563	645	0.028	2.077	0.508	0.618
ANTI		0.261	631	0.029	2.728	0.205	0.318
NDPT	1	0.425	1134	0.024	2.574	0.379	0.471
NDPT	2	0.056	1134	0.009	1.745	0.039	0.074
NDPT	3	0.063	1134	0.006	0.800	0.051	0.076
NDPT	4	0.455	1134	0.028	3.604	0.400	0.510
NPOL	1	0.429	1134	0.027	3.351	0.377	0.482
NPOL	2	0.056	1134	0.009	1.926	0.037	0.074
NPOL	3	0.060	1134	0.007	0.877	0.047	0.073
NPOL	4	0.455	1134	0.029	3.888	0.398	0.512
NBCG		0.908	1271	0.021	6.431	0.868	0.948
NSAR		0.750	1054	0.031	5.300	0.689	0.810
SEVERE	1	0.120	1271	0.008	0.783	0.105	0.136
SEVERE	2	0.252	1271	0.016	1.715	0.221	0.283
SEVERE	3	0.124	1271	0.010	1.073	0.106	0.143
SEVERE	4	0.504	1271	0.017	1.442	0.471	0.537
NEED		0.150	1811	0.010	1.298	0.131	0.168
KNOW		0.705	1811	0.034	9.973	0.638	0.771

Cuadro II.5
CALCULO DEL ERROR MUESTRAL. GUAYAQUIL

Variable	Cate- goría	Valor	N	Error Estandard	Efecto diseño	INTERVALOS DE CONFIANZA	
						Inferior	Superior
EDAD101		28.500	1364	0.131	0.265	28.243	28.757
CPG200		0.051	1364	0.007	1.419	0.037	0.065
DCHL207		0.132	1364	0.015	1.382	0.103	0.161
DLPG214		0.838	741	0.016	1.478	0.806	0.870
MPREN303		2.546	335	0.104	1.252	2.343	2.750
LDEL308		0.918	389	0.018	1.647	0.883	0.953
POST313		0.494	389	0.022	0.744	0.451	0.536
SANO316		0.889	389	0.017	1.207	0.855	0.924
OCU402		0.085	741	0.011	1.224	0.063	0.107
IUDU402		0.152	741	0.009	0.417	0.136	0.169
STRU402		0.279	741	0.017	1.021	0.247	0.312
RHYU402		0.053	741	0.005	0.308	0.044	0.062
DRAU402		0.032	741	0.005	0.534	0.023	0.042
BEPG416		0.513	269	0.044	2.065	0.427	0.599
RFP439	1	0.242	472	0.032	2.588	0.179	0.304
RFP439	2	0.756	472	0.032	2.565	0.694	0.818
RFP439	3	0.002	472	0.002	0.998	-0.002	0.006
MAS501	1	0.370	449	0.029	1.663	0.312	0.427
MAS501	2	0.615	449	0.032	1.906	0.553	0.677
MAS501	3	0.016	449	0.004	0.572	0.007	0.024
IOPR503		0.359	276	0.018	0.384	0.324	0.394
ASEX705		17.063	126	0.151	0.485	16.767	17.360
PART707	1	0.288	177	0.028	0.655	0.234	0.342
PART707	2	0.684	177	0.020	0.312	0.645	0.722
PART707	3	0.011	177	0.007	0.769	-0.002	0.025
PART707	4	0.017	177	0.007	0.468	0.004	0.030
PART707	5	0.000	177	0.000	1.000	0.000	0.000
UFSX708		0.063	174	0.021	1.329	0.022	0.105
MARSTAT	1	0.543	1364	0.007	0.285	0.529	0.557
MARSTAT	2	0.087	1364	0.009	1.290	0.070	0.104
MARSTAT	3	0.370	1364	0.006	0.220	0.358	0.382
EDUC	1	0.008	1364	0.002	0.760	0.004	0.012
EDUC	2	0.329	1364	0.025	3.746	0.281	0.377
EDUC	3	0.504	1364	0.021	2.396	0.463	0.545
EDUC	4	0.159	1364	0.014	1.903	0.132	0.186
HIJOS		1.812	1364	0.037	0.426	1.740	1.883
NVIVOS		1.944	1364	0.047	0.576	1.852	2.035
DREA		0.261	510	0.021	1.184	0.219	0.302
ANTIBI		0.368	133	0.057	1.887	0.256	0.481
SUERO		0.323	133	0.034	0.703	0.257	0.390
EUSE		0.822	741	0.013	0.825	0.797	0.847
CUSE		0.634	741	0.018	0.990	0.600	0.669
MTIMEU		34.708	408	2.461	1.233	29.885	39.532
DESEO		0.251	231	0.031	1.192	0.190	0.312
ANTI		0.477	350	0.033	1.514	0.413	0.542
NDPT	1	0.242	447	0.033	2.696	0.176	0.307
NDPT	2	0.040	447	0.009	0.847	0.023	0.057
NDPT	3	0.119	447	0.014	0.796	0.092	0.145
NDPT	4	0.600	447	0.029	1.543	0.543	0.656
NPOL	1	0.237	447	0.034	2.924	0.170	0.305
NPOL	2	0.029	447	0.008	1.027	0.013	0.045
NPOL	3	0.081	447	0.013	1.001	0.055	0.106
NPOL	4	0.653	447	0.024	1.124	0.606	0.700
NBCG		0.969	510	0.006	0.644	0.956	0.981
NSAR		0.885	418	0.012	0.624	0.861	0.909
SEVERE	1	0.194	510	0.022	1.630	0.150	0.238
SEVERE	2	0.286	510	0.016	0.624	0.255	0.317
SEVERE	3	0.206	510	0.022	1.569	0.162	0.250
SEVERE	4	0.314	510	0.038	3.457	0.239	0.389
NEED		0.067	1364	0.008	1.446	0.051	0.083
KNOW		0.963	1364	0.006	1.244	0.952	0.974

Cuadro II.6
CALCULO DEL ERROR MUESTRAL. RESTO URBANO COSTA

Variable	Cate- goría	Valor	N	Error Estandard	Efecto diseño	INTERVALOS Inferior	DE CONFIANZA Superior
EDAD101		28.352	1398	0.102	0.163	28.152	28.552
CPG200		0.054	1398	0.004	0.418	0.046	0.061
DCHL207		0.149	1398	0.012	0.605	0.125	0.172
DLPG214		0.881	801	0.007	0.327	0.869	0.894
MPREN303		2.414	418	0.094	1.359	2.230	2.598
LDEL308		0.761	472	0.030	2.258	0.703	0.818
POST313		0.572	472	0.027	1.390	0.519	0.625
SANO316		0.905	472	0.014	1.113	0.877	0.933
OCU402		0.154	801	0.010	0.646	0.133	0.174
IUDU402		0.109	801	0.010	0.751	0.090	0.127
STRU402		0.267	801	0.029	3.392	0.211	0.324
RHYU402		0.077	801	0.012	1.499	0.055	0.100
DRAU402		0.010	801	0.004	1.119	0.003	0.017
BEPG416		0.336	286	0.028	1.001	0.281	0.390
RFP439	1	0.282	515	0.036	3.315	0.211	0.352
RFP439	2	0.717	515	0.035	3.044	0.649	0.784
RFP439	3	0.002	515	0.002	0.700	-0.001	0.005
MAS501	1	0.392	490	0.035	2.496	0.324	0.460
MAS501	2	0.600	490	0.035	2.548	0.531	0.669
MAS501	3	0.008	490	0.004	1.202	-0.001	0.017
IOPR503		0.391	294	0.021	0.532	0.350	0.432
ASEX705		16.610	105	0.163	0.541	16.290	16.929
PART707	1	0.459	194	0.032	0.795	0.396	0.521
PART707	2	0.510	194	0.033	0.823	0.446	0.574
PART707	3	0.026	194	0.007	0.375	0.012	0.039
PART707	4	0.005	194	0.005	1.107	-0.005	0.016
PART707	5	0.000	194	0.000	1.000	0.000	0.000
UFSX708		0.047	193	0.013	0.693	0.022	0.071
MARSTAT	1	0.573	1398	0.014	1.151	0.545	0.601
MARSTAT	2	0.086	1398	0.006	0.662	0.074	0.098
MARSTAT	3	0.341	1398	0.011	0.724	0.320	0.362
EDUC	1	0.014	1398	0.004	1.515	0.007	0.022
EDUC	2	0.335	1398	0.023	3.298	0.291	0.380
EDUC	3	0.483	1398	0.022	2.604	0.441	0.525
EDUC	4	0.167	1398	0.015	2.316	0.138	0.197
HIJOS		2.001	1398	0.072	1.367	1.860	2.141
NVIVOS		2.149	1398	0.079	1.363	1.995	2.304
DREA		0.191	658	0.017	1.247	0.158	0.225
ANTIBI		0.357	126	0.076	3.161	0.208	0.506
SUERO		0.230	126	0.034	0.830	0.163	0.297
EUSE		0.818	801	0.015	1.161	0.789	0.847
CUSE		0.639	801	0.017	0.973	0.606	0.672
MTIMEU		51.772	443	5.087	1.307	41.802	61.742
DESEO		0.125	240	0.025	1.342	0.077	0.173
ANTI		0.487	396	0.035	1.922	0.419	0.556
NDPT	1	0.289	592	0.022	1.406	0.246	0.332
NDPT	2	0.071	592	0.011	1.098	0.049	0.093
NDPT	3	0.090	592	0.013	1.258	0.064	0.115
NDPT	4	0.551	592	0.023	1.309	0.505	0.597
NPOL	1	0.280	592	0.022	1.449	0.237	0.324
NPOL	2	0.059	592	0.010	1.017	0.040	0.078
NPOL	3	0.078	592	0.010	0.840	0.058	0.097
NPOL	4	0.583	592	0.024	1.366	0.536	0.629
NBCG		0.945	658	0.009	0.950	0.928	0.962
NSAR		0.803	554	0.028	2.841	0.747	0.859
SEVERE	1	0.161	658	0.010	0.470	0.142	0.180
SEVERE	2	0.301	658	0.026	2.151	0.250	0.352
SEVERE	3	0.140	658	0.018	1.702	0.105	0.174
SEVERE	4	0.398	658	0.029	2.333	0.341	0.455
NEED		0.062	1398	0.011	2.799	0.041	0.083
KNOW		0.953	1398	0.006	1.012	0.942	0.964

