



Japan Special Fund



ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL



ENDEMAIN 2004



INFORME FINAL



Octubre 2005

CEPAR

CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL

INFORME FINAL

ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL

ENDEMAIN – 2004

Octubre del 2005

CENTROS PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES, (CDC – ATLANTA)

Paul Stupp (Asesor Principal)	División de Salud Reproductiva
Alicia Ruiz	División de Salud Reproductiva
Fernando Carlosama	División de Salud Reproductiva
Dick Monteith	Consultor
Mary Goodwin	División de Salud Reproductiva
Stephen McCracken	División de Salud Reproductiva
Marion Carter	División de Salud Reproductiva
Katie Tripp	División de Nutrición y Actividad Física

PROYECTO MEASURE, UNIVERSIDAD DE CAROLINA DEL NORTE (CHAPEL HILL)

Gustavo Angeles	Sub-Director del Proyecto
Alberto Valle	Consultor Nacional
Daniel Williams	Investigador Asociado
Paul Hutchinson	Investigador Asociado

PROYECTO DE GARANTIA DE CALIDAD - URC

Steven Harvey	Investigador Principal
Genny Fuentes	Co-investigadora
Paula Hermida	Co-investigadora

PREPARACIÓN DEL INFORME

José Ordóñez
Paul Stupp
Dick Monteith
Alicia Ruiz
Mary Goodwin
Stephen McCracken
Gustavo Ángeles
Alberto Valle
Daniel Williams
Steve Harvey
Genny Fuentes

COORDINACIÓN DE LEVANTAMIENTO DE TEXTOS

Eduardo Argüello Pérez

COORDINACIÓN DE EDICIÓN

Arturo Pozo Avalos

PERSONAL DE LA ENCUESTA

DIRECCIÓN DE LA ENCUESTA

José Ordóñez, Director Técnico

APOYO TÉCNICO

Paul Stupp, CDC – Atlanta
Alicia Ruiz, CDC – Atlanta
Fernando Carlosama CDC - Atlanta
Gustavo Angeles, Proyecto MEASURE
Alberto Valle, Proyecto MEASURE

INSTRUCTORES

José Ordóñez, CEPAR
Eduardo Argüello, CEPAR
Patricio Lozada, CEPAR
Paul Stupp, CDC - Atlanta
Marion Carter, CDC Atlanta
Katie Tripp, CDC Atlanta
Alberto Valle, Proyecto MEASURE
Daniel Williams, Proyecto MEASURE
Paul Hutchinson, Proyecto MEASURE
Steve Harvey, Proyecto Garantía de Calidad
Genny Fuentes, Proyecto Garantía de Calidad
Paula Hermida, Proyecto Garantía de Calidad

PROCESAMIENTO

Eduardo Argüello, CEPAR
Fernando Carlosama, CDC – Atlanta
Daniel Williams, Proyecto MEASURE

COORDINADORES TRABAJO DE CAMPO

Luis Revelo – Asistente de investigación
Rommel Andrade
Luis Juez
Alcibiades Jiménez

SUPERVISORES(AS) DE CAMPO

Fernando Suárez
Fernando Armas
Verónica Bravo
Eliecer Alvarez
José Cabrera
Isaías Esteves
Josué Alvarez

Washington Proaño
Marco Urquizo
Laura Mejía
Jorge Cabrera
Oscar Campoverde
Francisco González
José Fierro

Carlos Medina
Antonio Chilán
Ketty Parada
Jimmy Jaramillo
Freddy Gutiérrez
Héctor Torres
Consuelo Ibarra

ACTUALIZADORES(AS) CARTOGRAFICOS(AS)

Bolívar Vela
Marcia Salazar
Cooper Bernal
Alex Salazar
Wilson Tamayo
Jorge Cabrera
María Guzmán
Luis Sernaqué
Brasilia Villamar
Antonio Chilán

José Armas
Magnolia Campoverde
Mónica Reyes
Victor Monar
Luis Díaz
Oscar Campoverde
Cristina Guzmán
Freddy Gutiérrez
María Moreno
Orlando Alvear

John Albán
Miriam Mantilla
Sergio Rubio
Jorge Macas
Francisco Escudero
Francisco González
Héctor Torres
Jimmy Jaramillo
Cristóbal Peña
Francisco Yépez

ENTREVISTADORAS

María Mendoza
Ana Aguirre
Alicia Carvajal
Magnolia Campoverde
Margarita Estrella
Silvana Quinatoa
Mercedes Alverca
Liliana Jami
Dione Bernal
Miriam Espinoza
Marcia Salazar
Rosilda Portilla
Paulina Jarrín
María Paredes
Isaid Díaz
Eva Oña
Alexandra Cabezas
Jackeline Díaz

Amparo Guerra
Amanda PARRALES
Sonia Cabrera
María Páez
Lorena Orozco
Silvia Armas
Esther Quinatoa
Jeaneth Iza
Miriam Pacha
Cristina Guzmán
Jannet Macancela
Beatriz Zaruma
Jenny Castro
Gloria Guamán
Alexandra Patiño
Cumandá Reiván
Rosa Samaniego
María Guzmán
Bertha Pazmiño

Luisa Johnson
Lilian Mendoza
Angela Morales
María Moreno
Soraya Jordán
Brasilia Villamar
Catalina Bustamante
María Victoria Karolys
Mariuxi Donaine
Dolores Núñez
Sandra Carrera
Celia Chilán
Rosa Pacheco
Johana Olaya
Martha Montalbán
Verónica Saá
Janeth Acosta
Lorena Escobar
Flor Barrera

ANTROPOMETRISTAS

Edgar Lima
Patricio Velasco
Napo Ortiz
Edwin Chasiliquin
Franklin Cañar
Bolívar Vela

Francisco Escudero
Vinicio Piedra
Rubén Erazo
Fernando Guzmán
Paul Carpio
Adrián Sarmiento

Javier Peña
Rolly Cedeño
Javier Yépez
Roberto Alvear
Luis Sernaqué
Orlando Alvear
Mariana Paredes

CRÍTICOS - CODIFICADORES - DIGITADORES

Rubén Carlosama
Narcisa Cunalata
Rosario Terán
Juan Verdesoto
Guadalupe Núñez
Fernando Cortéz
José Carlosama

Patricio Ortiz
Eduardo Garrido
Lorena Largo
Joni Largo
Victor Sandoval
Santiago Valencia
Alexandra Ortiz

Catherine Valencia
Karina García
Mónica Araujo
Jorge Vera
Rodrigo Rodríguez
Juan Pablo Jácome
Paola Guerra
Marcelo Yépez

CONDUCTORES

Robinson Andrade
Carlos Cisneros
Luis Espinoza
Jorge Live
Manuel Puente
Juan Tapia
Rigoberto Romero

Alex Villamarín
Cristian Villavicencio
Alfredo Betancourt
Franklin Macías
Alberto Medina
Felipe Macías
Nelson Anchundia

Segundo Monar
Aquilés Morán
Jorge Merchán
Edgar Lovato
Benjamin Galarza
Germán Guamán

Índice de Contenidos

Presentación

Agradecimiento

Resumen general

Datos básicos de la encuesta

1. Introducción

1.1 Antecedentes

1.2 Objetivos de la ENDEMAIN 2004

1.3 Organización de la encuesta

1.4 Dinámica poblacional y perspectivas demográficas del Ecuador

1.4.1 Componentes del cambio demográfico

1.4.2 Perspectivas demográficas

2. Metodología

2.1 Diseño y selección de la muestra

2.2 Cuestionarios y temas investigados

2.3 Fases de la investigación

2.3.1 Actualización cartográfica y listado de viviendas

2.3.2 Prueba piloto

2.3.3 Capacitación al personal de campo

2.3.4 Recolección y procesamiento de datos

2.4 Clasificación socioeconómica de los hogares

2.5 Rendimiento de la muestra

3. Características de la vivienda y hogar

3.1 Características de la vivienda

3.2 Equipamiento del hogar

3.3 Seguridad alimentaria

3.4 Acceso a programas sociales

3.5 Migración internacional

4. Características de los miembros del hogar

4.1 Características demográficas

4.2 Características socioeconómicas

5. Características de las mujeres entrevistadas y de los nacidos vivos

5.1 Características de las mujeres en edad fértil entrevistadas

5.1.1 Características generales

5.1.2 Nivel de instrucción, edad actual y edad al dejar de estudiar

5.2 Características de los nacidos vivos en el período julio 1999 a junio 2004

6. Fecundidad

6.1 Niveles y tendencias de la fecundidad

6.2 Diferenciales de la fecundidad

6.3 Edad a la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento

6.4 Estado civil o conyugal y actividad sexual

6.5 Espaciamiento entre nacimientos

6.6 Amenorrea y abstinencia postparto

6.7 Preferencias reproductivas

7. Planificación familiar

- 7.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos
- 7.2 Tendencias y uso de métodos anticonceptivos
- 7.3 Diferenciales en el uso actual de métodos anticonceptivos
- 7.4 Fuente de obtención de métodos anticonceptivos modernos
- 7.5 Tiempo para llegar a la fuente
- 7.6 Razón para uso actual
- 7.7 Satisfacción con el método que está usando actualmente
- 7.8 Esterilización femenina

8. Mujeres que no usan anticonceptivos

- 8.1 Condición de uso de anticonceptivos
- 8.2 Razón para no usar anticonceptivos
- 8.3 Deseo de usar anticonceptivos en el presente o en el futuro
- 8.4 Mujeres que necesitan los servicios de planificación familiar

9. Salud materna

- 9.1 Mortalidad materna
- 9.2 Uso de servicios y prácticas de salud materna
 - 9.2.1 Control prenatal
 - 9.2.2 Atención del parto
 - 9.2.3 Control postparto
 - 9.2.4 Vacunación antitetánica
 - 9.2.5 Citología cérvico vaginal
 - 9.2.6 Tendencias en el uso de los servicios de salud materna
 - 9.2.7 Auto-examen de mamas y uso de mamografía
- 9.3 Consumo de cigarrillos

10. Factores que influyen en la búsqueda de atención para el parto y las complicaciones obstétricas

- 10.1 Partos institucionales
 - 10.1.1 Razones por las cuales decidió ir al establecimiento en el cual dio a luz
 - 10.1.2 Percepciones de lo bueno de dar a luz en el establecimiento en el cual fue atendida
 - 10.1.3 Aspectos que deberían mejorar en el establecimiento en el cual dieron a luz
 - 10.1.4 Gastos para la atención obstétrica
 - 10.1.5 Percepción del tiempo esperado para ser atendida
- 10.2 Partos domiciliarios
 - 10.2.1 Razones por las cuales decidió dar a luz en casa
 - 10.2.2 Percepciones de lo bueno de dar a luz en casa
 - 10.2.3 Persona o agente de salud que le atendió en casa
- 10.3 Quiénes participan en la decisión de dónde dar a luz, e intenciones sobre dónde dar a luz en caso de volver a embarazarse
 - 10.3.1 Quién(es) participó(aron) en la decisión sobre dónde dar a luz
 - 10.3.2 Lugar dónde daría a luz en el próximo embarazo, si lo hubiera
- 10.4 Dónde recurrir en caso de una complicación obstétrica
 - 10.4.1 Dónde recurrió primero si percibió una complicación grave durante el embarazo
 - 10.4.2 Dónde recurrió primero si percibió una complicación grave durante el parto

11. Mortalidad infantil y en la niñez

- 11.1 Niveles y tendencias de la mortalidad
- 11.2 Diferenciales de la mortalidad
- 11.3 Mortalidad perinatal
- 11.4 Registro de las muertes