Cuadro II.7
CALCULO DEL ERROR MUESTRAL. COSTA RURAL

Variable	Cate- goría	Valor	N	Error Estandard	Efecto diseño	INTERVALOS DE CONFIANZA	
						Inferior	Superior
EDAD101		28.488	1358	0.252	0.931	27.994	28.983
CPG200		0.070	1358	0.007	0.978	0.057	0.083
DCHL207		0.247	1358	0.029	2.741	0.189	0.304
DLPG214		0.872	884	0.010	0.869	0.852	0.893
MPREN303		3.069	375	0.123	1.437	2.829	3.310
LDEL308		0.489	587	0.037	3.282	0.416	0.562
POST313		0.402	587	0.041	4.052	0.322	0.482
SANO316		0.724	587	0.038	4.254	0.649	0.799
OCU402		0.120	884	0.015	1.888	0.090	0.149
IUDU402		0.089	884	0.019	4.027	0.052	0.127
STRU402		0.179	884	0.015	1.392	0.149	0.209
RHYU402		0.037	884	0.006	0.985	0.025	0.050
DRAU402		0.021	884	0.006	1.443	0.010	0.033
BEPG416		0.393	463	0.025	1.251	0.343	0.443
RFP439	1	0.254	421	0.02	5 1.340	0.206	0.302
RFP439	2	0.743	421	0.02	4 1.293	0.696	0.791
RFP439	3	0.002	421	0.00	2 0.929	-0.002	0.007
MAS501	1	0.359	596	0.02	0 1.009	0.320	0.398
MAS501	2	0.624	596	0.01	8 0.867	0.588	0.660
MAS501	3	0.017	596	0.00	5 0.734	0.008	0.026
IOPR503		0.457	372	0.03	4 1.682	0.391	0.523
ASEX705		16.255	153	0.16	2 0.954	15.938	16.572
PART707	1	0.392	255	0.04	4 2.051	0.306	0.478
PART707	2	0.576	255	0.04	2 1.841	0.494	0.659
PART707	3	0.024	255	0.00	9 0.991	0.005	0.042
PART707	4	0.004	255	0.00	4 1.009	-0.004	0.012
PART707	5	0.004	255	0.00	4 0.968	-0.004	0.011
UFSX708		0.028	254	0.01	0 0.949	0.008	0.047
MARSTAT	1	0.651	1358	0.01	1 0.754	0.629	0.673
MARSTAT	2	0.080	1358	0.00	9 1.371	0.063	0.096
MARSTAT	3	0.270	1358	0.01	2 0.960	0.246	0.293
EDUC	1	0.081	1358	0.01	3 3.236	0.055	0.107
EDUC	2	0.594	1358	0.03	4 6.390	0.528	0.660
EDUC	3	0.292	1358	0.03	4 7.605	0.226	0.359
EDUC	4	0.032	1358	0.00	9 3.254	0.015	0.049
HIJOS		2.797	1358	0.12	5 2.436	2.553	3.042
NVIVOS		3.044	1358	0.14	5 2.724	2.760	3.329
DREA		0.266	888	0.01	8 1.475	0.230	0.301
ANTIBI		0.288	236	0.02	8 0.915	0.233	0.343
SUERO		0.178	236	0.02	6 1.054	0.128	0.228
EUSE		0.638	884	0.02	6 2.616	0.587	0.689
CUSE		0.473	884	0.02	9 3.037	0.415	0.530
MTIMEU		93.404	366	10.20	3 3.361	73.407	113.401
DESEO		0.141	383	0.01	7 0.918	0.108	0.174
ANTI		0.361	543	0.04	6 4.901	0.272	0.450
NDPT	1	0.347	795	0.02	3 1.892	0.302	0.393
NDPT	2	0.108	795	0.01	3 1.371	0.083	0.133
NDPT	3	0.103	795	0.00	9 0.650	0.086	0.120
NDPT	4	0.442	795	0.03	7 4.456	0.369	0.514
NPOL	1	0.351	795	0.02	2 1.738	0.307	0.395
NPOL	2	0.088	795	0.01	3 1.788	0.062	0.114
NPOL	3	0.108	795	0.01	3 1.406	0.083	0.134
NPOL	4	0.453	795	0.03	9 4.786	0.377	0.529
NBCG		0.805	888	0.04	0 8.890	0.728	0.883
NSAR	1	0.662	745	0.03	3 3.680	0.597	0.727
SEVERE	1	0.143	888	0.01	5 1.603	0.114	0.172
SEVERE	2	0.306	888	0.01	6 1.105	0.274	0.338
SEVERE	3	0.162	888	0.01	6 1.646	0.131	0.193
SEVERE	4	0.389	888	0.02	2 1.820	0.345	0.432
NEED	1	0.128	1358	0.01	1 1.583	0.106	0.150
KNOW	1	0.871	1358	0.01	4 2.439	0.843	0.899



ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD MATERNO INFANTIL
ECUADOR 1989
CUESTIONARIO DE HOGAR



A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA

REGION: _____

PROVINCIA: _____

CANTON: _____

PARROQUIA: _____

AREA: URBANA 1

 RURAL 2

B. IDENTIFICACION MUESTRAL

SECTOR CENSAL

SEGMENTO No.

VIVIENDA No.

DOMINIO

CUESTIONARIO

No. 09906

DIRECCION DE LA VIVIENDA SELECCIONADA: _____

	C. VISITAS DE LA ENTREVISTADORA				VISITA FINAL
	1	2	3	4	
Código de Entrevistadora	<input type="checkbox"/>				
Fecha Visita	Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/>				
Hora Inicial de la Entrevista :	Hora <input type="checkbox"/> Min. <input type="checkbox"/>				
Resultado *	<input type="checkbox"/>				
* Código de Resultado:	Completa... 1		Rechazada..... 4		
	Ausente... 2		Respondida Parcialmente..... 5		
	Aplazada... 3		Otro _____ 8		
					(especifique)

D. OBSERVACIONES : _____

E. DATOS DE PROCESAMIENTO

	Código	Día	Mes
Codificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. MUJERES EN EL HOGAR

No.	PREGUNTAS	CODIGOS
100	¿Cuántas mujeres, incluyendo las menores de edad, residen habitualmente en esta vivienda?	[]

- SI NO HAY MUJERES, TERMINE LA ENTREVISTA

- SI HAY MUJERES, COMPLETE ESTA HOJA: ANOTE EN LINEA 1 A LA MUJER DE MAYOR EDAD Y PROSIGA EN ORDEN DESCENDENTE HASTA LAS DE 10 AÑOS.

101	Cuál es el nombre de las mujeres de 10 años de edad o mayores, que residen habitualmente en esta vivienda? Empiece con la de mayor edad.
-----	--

Linea No.	Nombre de la Mujer	Edad en años cumplidos (a)	Estado Civil (ANOTE CODIGO) (b)	Ultimo grado escolar que aprobó (ANOTE CODIGO) (c)	Marque "X" si tiene 15-49 años de edad (d)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

<p>CODIGO ESTADO CIVIL:</p> <p>UNIDA 1</p> <p>CASADA 2</p> <p>VIUDA 3</p> <p>SEPARADA 4</p> <p>DIVORCIADA 5</p> <p>SOLTERA 6</p> <p>DESCONOCIDO 9</p>	<p>CODIGO EDUCACION:</p> <p>NINGUNO 0</p> <p>PRIMARIA 1</p> <p>SECUNDARIA 2</p> <p>SUPERIOR 3</p> <p>CENTRO DE ALFABETIZ. 4</p> <p>DESCONOCIDO 9</p> <p style="text-align: right;">NIVEL GRADO o CURSO</p> <p>0</p> <p>1 2 3 4 5 6</p> <p>1 2 3 4 5 6</p> <p>1 2 3 4 5 6+</p> <p>1 2 3 4</p> <p>9</p>
---	---

102	ENTREVISTADORA: - ANOTE EL NUMERO DE MUJERES DE 15-49 AÑOS DE EDAD QUE RESIDE EN ESTA VIVIENDA	[]
-----	---	-----

HAY MUJERES DE 15-49 AÑOS



CONTINUE CON 103

NO HAY MUJERES DE 15-49 AÑOS



PASE A SIGUIENTE VIVIENDA

G. ALGUNOS DATOS DE LA VIVIENDA

No.	PREGUNTAS	CODIGOS																					
103	¿Cuántos hombres, y mujeres, incluyendo Ud, los menores de edad, residen habitualmente en esta - vivienda?	No. Total Hombres <input type="text"/> No. Total Mujeres <input type="text"/> Total Personas <input type="text"/>																					
104	¿De qué tipo de servicio de agua dispone en la vivienda?	Red pública (entubada) -Dentro de la vivienda.. 1 -Fuera de la vivienda pero en el edificio ... 2 -Fuera del edificio 3 Pila Pública..... 4 Pozo ó Aljibe 5 Río, acequia 6 Carro Tanquero 7 Otro _____ 8 especifique																					
105	¿Qué clase de servicio higiénico tiene la vivienda?	No tiene..... 1 Letrina..... 2 Excusado de uso exclusivo de la vivienda..... 3 Excusado de uso común de varias viviendas..... 4 Otro _____ 8 especifique																					
106	¿Cuántos cuartos (habitaciones) tiene esta vivienda, no incluya la cocina, el baño, ni los usados exclusivamente para fines diferentes de vivienda?	<input type="text"/>																					
107	Podría decirme si en esta vivienda tienen: (LEALE TODOS LOS ITEMS)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Luz eléctrica</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Radio.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Televisión.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Refrigerador.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Teléfono.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Vehículo propio ...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	Luz eléctrica	1	2	Radio.....	1	2	Televisión.....	1	2	Refrigerador.....	1	2	Teléfono.....	1	2	Vehículo propio ...	1	2
	SI	NO																					
Luz eléctrica	1	2																					
Radio.....	1	2																					
Televisión.....	1	2																					
Refrigerador.....	1	2																					
Teléfono.....	1	2																					
Vehículo propio ...	1	2																					
108	¿Qué combustible usan generalmente para cocinar?	Electricidad..... 1 Gas..... 2 Kerex..... 3 Leña o carbón..... 4 Otro _____ 8 especifique No cocinan 9																					

SIGA CON EL
CUESTIONARIO INDIVIDUAL



CUESTIONARIO INDIVIDUAL
ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD MATERNO INFANTIL
ECUADOR 1989



A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA

REGION:	_____	<input type="checkbox"/>
PROVINCIA:	_____	<input type="checkbox"/>
CANTON:	_____	<input type="checkbox"/>
PARROQUIA:	_____	<input type="checkbox"/>
AREA:	URBANA	1
	RURAL	2

B. IDENTIFICACION MUESTRAL

SECTOR CENSAL	_____
SEGMENTO No.	_____
VIVIENDA No.	_____
DOMINIO	<input type="checkbox"/>
CUESTIONARIO No.	_____
No. LIN MEF	_____

DIRECCION DE LA VIVIENDA SELECCIONADA: _____

	C. VISITAS DE LA ENTREVISTADORA				VISITA FINAL
	1	2	3	4	
Código de Entrevistadora	_____	_____	_____	_____	_____
Fecha Visita	Día _____ Mes _____	Día _____ Mes _____	Día _____ Mes _____	Día _____ Mes _____	Día _____ Mes _____
Hora Inicial de la Entrevista :	Hora _____ Min. _____	Hora _____ Min. _____	Hora _____ Min. _____	Hora _____ Min. _____	Hora _____ Min. _____
Resultado *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Código de Resultado:	Completa.. 1		Rechazada..... 4		
	Ausente... 2		Respondida Parcialmente..... 5		
	Aplazada.. 3		Otro _____ 8		
			(especifique)		

D. OBSERVACIONES : _____

E. DATOS DE PROCESAMIENTO			
	Código	Día	Mes
Codificado	_____	_____	_____
Digitado	_____	_____	_____
Verificado	_____	_____	_____

II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y partos que haya tenido, durante toda su vida, hasta la fecha.