12. Lactancia materna y nutrición

- 12.1 Iniciación de la lactancia materna
- 12.2 Duración promedio de la lactancia materna total, completa y exclusiva
- 12.3 Alimentación complementaria y práctica del destete
- 12.4 Indicadores de la OMS
- 12.5 Desnutrición crónica, global y aguda en menores de cinco años de edad
 - 12.5.1 Desnutrición crónica (talla baja)
 - 12.5.2 Desnutrición global (Bajo peso)
 - 12.5.3 Desnutrición aguda
 - 12.5.4 Comparación con otros países en la región
 - 12.5.5 Evaluación de la calidad de los datos antropométricos
- 12.6 Índice de masa corporal de las madres
- 12.7 Estatura de las madres

13. Salud del niño(a)

- 13.1 Toma de peso
- 13.2 Inscripción de los nacimientos
- 13.3 Control del recién nacido
- 13.4 Prevalencia y tratamiento de la diarrea
- 13.5 Prevalencia y tratamiento de infecciones respiratorias
- 13.6 Tenencia y uso del Carné de Salud Infantil
- 13.7 Inmunizaciones de los niños(as) menores de 5 años
- 13.8 Participación del padre en asuntos relacionados con la salud del niño

14. Actividad sexual y salud reproductiva en mujeres de 15 a 24 años (adolescentes y jóvenes)

- 14.1 Características sociodemográficas de las mujeres de 15 a 24 años de edad
- 14.2 Educación en salud sexual y reproductiva
- 14.3 Experiencia sexual y tipo de relación sexual
 - 14.3.1 Edad a la primera relación sexual
 - 14.3.2 Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual
- 14.4 Circunstancias en que tuvo el primer embarazo
- 14.5 Planeación del primer embarazo
- 14.6 Problemas educativos y laborales a consecuencia del primer embarazo
- 14.7 Actividad sexual reciente y uso de condón en la última relación sexual

15. Violencia contra la mujer

- 15.1 Indicadores de autodeterminación y participación de la mujer en la toma de decisiones
- 15.2 Violencia en contra de la mujer
 - 15.2.1 Antecedentes en la niñez
 - 15.2.2 Violencia contra la pareja
 - 15.2.3 Violencia de pareja en el transcurso de toda la vida
 - 15.2.4 Violencia de pareja durante el último año
 - 15.2.5 Condicionantes y consecuencias de la violencia de pareja
 - 15.2.6 Búsqueda de atención o ayuda por violencia física o sexual de pareja
- 15.3 Violencia y abuso sexual en la vida de la mujer

16. Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

- 16.1 Conocimiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)
- 16.2 Indicadores de conocimiento del VIH/SIDA
- 16.3 Conocimiento y uso de la prueba del VIH
- 16.4 Actitudes de aceptación frente a las personas que viven con el VIH/SIDA
- 16.5 Percepción personal del riesgo de adquirir el VIH/SIDA

- 16.6 Uso del condón en la última relación sexual
- 16.7 Disposición al uso del condón en la pareja

- 17. Asistencia escolar de niños(as) de 6 a 14 años de edad en el año lectivo 2003/2004**
 - 17.1 Características de los(las) niños(as) de 6 a 14 años de edad
 - 17.2 Asistencia al Kinder (primero de básica)
 - 17.3 Asistencia escolar actual
 - 17.4 Edad al comenzar el primer grado (o segundo de básica)
 - 17.5 Repetición de grados
 - 17.6 Tipo de establecimiento al que asiste
 - 17.7 Abandono de la escuela o colegio

- 18. Uso de servicios de salud**
 - 18.1 Afiliación a algún seguro de salud
 - 18.2 Presencia de problemas de salud y acciones tomadas para resolverlos
 - 18.2.1 Presencia de problemas de salud
 - 18.2.2 Acciones tomadas para resolver los problemas de salud
 - 18.2.3 Solución de los problemas de salud
 - 18.3 Uso de servicios de salud preventiva
 - 18.4 Uso de control prenatal, lugar de atención del parto y la administración de antiparasitarios en niños menores de 15 años
 - 18.4.1 Control prenatal
 - 18.4.2 Motivos para elegir el lugar de control prenatal
 - 18.4.3 Lugar de atención del parto
 - 18.4.4 Motivos para elegir el lugar del parto
 - 18.4.5 Administración de antiparasitarios en niños menores de 15 años

- 19. Gastos en salud**
 - 19.1 Gastos en salud actual anualizado
 - 19.1.1 Gastos totales y per cápita
 - 19.1.2 Gastos anuales en salud, por categoría de gasto y pérdidas de ingresos
 - 19.2 Gastos en atención curativa ambulatoria
 - 19.2.1 Gastos totales en atención curativa ambulatoria, según tipo de acción realizada
 - 19.2.2 Gastos directos en atención curativa ambulatoria, según tipo de gasto
 - 19.3 Gastos en hospitalización
 - 19.3.1 Forma de pago y mecanismos de financiamiento
 - 19.4 Gastos en salud preventiva
 - 19.5 Gastos en control prenatal
 - 19.6 Gastos en atención del parto
 - 19.7 Gastos en administración de antiparasitarios
 - 19.8 Gastos en salud en relación al gasto total de consumo del hogar

Anexos:

- A. Principales indicadores de las encuestas ENDEMAIN 1989, 1994, 1999 y 2004
- B. Cálculo de los pesos de análisis
- C. Metodología para construir la medida del nivel económico usada en la ENDEMAIN-2004
- D. Errores de muestreo
- E. Especificaciones sobre los cuadros estadísticos
- F. Cuestionarios y formulario utilizados en la encuesta

Índice de Cuadros

Capítulo 2

- 2.1 Resultado de visitas y entrevistas, por área, región y dominio de estudio.