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	Pase a Pregunta
200	¿Actualmente está Ud. embarazada?	Si1 No0 No sabe9	→202
201	¿Ha estado Ud. embarazada alguna vez?	Si1 No2	→204 →216
202	¿Cuántos meses de embarazo tiene Ud.?	MESES _ _ No sabe98	
203	¿Es su primer embarazo?	Si1 No2	→212
204	Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con Ud.?	A. HIJOS EN CASA _ _ B. HIJAS EN CASA _ _ C. TOTAL HIJOS EN CASA _ _ (SI NO TIENE ANOTE 00)	
205	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos no viven con Ud.?	A. HIJOS FUERA DE CASA _ _ B. HIJAS FUERA DE CASA _ _ C. TOTAL HIJOS FUERA _ _ (SI NO TIENE ANOTE 00)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	Pase a Pregunta
206	¿Tuvo Ud. hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido solo poco tiempo?	SI1 NO2	→208
207	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos, han muerto?	A. HIJOS QUE MURIERON <input type="text"/> B. HIJAS QUE MURIERON <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS MURIERON <input type="text"/>	
208	¿Tuvo algún hijo o hija que nació muerto después de completar el sexto mes de embarazo (mortinato)? (PREGUNTELE SI EL NIÑO PRESENTO SIGNOS DE VIDA. SI CONTESTA SI CORRIJA LAS PREG. 206 Y 207).	Si.....1 No.....2	→210
209	¿Cuántos de sus embarazos terminaron en hijos que nacieron muertos?	No. de MORTINATOS <input type="text"/>	
210	¿Ha tenido alguna pérdida antes de completar su sexto mes de embarazo?	SI1 NO2	→212
211	¿Cuántas pérdidas ha tenido antes de completar el sexto mes de embarazo?	No.de PERDIDAS <input type="text"/>	
212	<p>ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 200, 204C, 205C, 207C, 209 y 211.</p> <p>→</p> <p>PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTEN CORRECTOS, PREGUNTE: Ud. ha tenido en total...embarazos?</p>	200. ACTUALMENTE EMBARAZADA.. <input type="text"/> 204 C. TOTAL HIJOS EN CASA <input type="text"/> 205 C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA <input type="text"/> 207 C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON <input type="text"/> 209. MORTINATOS <input type="text"/> 211. PERDIDAS..... <input type="text"/> SUMA TOTAL DE EMBARAZOS <input type="text"/>	
213	¿Ha tenido partos múltiples? SI EL TOTAL DE EMBARAZOS NO COINCIDE Y ESTO NO SE DEBE A "NACIMIENTOS MÚLTIPLES" INDAGUE, CORRIJA Y CONTINUE.	NUMERO DE PARTOS MÚLTIPLES <input type="text"/>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	Pase a Pregunta	
214	El último embarazo que Ud. tuvo (o tiene), ¿lo deseaba?	Si1 No2 No Sabe.....9	→ 216 → 216	
215	¿No quería tener (más) hijos o le hubiera gustado esperar un poco?	No quería tener más hijos..1 Quería esperar un poco más.2		
216	¿Desea Ud. actualmente un embarazo?	Si1 No2 ACTUALMENTE EMBARAZADA...3 (VEA 200) No sabe9		
217	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última regla (menstruación)?	MESES <input type="text"/> Menos de un mes.....00 Ya no menstrua.....95 Nunca ha menstruado.....96 Antes del último embar..97 No Recuerda.....98		
218	VEA: 212 CON UNO O MAS HIJOS NACIDOS VIVOS (204C, 205C, 207C) <input type="checkbox"/> ↓ CONTINUE CON 219	ENTREVISTADA CON 00 EMBARAZOS <input type="checkbox"/>	SOLO EMBARAZO ACTUAL (200) <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 400	SOLO TUVO MORTINATOS O PERDIDAS (209, 211) <input type="checkbox"/>
219	¿Cuántos hijos e hijas que nacieron vivos a partir de Enero 1974 ha tenido Ud.?	TOTAL NACIDOS VIVOS A PARTIR DE 1974. <input type="text"/>		

Ahora, quisiera hacer una lista completa de todos los nacidos vivos que Ud. ha tenido desde Enero 1974, estén vivos o hayan muerto. Empecemos por el menor.

- ANOTE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA FILA A, EMPIECE POR EL MENOR EN COL.1 Y CONTINUE EN ORDEN DE NACIMIENTOS (DE MENOR A MAYOR).
- SI HUBIERA MAS DE 12 NACIDOS VIVOS TERMINE LA LISTA EN LA COLUMNA DOCE.
- LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MULTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGISTRELOS EN COLUMNAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.

PREGUNTAS 220	NACIMIENTOS OCURRIDOS DESDE ENERO DE 1974					
	1	2	3	4	5	6
	ULTIMO VIVO	PENULTIMO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR	SEXTO ANTERIOR
a. Qué nombre le puso?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
b. Es hombre o mujer?	Hombre...1 Mujer....2	Hombre...1 Mujer....2	Hombre...1 Mujer....2	Hombre...1 Mujer....2	Hombre...1 Mujer....2	Hombre...1 Mujer....2
c. En qué mes y año nació?	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. Está vivo?	Si...1 (A RENGLO g) No...2					
e. En qué mes y año murió?	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f. Qué edad tenía al morir?	Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g. Le dió pecho al niño?	Si <input type="checkbox"/> ...1 No <input type="checkbox"/> ...2→	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 1	Si... 1 No... 2
		PASE A COLUMNA 3	PASE A COLUMNA 4	PASE A COLUMNA 5	PASE A COLUMNA 6	PASE A COLUMNA 7

ENTREVISTADORA: APLIQUE 221 A 224 AL "ULTIMO NACIDO VIVO" SI NACIO A PARTIR DE ENERO 1987, ESTA VIVO, Y LE DIO EL PECHO. CASO CONTRARIO PASE AL PENULTIMO NACIDO VIVO.

221	¿Esta dándole pecho actualmente?	Si.....1 No.....2	
222	¿A los cuántos meses de edad empezó a dar otro tipo de líquidos (otras leches, agua, jugos, etc) ?	MESES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Menos que un mes..... 00 No le da todavía.....33 No recuerda.....98	
223	¿A los cuántos meses de edad le empezó a dar comidas espesas o aplastadas? (coladas, avenas, cereales, purés)	MESES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Menos que un mes.....00 No le da todavía.....33 No recuerda.....98	
224	¿A los cuántos meses de edad le empezó a dar comidas sólidas? (pedacitos de carne, alimentos enteros, etc.)	MESES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Menos que un mes.....00 No le da todavía.....33 No recuerda.....98	PASE AL PENULTIMO

PREGUNTAS	NACIMIENTOS OCURRIDOS DESDE ENERO DE 1974					
	7	8	9	10	11	12
	SEPTIMO ANTERIOR	OCTAVO ANTERIOR	NOVENO ANTERIOR	DECIMO ANTERIOR	ONCEAVO ANTERIOR	DOCEAVO ANTERIOR
a. Qué nombre le puso?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
b. Es hombre o mujer?	Hombre..1 Mujer...2	Hombre..1 Mujer...2	Hombre..1 Mujer...2	Hombre..1 Mujer...2	Hombre..1 Mujer...2	Hombre..1 Mujer...2
c. En qué mes y año nació?	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. Está vivo?	Si...1 (A RENGLON g) No...2					
e. En qué mes y año murió?	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f. Qué edad tenía al morir?	Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g. Le dió pecho al niño?	Si....1 No....2	Si....1 No....2	Si....1 No....2	Si....1 No....2	Si....1 No....2	Si....1 No....2
	PASE A COLUMNA 8	PASE A COLUMNA 9	PASE A COLUMNA 10	PASE A COLUMNA 11	PASE A COLUMNA 12	CONTINUE CON 225

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
225	VEA.220, COLUMNAS 1 A 12 HAY HIJOS QUE MURIERON DESDE JULIO DE 1979 (fila e) Y ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS DE EDAD (fila f) <input type="checkbox"/> ↓ CONTINUE CON 226	OTROS CASOS <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 245	

ULTIMO NIÑO QUE MURIO			
226	ENTREVISTADORA: VEA 220 Y ANOTE EL NOMBRE Y LA EDAD DEL ULTIMO NIÑO QUE MURIO.	NOMBRE _____ AÑOS <u> </u> MESES <u> </u> DIAS <u> </u>	
Ahora hablaremos de (NOMBRE DEL ULTIMO NIÑO QUE MURIO):			
227	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando (NOMBRE DEL HIJO QUE MURIO) nació?	MESES <u> </u> No recuerda98	
228	¿El tamaño del niño al nacer era pequeño, normal o grande?	Pequeño..... 1 Normal..... 2 Grande 3 No recuerda..... 9	
229	¿Murió el niño como resultado de un accidente (quemaduras, ahogado, caída, de automóvil, etc.)?	Si 1 —> 235 No2	
230	En sus palabras, dígame qué es lo más importante que recuerda Ud. de la enfermedad del niño:	_____ _____ _____	
231	VEA 226 EL NIÑO MURIO ANTES DE 28 DIAS DE EDAD <input type="checkbox"/> ↓ CONTINUE CON 232	EL NIÑO MURIO DE 28 DIAS DE EDAD O MAS <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 233	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
-----	-----------	---------	--------------------

SINTOMAS PARA NIÑOS MENORES DE 28 DIAS, QUE FALLECIERON

232	a. ¿Dónde tuvo el parto?	-Hospital o Maternidad MSP.....1 -Centro de Salud y similares MSP2 -Hospital, clínicas, dispensario, IESS.. 3 -Seguro Social Campesino..... 4 -Fuerzas Armadas (FF.AA.)..... 5 -Junta de Beneficencia..... 6 -Clínica o médico privado..... 7 -Parto domiciliario con médico, obstetrix o enfermera..... 8 -Parto domiciliario con Comadrona Voluntaria Rural (CVR)..... 9 -Parto domiciliario con partera tradicional, empírica..... 10 -Parto domiciliario con familiares, amistades 11 -Parto sola..... 12 -Otro _____..88 (especifique) -No sabe/no recuerda 98																													
	b. ¿Se rompió su "agua de fuente" un día ó más antes de dar a luz?	Si..... 1 No..... 2 No recuerda 9																													
	c. Podría Ud. decirme si:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>¿Estaba sangrando en los últimos días antes del parto?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>¿Tenía fiebre alta, vómitos y/o diarrea en los últimos días antes del parto?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>¿Nació el niño de pies?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>¿Tuvieron que hacerle cesárea?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>¿Lloró el niño en los minutos después de nacer?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>¿Se veía azul el niño al salir?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS/NR	¿Estaba sangrando en los últimos días antes del parto?	1	2	9	¿Tenía fiebre alta, vómitos y/o diarrea en los últimos días antes del parto?	1	2	9	¿Nació el niño de pies?.....	1	2	9	¿Tuvieron que hacerle cesárea?	1	2	9	¿Lloró el niño en los minutos después de nacer?	1	2	9	¿Se veía azul el niño al salir?	1	2	9	
	SI	NO	NS/NR																												
¿Estaba sangrando en los últimos días antes del parto?	1	2	9																												
¿Tenía fiebre alta, vómitos y/o diarrea en los últimos días antes del parto?	1	2	9																												
¿Nació el niño de pies?.....	1	2	9																												
¿Tuvieron que hacerle cesárea?	1	2	9																												
¿Lloró el niño en los minutos después de nacer?	1	2	9																												
¿Se veía azul el niño al salir?	1	2	9																												

No.	PREGUNTAS	CODIGOS		
-----	-----------	---------	--	--

SINTOMAS PARA NIÑOS MAYORES DE 28 DIAS, QUE FALLECIERON

233	Durante la semana anterior a que muriera el niño:	SI	NO	NS/NR
	¿Podía lactar?.....	1	2	9
	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa?.....	1	2	9
	¿Tenía el pecho hundido?	1	2	9
	¿Tenía tos convulsiva?	1	2	9
	¿Tenía labios azulados?	1	2	9
	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días?	1	2	9
	¿Tenía temblor?.....	1	2	9
	¿Tenía escalofríos?.....	1	2	9
	¿Sudaba excesivamente?.....	1	2	9
	¿Tenía los ojos rojos y lagrimando?.....	1	2	9
	¿Tenía erupción en la piel?.....	1	2	9
	¿Tenía heridas en los labios?.....	1	2	9
	¿Tenía el pelo rojo y/o frágil?.....	1	2	9
	¿Tenía la piel seca y arrugada?.....	1	2	9
	¿Tenía los ojos hundidos?.....	1	2	9

No.	PREGUNTAS	CODIGOS		
		SI	NO	NS, NR
	¿Tenía la mollera hundida?.....	1	2	9
	¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que lo normal?.....	1	2	9
	- Número de asientos en 24 horas <input type="text"/>			
	¿Tenía moco y sangre en la diarrea?.....	1	2	9
	¿Tenía vómitos?	1	2	9
	¿Tenía vómitos después de tener tos?.....	1	2	9
	¿Tenía el abdomen hinchado?.....	1	2	9
	¿Podía orinar?.....	1	2	9
	¿Tenía la espalda rígida o arqueada?.....	1	2	9
	¿Tenía convulsiones o espasmos?.....	1	2	9
	¿Podía abrir la boca para llorar?.....	1	2	9
	¿Tenía parálisis en las piernas?.....	1	2	9
	¿Tenía algún defecto en el cuerpo o la cabeza?	1	2	9
		↓		
			(especifique)	
	¿Cuál de las siguientes vacunas le habian puesto:?			
	- BCG (del nacimiento o de inscripción).....	1	2	9
	- DPT (Triple).....	1	2	9
	- POLIO	1	2	9
	- SARAMPION	1	2	9

PASE A 235

No.	CODIGOS		
234	<p>USO EXCLUSIVO PARA LA OFICINA CENTRAL</p> <p>CODIGOS DE CAUSAS DE MUERTE</p> <p>Accidente 1</p> <p>Prematuro/bajo peso al nacer 2</p> <p>Tétanos neonatal..... 3</p> <p>Trauma del nacimiento/asfixia perinatal..... 4</p> <p>Infección aguda de vías respiratorias..... 5</p> <p>Diarrea, deshidratación..... 6</p> <p>Malaria 7</p> <p>Sarampión 8</p> <p>Tosferina 9</p> <p>Meningitis10</p> <p>Anomalías congénitas11</p> <p>Otras complicaciones perinatales.....12</p> <p>Otro _____ 88 (especifique)</p> <p>No especificado98</p>	<p>CAUSA PRIMARIA</p> <p>┌───┐</p>	<p>CAUSA SECUNDARIA</p> <p>┌───┐</p>
235	<p>UN SOLO HIJO FALLECIDO ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS</p> <p style="text-align: center;">□</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">PASE A 245</p>	<p>MAS DE UN HIJO FALLECIDO ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS</p> <p style="text-align: center;">□</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">CONTINUE CON 236</p>	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
PENULTIMO NIÑO QUE MURIO			
236	VEA : 220 Y ANOTE EL NOMBRE Y LA EDAD DEL PENULTIMO FALLECIDO.	NOMBRE _____ AÑOS <u> </u> <u> </u> MESES <u> </u> <u> </u> DIAS <u> </u> <u> </u>	
Ahora hablaremos de (NOMBRE DEL PENULTIMO NIÑO QUE MURIO):			
237	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando (NOMBRE DEL NIÑO) nació?	MESES <u> </u> <u> </u> No recuerda98	
238	¿El tamaño del niño al nacer era pequeño, normal o grande?	Pequeño..... 1 Normal..... 2 Grande 3 No recuerda..... 9	
239	¿Murió el niño como resultado de un accidente (quemaduras, ahogado, caída, de automóvil, etc.)?	Si 1 → 245 No2	
240	Según sus palabras, dígame qué es lo más importante que recuerda Ud. de la enfermedad del niño:	_____ _____ _____	
241	VEA:236 EL NIÑO MURIO ANTES DE 28 DIAS DE EDAD <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ CONTINUE CON 242 </div>	EL NIÑO MURIO DE 28 DIAS O MAS DE EDAD <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 243 </div>	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
-----	-----------	---------	--------------------

SINTOMAS PARA NIÑOS MENORES DE 28 DIAS, QUE FALLECIERON

242	a. ¿Dónde tuvo el parto?	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital o Maternidad MSP..... 1 - Centros de Salud y similares MSP2 - Hospital, clínicas, dispensarios, IESS.. 3 - Seguro Social Campesino..... 4 - Fuerzas Armadas (FF.AA.)..... 5 - Junta de Beneficencia..... 6 - Clínica o médico privado..... 7 - Parto domiciliario con médico, obstetrix o enfermera..... 8 - Parto domiciliario con Comadrona Voluntaria Rural (CVR)..... 9 - Parto domiciliario con partera tradicional empírica 10 - Parto domiciliario con familiares, amistades 11 - Parto sola..... 12 - Otro _____ ... 88 <li style="text-align: center;">(especifique) - No sabe/no recuerda 98 																													
	b. ¿Se rompió su "agua de fuente" un día ó mas antes de dar a luz?	<ul style="list-style-type: none"> Si..... 1 No..... 2 No recuerda 9 																													
	c. Podría Ud. decirme si:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">SI</th> <th style="width: 10%;">NO</th> <th style="width: 20%;">NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>¿Estaba sangrando en los últimos días antes del parto?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>¿Tenía fiebre alta, vómitos y/o diarrea en los últimos días antes del parto?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>¿Nació el niño de pies?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>¿Tuvieron que hacerle cesárea?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>¿Lloró el niño en los minutos después de nacer?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>¿Se veía azul el niño al salir?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS/NR	¿Estaba sangrando en los últimos días antes del parto?	1	2	9	¿Tenía fiebre alta, vómitos y/o diarrea en los últimos días antes del parto?	1	2	9	¿Nació el niño de pies?.....	1	2	9	¿Tuvieron que hacerle cesárea?	1	2	9	¿Lloró el niño en los minutos después de nacer?	1	2	9	¿Se veía azul el niño al salir?	1	2	9	
	SI	NO	NS/NR																												
¿Estaba sangrando en los últimos días antes del parto?	1	2	9																												
¿Tenía fiebre alta, vómitos y/o diarrea en los últimos días antes del parto?	1	2	9																												
¿Nació el niño de pies?.....	1	2	9																												
¿Tuvieron que hacerle cesárea?	1	2	9																												
¿Lloró el niño en los minutos después de nacer?	1	2	9																												
¿Se veía azul el niño al salir?	1	2	9																												

No.	PREGUNTAS	CODIGOS		
	d. Durante los días antes de morir:	SI	NO	NS/NR
	¿Podía el niño lactar?.....	1	2	9
	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa?.....	1	2	9
	¿Tenía los labios azulados?.....	1	2	9
	¿Tenía el pecho hundido?	1	2	9
	¿Tenía tos?	1	2	9
	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días?.....	1	2	9
	¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que lo normal?	1	2	9
	- Número de asientos en 24 horas <input type="text"/>			
	¿Tenía moco y sangre en la diarrea?.....	1	2	9
	¿Tenía vómitos?	1	2	9
	¿Tenía la piel seca y arrugada?.....	1	2	9
	¿Tenía los ojos hundidos?.....	1	2	9
	¿Tenía la mollera hundida?.....	1	2	9
	¿Podía orinar?	1	2	9
	¿Tenía la espalda rígida o arqueada?.....	1	2	9
	¿Tenía convulsiones o espasmos?.....	1	2	9
	¿Podía abrir la boca para llorar?.....	1	2	9
	¿Tenía parálisis en las piernas?.....	1	2	9
	¿Tenía algún defecto en el cuerpo o la cabeza?.....	1	2	9
		↓		
			(especifique)	

NOTA: SI LA ENTREVISTADA TUVIERA UN TERCER NIÑO MUERTO ANTES DE CUMPLIR CINCO AÑOS DESDE JULIO 1979, UTILICE LA SECCION ADICIONAL PARA ESTE NIÑO.