Capítulo 3

- 3.1 Viviendas por área y dominio de estudio, según características seleccionadas.
- 3.2 Viviendas por provincias, según características seleccionadas.
- 3.3 Viviendas por grupo étnico y quintil económico, según características seleccionadas.
- 3.4 Equipamiento del hogar, por área, región y dominio de estudio, según tipo de artefactos y bienes.
- 3.5 Equipamiento del hogar, por provincias, según tipo de artefactos o bienes.
- 3.6 Equipamiento del hogar, por grupo étnico y quintil económico, según tipo de artefactos o bienes.
- 3.7 Seguridad alimentaria en los hogares en las últimas dos semanas, por área, región y dominio de estudio, según características seleccionadas.
- 3.8 Seguridad alimentaria de los hogares, por provincia, según características seleccionadas.
- 3.9 Seguridad alimentaria de los hogares, por grupo étnico y quintil económico, según características seleccionadas.
- 3.10 Acceso a programas sociales en los hogares, por área, región y dominio de estudio, según tipo de programa.
- 3.11 Acceso a programas sociales de los hogares, por provincia, según tipo de programa.
- 3.12 Acceso a programas sociales de los hogares, por grupo étnico y quintil económico, según tipo de programa.
- 3.13 Migración internacional de miembros del hogar, por área y región, según características seleccionadas.

Capítulo 4

- 4.1 Miembros del hogar, por área, región y dominio de estudio, según características seleccionadas.
- 4.2 Miembros del hogar, por provincia, según características seleccionadas.

Capítulo 5

- 5.1 Mujeres en edad fértil entrevistadas, por área, región y dominio de estudio, según características seleccionadas.
- 5.2 Mujeres en edad fértil entrevistadas, por provincia, según características seleccionadas.
- 5.3 Mujeres entrevistadas, por nivel de instrucción, según edad actual y edad al dejar de estudiar.
- 5.4 Nacidos vivos, por área y dominio de estudio, según características seleccionadas de las madres y de los nacimientos.
- 5.5 Nacidos vivos, por provincias, según características seleccionadas de la madre y de los nacimientos.
- 5.6 Mujeres en edad fértil entrevistadas y nacidos vivos, según características seleccionadas.

Capítulo 6

- 6.1 Evolución de las tasas específicas de fecundidad por edad (por mil mujeres) y tasa global de fecundidad (TGF).
- 6.2 Evolución de la tasa global de fecundidad, según características seleccionadas.
- 6.3 Tasas específicas de fecundidad por edad (por 1000 mujeres) y tasa global de fecundidad (TGF) en países seleccionados de América Latina.
- 6.4 Tasas específicas de fecundidad por edad (por 1000 mujeres) y tasa global de fecundidad para el período julio 1999 a junio 2004, según características seleccionadas.
- 6.5 Número de nacidos vivos, por edad de las mujeres. Todas las mujeres en edad fértil y mujeres casadas o unidas.
- 6.6 Mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento antes de cumplir las edades específicas, según edad actual.
- 6.7 Edad mediana a la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento, según características seleccionadas.
- 6.8 Estado civil o conyugal, según edad actual.
- 6.9 Número de veces que ha estado casada o unida, según lugar de residencia.
- 6.10 Número de veces que ha estado casada o unida, según características seleccionadas.
- 6.11 Tiempo transcurrido desde la última relación sexual, por estado civil o conyugal.
- 6.12 Porcentaje de nacimientos en el período julio de 1999 a junio de 2004, que ocurrieron antes del intervalo de tiempo (en meses) desde el nacimiento anterior, según características seleccionadas.
- 6.13 Duración promedio (meses) de la amenorrea postparto, abstinencia sexual postparto y del período no susceptible para embarazarse, según características seleccionadas.
- 6.14 Nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta, por deseo de embarazo, según lugar de residencia.
- 6.15 Nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta, por deseo de embarazo, según características seleccionadas.

- 6.16 Estimación de la tasa global de fecundidad (TGF) deseada y no deseada para el período julio de 1999 a junio de 2004 y comparación con la tasa observada, según características seleccionadas.
- 6.17 Tendencia en la tasa global de fecundidad (TGF) deseada, no deseada y observada, según lugar de residencia y nivel de instrucción.
- 6.18 Tendencia del deseo actual de hijos de mujeres casadas o unidas en edad fértil, según características seleccionadas.

Capítulo 7

- 7.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos, por método, según lugar de residencia.
- 7.2 Conocimiento de métodos anticonceptivos, por método, según características seleccionadas.
- 7.3 Evolución del uso de métodos anticonceptivos, según método.
- 7.4 Uso de métodos anticonceptivos, por estado civil o conyugal, según método.
- 7.5 Uso actual de métodos anticonceptivos, por método, según lugar de residencia.
- 7.6 Uso actual de métodos anticonceptivos, por método, según características seleccionadas.
- 7.7 Uso actual de métodos anticonceptivos, por deseo de embarazo, según método.
- 7.8 Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en países seleccionados de Sudamérica.
- 7.9 Fuente de obtención de métodos anticonceptivos modernos, según lugar de residencia.
- 7.10 Fuente de obtención de métodos anticonceptivos modernos, según características seleccionadas.
- 7.11 Fuente de obtención de métodos anticonceptivos modernos en el sector público y privado, según características seleccionadas.
- 7.12 Tiempo que transcurre a la fuente de obtención de métodos anticonceptivos modernos reversibles, según lugar de residencia.
- 7.13 Tiempo que transcurre a la fuente de obtención de métodos anticonceptivos modernos reversibles, según características seleccionadas.
- 7.14 Tiempo que transcurre a la fuente de obtención de métodos anticonceptivos modernos reversibles, según método utilizado.
- 7.15 Razón principal para usar métodos anticonceptivos reversibles, según lugar de residencia.
- 7.16 Razón principal para usar métodos anticonceptivos reversibles, según características seleccionadas.
- 7.17 Preferencia sobre método a usar si pudiera elegir en la actualidad, según lugar de residencia.
- 7.18 Preferencia sobre método a usar si pudiera elegir en la actualidad, según características seleccionadas.
- 7.19 Método que preferiría usar si pudiera elegir en la actualidad, según método que usa.
- 7.20 Evolución del uso de la esterilización femenina, según lugar de residencia.
- 7.21 Evolución del uso de la esterilización femenina, según características seleccionadas.
- 7.22 Satisfacción con la esterilización femenina, según lugar de residencia.
- 7.23 Satisfacción con la esterilización femenina, según características seleccionadas.
- 7.24 Razón para no estar satisfecha con la esterilización femenina, según características seleccionadas.
- 7.25 Mujeres que tienen interés en esterilizarse, según características seleccionadas.
- 7.26 Razón principal por la cual no ha ido a operarse, por área de residencia y edad actual.
- 7.27 Razón principal para no estar interesada en operarse, por área de residencia y edad actual.