PASE A 245

No.	PREGUNTAS	CODIGOS		
-----	-----------	---------	--	--

SINTOMAS PARA NIÑOS MAYORES DE 28 DIAS, QUE FALLECIERON

243	Durante la semana anterior a que muriera el niño:	SI	NO	NS/NR
	¿Podía lactar?.....	1	2	9
	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa?.....	1	2	9
	¿Tenía el pecho hundido?	1	2	9
	¿Tenía tos convulsiva?.....	1	2	9
	¿Tenía labios azulados?.....	1	2	9
	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días?.....	1	2	9
	¿Tenía temblor?.....	1	2	9
	¿Tenía escalofríos?.....	1	2	9
	¿Sudaba excesivamente?.....	1	2	9
	¿Tenía los ojos rojos y lagrimando?.....	1	2	9
	¿Tenía erupción en la piel?.....	1	2	9
	¿Tenía heridas en los labios?.....	1	2	9
	¿Tenía el pelo rojo y/o frágil?.....	1	2	9
	¿Tenía la piel seca y arrugada?.....	1	2	9
	¿Tenía los ojos hundidos?.....	1	2	9

No.	PREGUNTAS	CODIGOS		
		SI	NO	NS,NR
	¿Tenía la mollera hundida?.....	1	2	9
	¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que lo normal?	1	2	9
	- Número de asientos en 24 horas	┌──┐		
	¿Tenía moco y sangre en la diarrea?.....	1	2	9
	¿Tenía vómitos?	1	2	9
	¿Tenía vómitos después de tener tos?.....	1	2	9
	¿Tenía el abdomen hinchado?.....	1	2	9
	¿Podía orinar?.....	1	2	9
	¿Tenía la espalda rígida o arqueada?.....	1	2	9
	¿Tenía convulsiones o espasmos?.....	1	2	9
	¿Podía abrir la boca para llorar?.....	1	2	9
	¿Tenía parálisis en las piernas?.....	1	2	9
	¿Tenía algún defecto en el cuerpo o la cabeza?.....	1	2	9
		↓		
				(especifique)
	¿Cuál de las siguientes vacunas le habian puesto:?			
	- BCG (del nacimiento o de inscripción)	1	2	9
	- DPT (Triple).....	1	2	9
	- POLIO	1	2	9
	- SARAMPION	1	2	9

NOTA: SI LA ENTREVISTADA TUVIERA UN TERCER NIÑO MUERTO ANTES DE CUMPLIR CINCO AÑOS DE EDAD DESDE JULIO 1979, UTILICE LA SECCION ADICIONAL PARA ESTE NIÑO.

PASE A 245

No.	CODIGOS		
244	USO EXCLUSIVO PARA LA OFICINA CENTRAL		
	CODIGOS DE CAUSAS DE MUERTE		
	Accidente 1		
	Prematuro/bajo peso al nacer 2		
	Tétanos neonatal..... 3		
	Trauma del nacimiento/asfixia perinatal..... 4	CAUSA PRIMARIA	CAUSA SECUNDARIA
	Infección aguda de vías respiratorias..... 5	_ _	_ _
	Diarrea, deshidratación..... 6		
	Malaria 7		
	Sarampión 8		
	Tosferina 9		
	Meningitis10		
	Anomalías congénitas11		
	Otras complicaciones perinatales.....12		
	Otro _____ 88 (especifique)		
	No especificado98		

CONTINUE CON 245

245	VEA : 220 (filas c y d) HAY HIJOS SOBREVIVIENTES ENTRE LOS QUE NACIERON A PARTIR DE 1984 <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ </div> CONTINUE CON 246	NO HAY HIJOS SOBREVIVIENTES ENTRE LOS QUE NACIERON DESDE 1984 <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ </div> PASE A 301	NO HAY NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1984 <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ </div> PASE A "400"
-----	--	--	--

246. Ahora hablaremos de sus hijos vivos menores de 5 años de edad.
 ¿Podría mostrarme el carnet de vacunación (NOMBRE QUE CORRESPONDA)?

REGISTRE LA INFORMACION PARA CADA DOSIS, MES Y AÑO, CON ESPECIAL CUIDADO.
 SI NO HAY CARNET O TARJETA DE VACUNACION, COMPLETE LOS DATOS CONSULTANDO
 A LA MADRE.

LA FECHA CON LAPIZ SOLO INDICA CITA PARA PROXIMA DOSIS A APLICAR Y
 NO DOSIS APLICADA.

	ULTIMO VIVO		PENULTIMO VIVO		TERCER ANTERIOR VIVO	
	Nombre: _____					
	TIENE ESTA DOSIS? Sí, Carnet...1 Sí,madre.2 No.....3 NS,NR....9 (a)	FECHA DE ESTA DOSIS MES AÑO ____ ____ NS,NR..98 (b)	TIENE ESTA DOSIS? Sí, Carnet...1 Sí,madre.2 No.....3 NS,NR....9 (a)	FECHA DE ESTA DOSIS MES AÑO ____ ____ NS,NR..98 (b)	TIENE ESTA DOSIS? Sí, Carnet...1 Sí,madre.2 No.....3 NS,NR....9 (a)	FECHA DE ESTA DOSIS MES AÑO ____ ____ NS,NR..98 (b)
VACUNA Y DOSIS						
BCG	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____
DPT - 1	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____
DPT - 2	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____
DPT - 3	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____
DPT - R	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____
POLIO - 1	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____
POLIO - 2	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____
POLIO - 3	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____
POLIO - R	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____
SARAMPION	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____	<input type="checkbox"/>	____ ____

247 ¿Puedo verle el brazo derecho a (NOMBRE DEL NIÑO)? OBSERVE SI HAY O NO CICATRIZ	Hay cicatriz...1 No hay2 No se sabe.....3 Se opone la madre.....4 Niño ausente...5 PASE A PENULTIMO	Hay cicatriz.....1 No hay2 No se sabe.....3 Se opone la madre.....4 Niño ausente.....5 PASE A TERCERO ANTERIOR	Hay cicatriz.....1 No hay2 No se sabe.....3 Se opone la madre.....4 Niño ausente.....5 CONTINUE CON 248
--	--	---	--

248. De vez en cuando los niños tienen diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que la normal en un día.

	ULTIMO VIVO	PENULTIMO VIVO	TERCER ANTERIOR VIVO
	Nombre: _____	_____	_____
a. ¿Ha tenido (NOMBRE DEL NIÑO) diarrea en las últimas dos semanas? (INCLUYE HOY DIA)	Si1 No2 → PASE NS,NR....9 → A COL.2	Si1 No2 → PASE NS,NR....9 → A COL.3	Si1 No2 → PASE NS,NR....9 → A 249
b. ¿Cuántos días le duró la diarrea?	No. de días.. [] [] [] Comenzó hoy..00 NS,NR.....98	No. de días.. [] [] [] Comenzó hoy..00 NS,NR.....98	No. de días.. [] [] [] Comenzó hoy..00 NS,NR.....98
c. ¿Los asientos tenían moco y/o sangre?	Si1 No2 NS,NR.....9	Si1 No2 NS,NR.....9	Si1 No2 NS,NR.....9
d. ¿Durante la enfermedad tuvo?	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR
Piel seca y/o arrugada	1 2 9	1 2 9	1 2 9
Ojos hundidos y secos	1 2 9	1 2 9	1 2 9
Mollera hundida	1 2 9	1 2 9	1 2 9
Labios secos	1 2 9	1 2 9	1 2 9
e. ¿Hizo Ud. algo para que el niño mejore?	Si1 No2 → PASE A i	Si1 No2 → PASE A i	Si1 No2 → PASE A i
f. ¿Lo trató solamente en casa o le llevó al Centro de Salud/ médico ?			
- Solo en casa	1	1	1
- Centro de Salud/ médico	2	2	2
- Ambos	3	3	3
- NS/NR.	9	9	9

PREGUNTAS	ULTIMO VIVO			PENULTIMO VIVO			TERCER ANT. VIVO		
g. ¿Qué tratamiento recibió el niño?									
NO LEA, PERO INDAGUE: ¿Algo más?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR
ANTIBIOTICOS	1	2	9	1	2	9	1	2	9
¿Le recetaron este remedio en Centro de Salud/médico?	1	2	9	1	2	9	1	2	9
ANTIDIARREICOS (Kaopectate, Kaomicin, Kaopexin, Inmodium, etc)	1	2	9	1	2	9	1	2	9
¿Le recetaron este remedio en Centro de Salud/médico?	1	2	9	1	2	9	1	2	9
REMEDIOS (VAGOS)	1	2	9	1	2	9	1	2	9
SUERO ORAL	1	2	9	1	2	9	1	2	9
AGUITAS CASERAS	1	2	9	1	2	9	1	2	9
MEDICINA TRADICIONAL	1	2	9	1	2	9	1	2	9
TRATAMIENTO ENDOVENOSO	1	2	9	1	2	9	1	2	9
HOSPITALIZACION MAS DE 24 HORAS	1	2	9	1	2	9	1	2	9
OTROS TRATAMIENTOS (Especifique)	1	2	9	1	2	9	1	2	9
h. ¿Durante la enfermedad hubo cambios en la alimentación?									
NO LEA, PERO INDAGUE: ¿Algo más?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR
Dió comida normal	1	2	9	1	2	9	1	2	9
Solo comidas suaves	1	2	9	1	2	9	1	2	9
Dió menos comida	1	2	9	1	2	9	1	2	9
Dió comida más veces	1	2	9	1	2	9	1	2	9
Aumentó líquidos	1	2	9	1	2	9	1	2	9
Solo dió leche materna	1	2	9	1	2	9	1	2	9
Suspendió leche	1	2	9	1	2	9	1	2	9
Otra comida (Especifique)	1	2	9	1	2	9	1	2	9
	PASE A COL.2			PASE A COL.3			CONTINUE CON 249		