Capítulo 8

- 8.1 Condición de uso de anticonceptivos, según lugar de residencia.
- 8.2 Condición de uso de anticonceptivos, según características seleccionadas.
- 8.3 Razón para no usar anticonceptivos en la actualidad, según lugar de residencia.
- 8.4 Razón para no usar anticonceptivos en la actualidad, según lugar de residencia.
- 8.5 Razón para no usar anticonceptivos en la actualidad, según características seleccionadas.
- 8.6 Razón para no usar anticonceptivos en la actualidad, según características seleccionadas.
- 8.7 Deseo de no usar métodos anticonceptivos, según lugar de residencia.
- 8.8 Deseo de no usar métodos anticonceptivos, según características seleccionadas.
- 8.9 Método anticonceptivo preferido, según lugar de residencia.
- 8.10 Método anticonceptivo preferido, según características seleccionadas.
- 8.11 Conocimiento de fuente de anticonceptivos, según características seleccionadas.
- 8.12 Fuente de donde irían para obtener el método anticonceptivo preferido, por área y región.
- 8.13 Fuente de donde irían para obtener el método anticonceptivo preferido, por método.
- 8.14 Tiempo promedio (en minutos) a la fuente de anticonceptivos modernos, por área de residencia, según método preferido.
- 8.15 Población blanco no cubierta con servicios de planificación familiar, de acuerdo con el criterio de necesidad de servicio, por estado civil.
- 8.16 Mujeres que necesitan servicios de planificación familiar, por área y región, según características seleccionadas.
- 8.17 Mujeres que necesitan servicios de planificación familiar, por dominios de estudio, según características seleccionadas.

- 8.18 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que necesitan servicios de planificación familiar, por conocimiento de al menos un método anticonceptivo, uso anterior y deseo de usar actualmente o en el futuro, según características seleccionadas.

Capítulo 9

- 9.1 Estimaciones de la tasa de mortalidad materna y la razón de mortalidad materna en los 10 años anteriores a la encuesta, y comparación con las estimaciones para el período 1988 – 1994.
- 9.2 Evolución del uso de servicios de salud materna.
- 9.3 Trimestre de embarazo al primer control prenatal, según lugar de residencia.
- 9.4 Trimestre de embarazo al primer control prenatal, según características seleccionadas.
- 9.5 Número de controles prenatales recibidos, según lugar de residencia.
- 9.6 Número de controles prenatales recibidos, según características seleccionadas.
- 9.7 Cumplimiento de normas de atención del control prenatal, según lugar de residencia.
- 9.8 Cumplimiento de normas de atención del control prenatal, según características seleccionadas.
- 9.9 Lugar de atención prenatal, según lugar de residencia.
- 9.10 Lugar de atención prenatal, según características seleccionadas.
- 9.11 Lugar de atención del parto, según lugar de residencia.
- 9.12 Lugar de atención del parto, según características seleccionadas.
- 9.13 Parto profesional o domiciliario, según lugar de residencia.
- 9.14 Parto profesional o domiciliario, según características seleccionadas.
- 9.15 Profesional que atendió el parto, según lugar de residencia.
- 9.16 Profesional que atendió el parto, según características seleccionadas.
- 9.17 Tipo de parto (vaginal o cesárea), según lugar de residencia.
- 9.18 Tipo de parto (vaginal o cesárea), según características seleccionadas.
- 9.19 Tiempo (en días) al primer control postparto, según lugar de residencia.
- 9.20 Tiempo (en días) al primer control postparto, según características seleccionadas.
- 9.21 Lugar de control postparto, según lugar de residencia.
- 9.22 Lugar de control postparto, según características seleccionadas.
- 9.23 Recepción de vacuna contra el tétanos, por número de dosis recibida, según lugar de residencia.
- 9.24 Recepción de vacuna contra el tétanos, por número de dosis recibida, según características seleccionadas.
- 9.25 Recepción de información sobre el cáncer de la matriz y fuente que brindó la información, según lugar de residencia.
- 9.26 Recepción de información sobre el cáncer de la matriz y fuente que brindó la información, según características seleccionadas.
- 9.27 Tiempo (en meses) desde que se hizo la última citología, según lugar de residencia.
- 9.28 Tiempo (en meses) desde que se hizo la última citología, según características seleccionadas.
- 9.29 Lugar donde se hizo la última citología vaginal, según lugar de residencia.
- 9.30 Lugar donde se hizo la última citología vaginal, según características seleccionadas.
- 9.31 Razón principal para no hacerse alguna vez la citología, según lugar de residencia.
- 9.32 Razón principal para no hacerse alguna vez la citología, según características seleccionadas.
- 9.33 Mujeres que han oído hablar del cáncer de mama, le han examinado los senos, le han enseñado como hacerse el auto examen y se ha hecho alguna vez la mamografía, según lugar de residencia.
- 9.34 Mujeres que han oído hablar del cáncer de mama, le han examinado los senos, le han enseñado como hacerse el auto examen y se ha hecho alguna vez la mamografía, según características seleccionadas.
- 9.35 Razón para no hacerse alguna vez el examen de mamografía, según lugar de residencia.
- 9.36 Razón para no hacerse alguna vez el examen de mamografía, según características seleccionadas.
- 9.37 Consumo de cigarrillos, según lugar de residencia.
- 9.38 Consumo de cigarrillos, según características seleccionadas.
- 9.39 Número de cigarrillos que se fuman por día, según características seleccionadas.