PREGUNTAS	ULTIMO VIVO	PENULTIMO VIVO	TERCER ANTER ANTER. VIVO
i. ¿Por qué no hizo nada?			
- No fue necesario, la diarrea no era grave, se mejoró solo.....	1	1	1
- Descuido, no pensó que hacía falta.	2	2	2
- Falta de recursos económicos.....	3	3	3
- No tenía remedios en casa.....	4	4	4
- No pudo llevar al niño al Centro de Salud/médico.....	5	5	5
- Servicios de Salud muy distantes...	6	6	6
- Otros (Especifique)	8	8	8
- NS/NR	9	9	9
	PASE A COLUMNA 2	PASE A COLUMNA 3	CONTINUE CON 249

No.	250. Los niños suelen tener problemas respiratorios:										
PREGUNTAS			ULTIMO VIVO			PENULTIMO VIVO			TERCER ANTERIOR VIVO		
			Nombre: _____			_____			_____		
a. ¿En los últimos 3 meses cuantas veces se ha enfermado (NOMBRE DEL NIÑO) de gripe, resfrío, catarro u otra enfermedad respiratoria?			NUMERO DE VECES... [] []			NUMERO DE VECES... [] []			NUMERO DE VECES... [] []		
			NUNCA..00 NR98			NUNCA..00 NR98			NUNCA..00 NR98		
			↓ PASE A COL.2			↓ PASE A COL.3			↓ CONTINUE A 301		
b. ¿En las últimas dos semanas (NOMBRE DEL NIÑO) ha tenido alguno de estos síntomas o dolencias? (LEALE UNO A UNO)											
			SI NO NR			SI NO NR			SI NO NR		
- Ojos rojos y/o lagrimeo			1 2 9			1 2 9			1 2 9		
- Nariz tapada/moco líquido			1 2 9			1 2 9			1 2 9		
- Estornudo			1 2 9			1 2 9			1 2 9		
- Tos			1 2 9			1 2 9			1 2 9		
- Fiebre alta o calentura			1 2 9			1 2 9			1 2 9		
- Dolor de garganta			1 2 9			1 2 9			1 2 9		
- Ronquera			1 2 9			1 2 9			1 2 9		
- Dificultad para tragar (o alimentarse)			1 2 9			1 2 9			1 2 9		
- Dolor de oídos (o secreciones del oído)			1 2 9			1 2 9			1 2 9		
- Respiración rápida, ruidosa o difícil			1 2 9			1 2 9			1 2 9		
- Pecho hundido			1 2 9			1 2 9			1 2 9		
- Labios azulados o morados			1 2 9			1 2 9			1 2 9		
- Ausencia de respiración			1 2 9			1 2 9			1 2 9		
SI TODAS LAS b TIENE CODIGO 2 Ó 9 PASE AL NIÑO SIGUIENTE											
c. ¿Cuántos días duró esta enfermedad?											
NUMERO DE DIAS.....			[] []			[] []			[] []		
MENOS DE UN DIA.....			00			00			00		
MAS DE UN MES			33			33			33		
NO RECUERDA.....			98			98			98		

250 (CONTINUACION)

PREGUNTAS	ULTIMO VIVO	PENULTIMO VIVO	TERCER ANTERIOR VIVO
d. ¿Hizo Ud. algo para que el niño mejore?	Si.....1 No.....2 <input type="checkbox"/> >PASE NS,NR..9 <input type="checkbox"/> A g	Si.....1 No.....2 <input type="checkbox"/> >PASE NS,NR..9 <input type="checkbox"/> A g	Si.....1 No.....2 <input type="checkbox"/> >PASE NS,NR..9 <input type="checkbox"/> A g
e. ¿Lo llevó al Centro de Salud/médico?	Si.....1 No2	Si.....1 No2	Si.....1 No2
f. ¿Qué tratamiento recibió el niño? (LEALE UNO A UNO)	SI NO NR	SI NO NR	SI NO NR
Antibióticos	1 2 9	1 2 9	1 2 9
Aspirina/antifebriles	1 2 9	1 2 9	1 2 9
Antitusígenos/expecto- rantes/mucolíticos	1 2 9	1 2 9	1 2 9
Pastillas, jarabes, remedios (vagos)	1 2 9	1 2 9	1 2 9
Tratamientos caseros (Especifique)	1 2 9	1 2 9	1 2 9
Le hospitalizaron	1 2 9	1 2 9	1 2 9
Otra (Especifique)	1 2 9	1 2 9	1 2 9
	PASE A PENULTIMO (fila a)	PASE A TERCERO (fila a)	CONTINUE CON 301

PREGUNTAS	ULTIMO VIVO	PENULTIMO VIVO	TERCER ANTER ANTER. VIVO
<p>g. ¿Por qué no hizo nada?</p> <p>No fue necesario, no era grave.....</p> <p>Descuido, no tuvo tiempo</p> <p>No sabía que hacer o qué darle</p> <p>No tenía remedio(s) para darle.....</p> <p>No pudo ir al Centro de Salud/médico.</p> <p>Dificultad económica</p> <p>Fue al Centro de Salud, pero no le atendieron; estaba cerrado</p> <p>Centro de Salud/médico muy lejos o poco accesible.....</p> <p>Otra (Especifique).....</p> <p>NS/NR</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <hr/> <p>98</p> <p>PASE A PENULTIMO</p> <p>(fila a)</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <hr/> <p>98</p> <p>PASE A TERCERO</p> <p>(fila a)</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <hr/> <p>98</p> <p>CONTINUE CON 301</p>
<p>h. En el caso de enfermedades respiratorias, como gripes, resfríos , catarros y otras,</p> <p>¿En qué se fija usted para saber si es grave o no?</p> <p>(ANOTE TEXTUALMENTE)</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

III. SALUD MATERNO INFANTIL

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregon
301	¿Tuvo algún control médico durante su último embarazo?	Si1 No2	→ 305
302	¿Dónde se hizo el control prenatal?	Hospital o Maternidad MSP..... 1 Centros de Salud y similares MSP..... 2 Hospital, clínicas, dispen. IESS.3 Seguro Social Campesino..... 4 Fuerzas Armadas (FF.AA.)..... 5 Junta de Beneficencia..... 6 APROFE..... 7 CEMOPLAF..... 8 Clínica o médico privado 9 Partera 10 Privado e IESS..... 11 Privado y MSP 12 Otro88 (especifique) No sabe/no recuerda98	
303	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control prenatal?	Meses <input type="text"/> No recuerda 98	
304	¿En total, cuántos controles prenatales tuvo?	Número controles <input type="text"/> No recuerda 98	
305	Durante este embarazo, ¿Le vacunaron contra el tétanos, es decir, para proteger al niño de convulsiones después de nacer?	Si..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda .. 9	→ 307
306	¿Cuántas veces le pusieron esta vacuna durante este embarazo?	Número vacunas <input type="text"/> No sabe/no recuerda .. 9	PASE A 308
307	¿Le pusieron esta vacuna alguna vez en los últimos 10 años?	Si..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda .. 9	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
308	¿En qué lugar tuvo su último parto?	-Hospital o Maternidad MSP..... 1 -Centros de Salud y similares MSP.....2 -Hospital, clínicas, dispen. IESS..... 3 -Seguro Social Campesino..... 4 -Fuerzas Armadas (FF.AA.)..... 5 -Junta de Beneficencia..... 6 -Clínica o médico privado..... 7 -Parto domiciliario con médico, obstetrix o enfermera..... 8 -Parto domiciliario con Comadrona Voluntaria Rural (CVR).....9 -Parto domiciliario con partera tradicional empírica 10 -Parto domiciliario con familiares, amistades 11 -Parto sola 12 -Otro 88 _____ .. 88 (especifique) -No sabe, no recuerda 98	
309	¿Estaba sangrando en los últimos días antes del parto?	Si 1 No 2 NS/NR 9	
310	¿Su último parto fue normal (vaginal) o le tuvieron que operar (cesárea)?	Normal (vaginal) 1 Cesárea 2 → 312 NS/NR 9	
311	¿Salió el niño de pies?	Si 1 No 2 NS/NR 9	
312	¿Durante el último parto o en la semana después del mismo, fue operada para no tener más hijos o le hicieron la "ligadura"?	Si, durante el parto .. 1 Si, en la semana siguiente..... 2 No 3 NS/NR 9	
313	¿Tuvo Ud. control médico o de obstetrix después del último parto?	Si.....1 No 2 → 316	
314	¿A los cuántos días después del parto tuvo Ud. el primer control médico?	No. DE DIAS [] PASADOS 90 DIAS (3 MESES)..... 91 No sabe/no recuerda .. 98	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
315	¿Dónde tuvo ese control?	-Hospital o Maternidad MSP..... 1 -Centros de salud y similares MSP. 2 -Hospital, clínicas, dispen. IESS. 3 -Seguro Social Campesino 4 -Fuerzas Armadas (FF.AA.)..... 5 -Junta de Beneficencia..... 6 -APROFE..... 7 -CEMOPLAF..... 8 -Clínica o médico privado 9 -Control domiciliario con médico, obstetrix o enfermera10 -Control domiciliario con Coma- drona Voluntaria Rural (CVR).....11 -Control domiciliario con partera tradicional, empírica....12 -Otro _____88 (especifique) -No sabe/no recuerda98	
316	¿Después que nació su último hijo(a) lo ha llevado a control médico?	Si 1 No 2	→ 400
317	¿Cuántos meses tenía su hijo cuando lo llevó a control por primera vez?	MESES <input type="text"/> Menos que un mes..... 00 No sabe/no recuerda .. 98	
318	¿Lo llevó porque estaba enfermo o para un control del niño sano?	Estaba enfermo 1 Para control del niño sano 2 No sabe/no recuerda .. 9	
319	¿A dónde lo llevó al control?	Hospital o Maternidad MSP.....1 Centros de Salud y similares MSP....2 Hospital, clínicas, dispen. IESS....3 Seguro Social Campesino..... 4 Fuerzas Armadas (FF.AA.)..... 5 Junta de Beneficencia..... 6 APROFE..... 7 CEMOPLAF..... 8 Clínica o médico privado..... 9 Partera10 Otro _____88 (especifique) No recuerda98	

IV. PLANIFICACION FAMILIAR

"400"