Capítulo 10

- 10.1 Lugar del parto según lugar de residencia.
- 10.2 Lugar del parto según características seleccionadas.
- 10.3 Razones por las cuales seleccionaron el establecimiento de salud en el cual dieron a luz.
- 10.4 Razones por las cuales seleccionaron el establecimiento de salud en el cual dieron a luz, según lugar de residencia.
- 10.5 Razones por las cuales seleccionaron el establecimiento de salud en el cual dieron a luz, según características seleccionadas.
- 10.6 Lo que les pareció bueno del establecimiento de salud en el cual dieron a luz.
- 10.7 Lo que les pareció bueno del establecimiento de salud en el cual dieron a luz, según lugar de residencia.
- 10.8 Lo que les pareció bueno del establecimiento de salud en el cual dieron a luz, según características seleccionadas.

- 10.9 Aspectos de atención que se deben mejorar en los establecimientos de salud en los cuales dieron a luz.
- 10.10 Aspectos de atención que se deben mejorar en los establecimientos de salud, según lugar de residencia.
- 10.11 Aspectos de atención que se deben mejorar en los establecimientos de salud, según características seleccionadas.
- 10.12 Gastos durante el último parto, por tipo de gasto y conformidad con el gasto, según lugar de residencia.
- 10.13 Gastos durante el último parto, por tipo de gasto y conformidad con el gasto, según lugar de residencia.
- 10.14 Gastos durante el último parto, por tipo de gasto y conformidad con el gasto, según lugar del parto.
- 10.15 Percepción de la mujer sobre el tiempo esperado para ser atendida, según lugar de residencia.
- 10.16 Percepción de la mujer sobre el tiempo esperado para ser atendida, según características seleccionadas.
- 10.17 Razones por las cuales decidieron dar a luz en casa.
- 10.18 Razones por las cuales decidieron dar a luz en casa, según lugar de residencia.
- 10.19 Razones por las cuales decidieron dar a luz en casa, según características seleccionadas.
- 10.20 Lo que le pareció bueno a la entrevistada de dar a luz en casa.
- 10.21 Lo que le pareció bueno dar a luz en casa, según lugar de residencia.
- 10.22 Lo que le pareció bueno dar a luz en casa, según características .
- 10.23 Persona o agente de salud que le brindó atención en la casa.
- 10.24 Participantes en la decisión de dar a luz en establecimiento de salud o en la casa.
- 10.25 Lugar donde daría a luz si volviera a embarazarse, según lugar de residencia.
- 10.26 Lugar donde daría a luz si volviera a embarazarse, según características seleccionadas.
- 10.27 Lugar donde recurrió primero cuando se presentaron problemas o complicaciones durante el embarazo, según lugar de residencia.
- 10.28 Lugar donde recurrió primero cuando se presentaron problemas o complicaciones durante el embarazo, según características seleccionadas.
- 10.29 Lugar donde recurrió primero cuando se presentaron problemas o complicaciones durante el parto, según lugar de residencia.
- 10.30 Lugar donde recurrió primero cuando se presentaron problemas o complicaciones durante el parto, según características seleccionadas.

Capítulo 11

- 11.1 Tendencia en la tasa de mortalidad infantil y en la niñez, según varias fuentes.
- 11.2 Tendencia en la tasa de mortalidad infantil, 1994 – 2004, según área, región y nivel de instrucción.
- 11.3 Mortalidad infantil y en la niñez, según características seleccionadas.
- 11.4 Mortalidad infantil y en la niñez, según características seleccionadas.
- 11.5 Mortalidad infantil, según características del embarazo y parto.
- 11.6 Mortalidad infantil y en la niñez, según provincia y región.
- 11.7 Mortalidad perinatal, según características seleccionadas.
- 11.8 Porcentaje de muertes inscritas en el Registro Civil, según edad al morir del niño(a).
- 11.9 Porcentaje de nacimientos inscritos en el Registro Civil, según sobrevivencia del niño(a).

Capítulo 12

- 12.1 Consejería sobre lactancia materna y tiempo en que se inició la lactancia, según lugar de residencia.
- 12.2 Consejería sobre lactancia materna y tiempo en que se inició la lactancia, según características seleccionadas.
- 12.3 Duración promedio de la lactancia materna (en meses), por tipo de lactancia, según lugar de residencia.
- 12.4 Duración promedio de la lactancia materna (en meses), por tipo de lactancia, según características seleccionadas.
- 12.5 Tendencia de la duración promedio (en meses) de lactancia materna, según lugar de residencia.
- 12.6 Razón para dejar de lactar, por edad al destete.
- 12.7 Tipo de alimentación que recibe actualmente el niño(a), según meses de edad.
- 12.8 Tipo de lactancia por edad del niño(a), según características seleccionadas.
- 12.9 Indicadores antropométricos de desnutrición, según lugar de residencia.
- 12.10 Indicadores antropométricos de desnutrición, según características de la madre.
- 12.11 Indicadores antropométricos de desnutrición, según características del hijo(a).
- 12.12 Indicadores antropométricos de desnutrición en países seleccionados de América Latina.
- 12.13 Porcentaje con valores de los indicadores antropométricos que no son aceptables, promedio y desviación estándar de los indicadores.
- 12.14 Índice de masa corporal (IMC) de las madres, según lugar de residencia.
- 12.15 Índice de masa corporal (IMC) de las madres, según características seleccionadas.
- 12.16 La talla como indicador del estado nutricional de las mujeres, según lugar de residencia.
- 12.17 La talla como indicador del estado nutricional de las mujeres, según características seleccionadas.