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

M E T O D O
A N T I C O N C E P T I V O

400. Conoce o ha oído hablar de... (SI NO HA OIDO PASE AL SIGUIENTE METODO)

401. Alguna vez ha usado? (SI NO HA USADO CONTINUAR CON EL SIG. METODO)

402. Usa actualmente...? (últimos 30 días)

1. Píldoras o pastillas anticonceptivas	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2
2. DIU, espiral o T de cobre	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2
3. Condón o preservativo	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2
4. Inyección anticonceptiva	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2
5. Métodos vaginales (jaleas, espumas, cremas, tabletas, diafragma, óvulos)	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2
6. Norplant o implante	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2
7. Esterilización femenina o ligadura	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2
8. Esterilización masculina o vasectomía	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2
9. Método de Billings o moco cervical	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2
10. Ritmo, calendario o control del período menstrual	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2
11. Temperatura basal	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2
12. Retiro, (él se retira cuando va a terminar)	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2
13. Algún otro método para evitar los hijos _____ (especifique)	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2	Si... 1 No... 2

VEA 400:

SI NO CONOCE NINGUN METODO

→ A 700

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	
408	¿Dónde obtuvo (NOMBRE METODO)?	Hospital o Maternidad MSP.....1 Centros de Salud y similares MSP....2 Hospital, clínicas, dispen. IESS....3 Seguro Social Campesino.....4 Fuerzas Armadas (FF.AA.).....5 Junta de Beneficencia.....6 APROFE.....7 CEMOPLAF.....8 Clínica o médico privado.....9 Partera10 Farmacia o botica.....11 Iglesia12 Ella misma o su compañero..... 13 Amiga/vecino/pariente.....14 Distribuidor comunitario.....15 Otro _____ .88 (especifique) No sabe/no recuerda.....98	
409	¿Por qué razón dejó de usar (NOMBRE METODO)?	Para embarazarse1 Método no disponible.....2 Le quedó lejos3 No tuvo dinero para comprar.....4 Costo elevado, son caros.....5 Motivo religioso.....6 Tuvo efectos colaterales.....7 Otras razones de salud.....8 Recomendación medica.....9 No fue eficaz.....10 El compañero se opuso.....11 Dificultad de uso12 Fatalismo, no vale la pena.....13 Descuido14 Sin relación sexual15 Le atendieron mal en la clínica....16 Esperaba mucho en la clínica.....17 Se siente vieja18 No le gusta usar19 Miedo a efectos colaterales.....20 Otro _____ .88 (especifique) No sabe/no recuerda98 No responde99	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	
410	¿Cuál fue el primer método que Ud. (o su pareja) usó?	Píldora 1 DIU 2 Condón 3 Inyección 4 Métodos vaginales 5 Norplant ó implante 6 Método Billings 9 Ritmo10 Temperatura basal.....11 Retiro12 Otro _____ .88 (especifique) No sabe/no recuerda98	
411	¿En qué mes y año comenzó a usar (NOMBRE METODO)? _____	MES [] [] AÑO [] [] No recuerda.....98	
412	¿En qué mes y año dejó de usar (NOMBRE METODO)?	MES [] [] AÑO [] [] No recuerda.....98	
413	¿Cuántos hijos vivos tenía cuando comenzó a usar (NOMBRE METODO)?	NUMERO DE HIJOS VIVOS..... [] [] No recuerda.....98	
414	¿Dónde se informó sobre (NOMBRE METODO)?	Hospital o Maternidad MSP.....1 Centros de Salud y similares MSP.....2 Hospital, clínicas, dispen. IESS.....3 Seguro Social Campesino.....4 Fuerzas Armadas (FF.AA.).....5 Junta de Beneficencia.....6 APROFE.....7 CEMOPLAF.....8 Clínica o médico privado.....9 Partera10 Farmacia o botica.....11 Iglesia12 Ella misma o su compañero.....13 Amiga/vecino/pariente.....14 Distribuidor comunitario.....15 Otro _____ ...88 (especifique) No sabe/no recuerda.....98	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
415	¿Dónde obtuvo (NOMBRE METODO)?	Hospital o Maternidad MSP.....1 Centros de Salud y similares MSP....2 Hospital, clínicas, dispen. IESS....3 Seguro Social Campesino.....4 Fuerzas Armadas (FF.AA.).....5 Junta de Beneficencia.....6 APROFE.....7 CEMOPLAF.....8 Clínica o médico privado.....9 Partera10 Farmacia o botica.....11 Iglesia12 Ella misma o su compañero..... 13 Amiga/vecino/pariente.....14 Distribuidor comunitario.....15 Otro _____88 (especifique) No sabe/no recuerda.....98	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
416	¿Podría Ud. actualmente quedar embarazada si así lo desea?	Si.....1 No.....2 No sabe.....9	→ 418 → 418
417	¿Cuál es la razón?	-Fue operada por razones médicas y no puede tener más hijos1 -Menopausia2 -Ya pasaron 3 años o más que está queriendo embarazarse sin resultado ...3 -Ya pasaron 3 años o más que no están usando anticonceptivo y no queda embarazada4 -Sin relación sexual5 -Actualmente embarazada6 -Amamantamiento7 -Otro _____ 8 (especifique)	→700 →420
418	¿Por qué no está usando Ud. algún método para evitar tener hijos?	-Para embarazarse1 -Método no disponible.....2 -Le queda lejos3 -No tiene dinero para comprar.....4 -Costo elevado,son caros.....5 -Motivo religioso.....6 -Por efectos colaterales.....7 -Otras razones de salud.....8 -Recomendación médica9 -No es eficaz.....10 -El compañero se opone.....11 -Dificultad de uso12 -Fatalismo,no vale la pena..13 -Descuido14 -Sin relación sexual15 -Le atienden mal en la clínica16 -Espera mucho en la clínica17 -Se siente vieja18 -No le gusta usar19 -Miedo a efectos colaterales20 -Falta de conocimiento de método21 -Postparto o amamantamiento.22 -Otro _____...88 (especifique) -No sabe/no recuerda98 -No responde99	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
423	¿Sabe dónde puede ir para conseguir métodos anticonceptivos para evitar tener hijos?	Si.....1 No.....2	→ 425 → 500
424	¿Sabe dónde puede ir para conseguir este método?	Si.....1 No.....2	→ 500
425	¿A qué lugar?	Hospital o Maternidad MSP.1 Centros de Salud y similares MSP.....2 Hospital, clínicas, dispensario IESS.....3 Seguro Social Campesino...4 Fuerzas Armadas (FF.AA.)..5 Junta de Beneficencia.....6 APROFE.....7 CEMOPLAF.....8 Clínica o médico privado..9 Partera10 Farmacia o botica.....11 Iglesia12 Ella misma o su compañero.....13 Amiga/vecino/pariente....14 Distribuidor comunitario.15 Otro _____ 88 (especifique)	
426	¿Cuánto tiempo tardaría Ud. normalmente para ir desde aquí a ese lugar?	Horas ┌ Minutos ┌┌ 10 ó más horas.....888 No sabe.....999	

PASE A 500

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
431	¿Qué razones tuvo para operarse?	Problemas económicos1 Por razones de salud2 Ya tenía suficientes hijos3 Edad avanzada4 Su trabajo no le permitía5 No podía atender los hijos6 Inestabilidad conyugal...7 No desea tener más hijos.....8 Otro _____..88 (especifique) No sabe98 No responde99	
432	¿Según ve las cosas ahora, se siente satisfecha con la decisión de haber tenido la operación/vasectomía?	Definitivamente sí.....1 → 443 Creo que sí2 Creo que no3 Definitivamente no.....4 → 434	
433	¿Si tuviera que elegir ahora la esterilización o vasectomía, diría Ud. "Si" o "No" ?	Si.....1 → 443 No.....2 No responde.....9 ↳SI 432=2, PASE A 443	
434	¿Por qué no se siente satisfecha? (INDAGAR)	-Tuvo nueva unión1 -La operación le causó molestias2 -Disminuyó su vida sexual.3 -Murió hijo(s)4 -Tiene hijos mayores y quiere niño5 -Hizo algo moralmente malo6 -El esposo le trata diferente7 -Se siente disminuida8 -Otro _____..88 (especifique) -No sabe98 -No responde99	

PASE A 443

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
441	¿Cuál método preferiría usar Ud.?	Píldora1 DIU2 Condón3 Inyección4 Métodos vaginales5 Norplant o implante.....6 Esterilización femenina7 Vasectomía8 Método Billings9 Ritmo10 Temperatura basal.....11 Retiro12 Otro _____ .88 (especifique) No sabe/no responde.....98	
442	¿Por qué está usando el método actual en vez del que prefiere?	-Falta dinero1 -Es más práctico para ella2 -Es más barato3 -Sin dificultad de uso ...4 -Receta médico5 -Recomendación (amiga/pariente).....6 -Razones religiosas7 -Falta de tiempo8 -Otro _____ 88 (especifique) -No sabe98	
443	¿Cuál fue el primer método que Ud. (o su pareja) usó?	Píldora1 DIU2 Condón3 Inyección4 Métodos vaginales5 Norplant o implante.....6 Esterilización femenina.....7 Vasectomía8 Método Billings9 Ritmo10 Temperatura basal.....11 Retiro12 Otro _____ .88 (especifique) No recuerda98	
444	¿En qué mes y año comenzó a usar ese primer método?	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda98	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
445	¿Cuántos hijos vivos tenía cuando comenzó a usar ese primer método?	Hijos vivos..... <u> 11 </u> No recuerda 98	
446	¿Dónde se informó sobre ese primer método?	Hospital o Maternidad MSP.1 Centros de Salud y similares MSP.....2 Hospital, clínicas, dispensario IESS.....3 Seguro Social Campesino...4 Fuerzas Armadas (FF.AA.)..5 Junta de Beneficencia.....6 APROFE.....7 CEMOPLAF.....8 Clínica o médico privado..9 Partera10 Farmacia o botica.....11 Iglesia12 Ella misma o su compañero.....13 Amiga/vecino/pariente....14 Distribuidor comunitario.15 Otro _____ 88 (especifique) No sabe/no recuerda.....98	
447	¿Dónde obtuvo el primer método que Ud. usó?	Hospital o Maternidad MSP.1 Centros de Salud y similares MSP.....2 Hospital, clínicas, dispensario IESS.....3 Seguro Social Campesino...4 Fuerzas Armadas (FF.AA.)..5 Junta de Beneficencia.....6 APROFE.....7 CEMOPLAF.....8 Clínica o médico privado..9 Partera10 Farmacia o botica.....11 Iglesia12 Ella misma o su compañero.....13 Amiga/vecino/pariente....14 Distribuidor comunitario.15 Otro _____ 88 (especifique) No sabe/no recuerda.....98	

No.	VI. PREFERENCIA EN SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR		Pase a Pregunta
600	VEA: 402 ALGUN METODO DIFERENTE A ESTERILIZACION (402 código diferente de 7 u 8) <input type="checkbox"/> ↓ CONTINUE CON 601	VEA: 419 Y 420 NO ESTA USANDO NINGUN METODO PERO DESEA USAR (419 ó 420=1) <input type="checkbox"/> ↓ CONTINUE CON 601	NO USA NI DESEA USAR (419 ó 420=2) <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 700
601	¿Qué día de la semana le sería más conveniente para recibir servicios de planificación familiar?	Lunes.....1 Martes.....2 Miércoles.....3 Jueves.....4 Viernes.....5 Sábado.....6 Domingo.....7 Fin de semana.....8 Cualquier día.....9 No sabe.....98 No responde.....99	
602	¿Qué hora del día le sería más conveniente para recibir servicios de planificación familiar?	Antes de las 8:00 horas..1 8:00 a 9:59 horas.....2 10:00 a 11:59 horas.....3 12:00 a 13:59 horas.....4 14:00 a 15:59 horas.....5 16:00 a 18:00 horas.....6 Después de las 18:00 horas.....7 Varias horas diferentes..8 Cualquier hora.....9 No sabe.....98 No responde.....99	
603	¿Qué preferiría: Recibir servicios de planificación familiar de un médico hombre o de una médica mujer, o de una obstetriz?	Médico hombre.....1 Médico mujer.....2 Obstetriz.....3 Le da igual4 No sabe/no responde.....9	
604	¿Qué preferiría Ud.? (LEA LAS ALTERNATIVAS 1 y 2)	-Ir a una clínica de P.F. que le quede cerca, donde le conozca la gente1 -Ir a una clínica de P.F. que le quede lejos, donde no le conozca la gente2 -Ir a otro lugar.....3 -No tiene preferencia4 -No sabe/no responde.....9	

VII. ADULTAS JOVENES

No.			Pase a Pregunta
700	VEA: 101 TIENE ENTRE 15 y 24 AÑOS <input type="checkbox"/> ↓ CONTINUE CON 701	TIENE 25 AÑOS O MAS <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 713	
701	¿Cuándo es más probable que una mujer que tiene relaciones sexuales quede embarazada? (LEA LAS ALTERNATIVAS 1-5)	-Una semana antes que la regla comience..... 1 -Durante la regla..... 2 -Un semana después de la regla comience 3 -Dos semanas después que la regla comience ... 4 -Tres semanas después que la regla comience..... 5 -En cualquier tiempo 6 -Otro _____... 7 (especifique) -No sabe 8 -No responde..... 9	
702	¿Cuál de las siguientes alternativas corresponde mejor con su criterio u opinión respecto de las relaciones sexuales? (LEA LAS ALTERNATIVAS 1-4)	-Está de acuerdo con tener relaciones sexuales con amigos o conocidos 1 -De acuerdo con tener relaciones sexuales entre novios que no tienen intenciones de casarse 2 -De acuerdo con tener relaciones sexuales solo si la pareja tiene planes de casarse 3 -No está de acuerdo con tener relaciones sexuales antes del matrimonio..... 4 -No opina..... 5 -No sabe/no responde..... 9	
703	¿Supongamos el caso de una joven que quedó embarazada y no es casada ni unida. Con cuál de las siguientes alternativas estaría de acuerdo? (LEA LAS ALTERNATIVAS 1-5)	-Obligar al joven a casarse1 -Convencer al joven para casarse o unirse2 -Tener el niño y criarlo sin su pareja3 -Tener el niño y darlo a un familiar para que lo críe.4 -Hacerse un aborto5 -No opina6 -No responde.....9	

No.			
704	¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual(COITO)?	MES <u> </u> AÑO <u> </u> Nunca ha tenido relaciones sexuales.....2222 No recuerda.....9898 No responde.....9999	—> 800 —> 800
705	¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento?	Edad..... <u> </u> No recuerda.....98	
706	¿Qué edad tenía la persona con quien tuvo esa primera relación sexual?	Edad..... <u> </u> No sabe.....98	
707	¿Qué relación había con esa persona?	Marido o compañero.....1 Novio o enamorado.....2 Amigo.....3 Violación4 Otro8 (especifique) No responde.....9	—> 713
708	¿Usó Ud. o su pareja algún método anticonceptivo en esa primera relación?	Si.....1 No2	—> 712
709	¿Qué método utilizó o utilizaron en esa primera relación sexual?	Píldora1 DIU2 Condón3 Inyección4 Métodos vaginales5 Norplant ó implante6 Método Billings9 Ritmo10 Temperatura basal.....11 Retiro12 Otro88 (especifique) No sabe/no recuerda ..98	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
710	¿Dónde consiguieron ese método que usaron en su primera relación?	Hospital o Maternidad MSP.....1 Centros de Salud o similares MSP.....2 Hospital, clínicas IESS.....3 Seguro Social Campesino.....4 FF.AA.....5 Junta de Beneficencia.....6 APROFE.....7 CEMOPLAF.....8 Clínica o médico privado.....9 Partera10 Farmacia o botica.....11 Iglesia12 Ella misma o su compañero.....13 Amiga/vecino/pariente.....14 Distribuidor comunitario.....15 Otro _____88 (especifique) No sabe/no recuerda.....98	
711	¿Quién tomó la decisión de usar ese método, Ud sola, él solo, ambos?	Ella sola1 El solo2 Ambos.....3 No sabe/no recuerda.....9	} > } > } > PASE A } > 713
712	¿Por qué no usó un método anticonceptivo en esa primera relación?	No esperaba tener relaciones en ese momento1 No conocía ningún método2 Creía que los anticonceptivos eran malos para la salud.....3 La religión no se lo permitía4 Quería embarazarse5 Conocía anticonceptivos, pero no sabía dónde obtenerlos.....6 El compañero se opuso7 Quería usarlo, pero no lo pudo conseguir en ese momento.....8 Coito no es satisfactorio con el uso de anticonceptivos.....9 Otro _____88 especifique No sabe/no recuerda98 No responde99	

PARA TODAS LAS MUJERES

713	¿Ha tenido relaciones sexuales durante las últimas 4 semanas?	Si 1 No 2 No responde 9	} > 800
714	¿Cuántas veces?	Número de veces.. [] No recuerda98 No responde99	

VIII. COMUNICACIONES

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta																																
800	¿Ha visto o escuchado algún anuncio ó mensaje de Planificación Familiar en los últimos seis meses?	Si1 No2 No sabe9	} > A 900																																
801	¿Se refiere el mensaje que Ud. vió o escuchó a alguna de las siguientes ideas? (LEA CADA ALTERNATIVA Y ESPERE LA RESPUESTA)	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right">SI</td> <td align="right">NO</td> <td align="right">NR</td> </tr> <tr> <td>- Es un derecho de las parejas el decidir cuántos hijos pueden tener y cuando tenerlos.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">9</td> </tr> <tr> <td>- La planificación familiar contribuye a la salud de la madre y de los niños.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">9</td> </tr> <tr> <td>- Se refiere a la necesidad de educar a la población sobre planificación familiar.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">9</td> </tr> <tr> <td>- El derecho de la pareja para planificar la familia.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">9</td> </tr> <tr> <td>- La planificación familiar como un recurso de las parejas para limitar, espaciar o evitar los embarazos.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">9</td> </tr> <tr> <td>- Otro _____ ...</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">9</td> </tr> </table> <p align="center">(especifique)</p>		SI	NO	NR	- Es un derecho de las parejas el decidir cuántos hijos pueden tener y cuando tenerlos.....	1	2	9	- La planificación familiar contribuye a la salud de la madre y de los niños.....	1	2	9	- Se refiere a la necesidad de educar a la población sobre planificación familiar.....	1	2	9	- El derecho de la pareja para planificar la familia.....	1	2	9	- La planificación familiar como un recurso de las parejas para limitar, espaciar o evitar los embarazos.....	1	2	9	- Otro _____ ...	1	2	9					
	SI	NO	NR																																
- Es un derecho de las parejas el decidir cuántos hijos pueden tener y cuando tenerlos.....	1	2	9																																
- La planificación familiar contribuye a la salud de la madre y de los niños.....	1	2	9																																
- Se refiere a la necesidad de educar a la población sobre planificación familiar.....	1	2	9																																
- El derecho de la pareja para planificar la familia.....	1	2	9																																
- La planificación familiar como un recurso de las parejas para limitar, espaciar o evitar los embarazos.....	1	2	9																																
- Otro _____ ...	1	2	9																																
802	¿Dígame dónde vió o escuchó el mensaje ó anuncio?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right">SI</td> <td align="right">NO</td> <td align="right">NR</td> </tr> <tr> <td>RADIO</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">9</td> </tr> <tr> <td>T.V.</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">9</td> </tr> <tr> <td>PERIODICO</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">9</td> </tr> <tr> <td>REVISTAS</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">9</td> </tr> <tr> <td>AFICHES</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">9</td> </tr> <tr> <td>FOLLETOS</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">9</td> </tr> <tr> <td>OTROS</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">9</td> </tr> </table> <p align="center">_____ (especifique)</p>		SI	NO	NR	RADIO	1	2	9	T.V.	1	2	9	PERIODICO	1	2	9	REVISTAS	1	2	9	AFICHES	1	2	9	FOLLETOS	1	2	9	OTROS	1	2	9	
	SI	NO	NR																																
RADIO	1	2	9																																
T.V.	1	2	9																																
PERIODICO	1	2	9																																
REVISTAS	1	2	9																																
AFICHES	1	2	9																																
FOLLETOS	1	2	9																																
OTROS	1	2	9																																

IX. ESTADO CIVIL

900	¿Cuál es su estado civil actual? ¿Está Ud. unida, casada, viuda, separada, divorciada o soltera?	Unida.....1 Casada2 Viuda3 Separada4 Divorciada5 Soltera6	} } } } } } → 902
901	¿Ha estado Ud. unida o casada alguna vez?	Si.....1 No.....2	→ 904
902	¿En qué mes y año se unió/casó Ud. por primera vez?	Mes ___ Año ___ No recuerda.....98	→ 904
903	¿Qué edad tenía Ud. cuando comenzó a vivir con su primer marido o compañero?	Edad..... ___ No recuerda.....98	

904	Hora de finalización de la Entrevista	___	___
		Hora	Minutos