Capítulo 13

- 13.1 Toma de peso del niño al nacer o en los primeros 7 días, según lugar de residencia.

- 13.2 Toma de peso del niño al nacer o en los primeros 7 días, según características seleccionadas.
- 13.3 Inscripción de los nacimientos en el Registro Civil, según lugar de residencia.
- 13.4 Inscripción de los nacimientos en el Registro Civil, según características seleccionadas.
- 13.5 Edad y condición de salud al primer control del recién nacido, según lugar de residencia.
- 13.6 Edad y condición de salud al primer control del recién nacido, según características seleccionadas.
- 13.7 Lugar de atención del primer control del recién nacido, según lugar de residencia.
- 13.8 Lugar de atención del primer control del recién nacido, según características seleccionadas.
- 13.9 Prevalencia de diarrea en las últimas dos semanas, clasifica de acuerdo a los síntomas asociados a su gravedad que fueron identificados por la madre, según lugar de residencia.
- 13.10 Prevalencia de diarrea en las últimas dos semanas, clasifica de acuerdo a los síntomas asociados a su gravedad que fueron identificados por la madre, según características seleccionadas.
- 13.11 Número promedio de días que duró la diarrea y número promedio de episodios por día, según características seleccionadas.
- 13.12 Tratamiento recibido para la diarrea, según características seleccionadas.
- 13.13 Lugar o persona donde las madres consultaron primero, según características seleccionadas.
- 13.14 Alimentación con líquidos y comida sólida durante el reciente episodio de diarrea, según características seleccionadas.
- 13.15 Prevalencia de infecciones respiratorias en las últimas dos semanas, clasificadas de acuerdo a los síntomas asociados a su gravedad que fueron identificados por la madre, según lugar de residencia.
- 13.16 Prevalencia de infecciones respiratorias en las últimas dos semanas, clasificadas de acuerdo a los síntomas asociados a su gravedad que fueron identificados por la madre, según características seleccionadas.
- 13.17 Número promedio de días que duró la IRA, según características seleccionadas.
- 13.18 Tratamiento recibido para la IRA, según características seleccionadas.
- 13.19 Lugar o persona donde las madres consultaron primero, según características seleccionadas.
- 13.20 Tenencia del carné infantil y las actividades registradas en el mismo, según lugar de residencia.
- 13.21 Tenencia del carné infantil y las actividades registradas en el mismo, según características seleccionadas.
- 13.22 Número promedio de puntos en la curva de crecimiento, según características seleccionadas.
- 13.23 Inmunización completa, por tipo de vacuna, según características seleccionadas.
- 13.24 Inmunización completa, por año de encuesta (ENDEMAIN 1999 y 2004), según características seleccionadas.
- 13.25 Inmunización completa, por tipo de vacuna, según lugar de residencia.
- 13.26 Inmunización completa al cumplir un año de edad, según características seleccionadas.
- 13.27 Edad al recibir cada vacuna, según tipo de vacuna.
- 13.28 Presencia del padre en el hogar y su participación en asuntos relacionados con la salud del niño, según características seleccionadas.
- 13.29 Padres que en los últimos 12 meses han dado dinero para mantener a sus hijos y número de veces que los han visitado en el mismo período, según características seleccionadas.

Capítulo 14

- 14.1 Características de las mujeres de 15 a 24 años de edad, por edad actual.
- 14.2 Edad a la menarquía, por edad actual.
- 14.3 Conocimiento sobre qué era la menstruación al momento de la menarquía, y persona que le explicó por primera vez, por edad a la menarquía.
- 14.4 Recepción de información sobre temas en sexualidad y salud reproductiva, por tema, según lugar de residencia.
- 14.5 Recepción de información sobre temas en sexualidad y salud reproductiva, por tema, según características seleccionadas.
- 14.6 Fuente que brindó información sobre los temas de educación sexual.
- 14.7 Clasificación de la primera experiencia sexual de acuerdo al estado civil y conyugal a ese momento, según lugar de residencia.
- 14.8 Clasificación de la primera experiencia sexual de acuerdo al estado civil o conyugal a ese momento, según características seleccionadas.
- 14.9 Pareja con la que tuvo la primera relación sexual, según características seleccionadas.
- 14.10 Mujeres de 15 a 24 años de edad que tuvieron la primera relación sexual antes de cumplir las edades específicas, según características seleccionadas.
- 14.11 Edad de la pareja con la que tuvo la primera relación sexual, según características seleccionadas.
- 14.12 Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, por clasificación de la primera relación sexual, según características seleccionadas.
- 14.13 Método anticonceptivo usado en la primera relación sexual, según características seleccionadas.
- 14.14 Razón por la cual no usó anticonceptivos en la primera relación sexual premarital, según características seleccionadas.
- 14.15 Razón por la cual no usó anticonceptivos en la primera relación sexual premarital, según características seleccionadas.
- 14.16 Mujeres alguna vez embarazadas, por clasificación del primer embarazo, según lugar de residencia.
- 14.17 Mujeres alguna vez embarazadas, por clasificación del primer embarazo, según características seleccionadas.

- 14.18 Embarazos ocurridos cuando las mujeres pensaban que no podían salir embarazadas, por clasificación del primer embarazo, según características seleccionadas.
- 14.19 Razón por la cual la mujer pensaba que no podía salir embarazada, según características seleccionadas.
- 14.20 Planeación del primer embarazo, según características seleccionadas.
- 14.21 Edad de la pareja con la que tuvo el primer embarazo, según características seleccionadas.
- 14.22 Relación con la pareja en el primer embarazo, según características seleccionadas.
- 14.23 Personas con quien vivía cuando se embarazó la primera vez, según características seleccionadas.
- 14.24 Reacción de la familia ante el primer embarazo, por área de residencia y edad al primer embarazo.
- 14.25 Reacción de la pareja ante el primer embarazo, por área de residencia y edad de la pareja.
- 14.26 Forma en que terminó el primer embarazo, según características seleccionadas.
- 14.27 Persona(s) con quien vivía después que terminó el primer embarazo, según características seleccionadas.
- 14.28 Mujeres de 15 a 24 años de edad con al menos un embarazo, por condición de estudio o trabajo que tenía al tiempo de primer embarazo, según características seleccionadas.
- 14.29 Nivel de estudios en que estaba al momento del primer embarazo, según características seleccionadas.
- 14.30 Consecuencias educativas y laborales a causa del primer embarazo, según características seleccionadas.
- 14.31 Actividad sexual reciente, según características seleccionadas.
- 14.32 Uso del condón en el última relación sexual, según características seleccionadas.
- 14.33 Razón para no usar condones en la última relación sexual, por área de residencia y estado civil o conyugal.

Capítulo 15

- 15.1 Persona que toma o tomaba las decisiones en la casa sobre aspectos de la vida familiar, por estado civil o conyugal.
- 15.2 Relación con el esposo o compañero sobre diversas situaciones, por estado civil o conyugal.
- 15.3 Opiniones sobre violencia física por parte del esposo o compañero si se presentan diversas situaciones, según área de residencia.
- 15.4 Reportaje de haber observado o escuchado violencia física o psicológica entre sus padres antes de cumplir 15 años, según lugar de residencia.
- 15.5 Reportaje de haber observado o escuchado violencia física o psicológica entre sus padres antes de cumplir 15 años, según características seleccionadas.
- 15.6 Reportaje de que alguna vez fue maltratada físicamente o psicológicamente por alguna persona antes de cumplir 15 años, según lugar de residencia.
- 15.7 Reportaje de que alguna vez fue maltratada físicamente o psicológicamente por alguna persona antes de cumplir 15 años, según características seleccionadas.
- 15.8 Persona(s) que le maltrató antes de cumplir 15 años, por tipo de violencia y área.
- 15.9 Porcentaje con maltrato físico o psicológico por parte del padre, madre, padrastro o madrastra, según características seleccionadas.
- 15.10 Clasificación del (los) tipo(s) de violencia de pareja recibido(s) por las mujeres, alguna vez en su vida y en los últimos 12 meses, por estado civil y área de residencia.
- 15.11 Clasificación del (los) tipo(s) de violencia de pareja recibido(s) en la vida marital, según lugar de residencia.
- 15.12 Clasificación del (los) tipo(s) de violencia de pareja recibido(s) en la vida marital, según características seleccionadas.
- 15.13 Clasificación del (los) tipo de violencia de pareja recibido(s) en toda la vida, según características seleccionadas.
- 15.14 Clasificación del (los) tipo de violencia de pareja recibido(s) en los últimos 12 meses, según lugar de residencia.
- 15.15 Clasificación del (los) tipo de violencia de pareja recibido(s) en los últimos 12 meses, según características seleccionadas.
- 15.16 Acto específicos de violencia verbal/psicológica recibidos durante los últimos 12 meses, según características seleccionadas.
- 15.17 Acto específicos de violencia física recibidos durante los últimos 12 meses, según características seleccionadas.
- 15.18 Persona responsable de la última incidencia de violencia de pareja.
- 15.19 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años alguna vez casadas o unidas que han experimentado diferentes combinaciones de violencia de pareja.
- 15.20 Situaciones particulares que considera llevó a la pareja a ejercer violencia recibida durante los últimos 12 meses, según características seleccionadas.
- 15.21 Consecuencias de la violencia física o sexual recibida en los últimos 12 meses, según características seleccionadas.
- 15.22 Búsqueda de atención o ayuda por violencia física o sexual recibida durante los últimos 12 meses, por persona o lugar a donde acudieron, según características seleccionadas.
- 15.23 Razón más importante por la cual no buscó ayuda ante violencia física o sexual recibida durante los últimos 12 meses, según edad actual.
- 15.24 Clasificación de los tipos de violencia de pareja recibidos durante la vida, según si observó o recibió violencia cuando era menor de 15 años.
- 15.25 Porcentaje que reporta sexo forzado (con penetración) o abuso sexual (sin penetración) durante toda la vida, según lugar de residencia.

- 15.26 Reportaje de sexo forzado (con penetración) o abuso sexual (sin penetración) durante toda la vida, según características seleccionadas.
- 15.27 Personas responsables del sexo forzado con penetración y sin penetración.
- 15.28 Edad al primer abuso sexual (sin penetración), según características seleccionadas.
- 15.29 Edad al primer abuso sexual (con penetración), según características seleccionadas.

Capítulo 16

- 16.1 Mujeres que conocen o han oído hablar de infecciones de transmisión sexual (ITS), según lugar de residencia.
- 16.2 Mujeres que conocen o han oído hablar de infecciones de transmisión sexual (ITS), según características seleccionadas.
- 16.3 Conocimiento espontáneo o dirigido del VIH/SIDA, según lugar de residencia.
- 16.4 Conocimiento espontáneo o dirigido del VIH/SIDA, según características seleccionadas.
- 16.5 Mujeres que piensan que una persona puede estar contagiada del VIH y no presentar síntomas, y que no existe curación para el SIDA, según lugar de residencia.
- 16.6 Mujeres que piensan que una persona puede estar contagiada del VIH y no presentar síntomas, y que no existe curación para el SIDA, según características seleccionadas.
- 16.7 Conocimiento espontáneo de formas o maneras de evitar el SIDA, según lugar de residencia.
- 16.8 Conocimiento espontáneo de formas o maneras de evitar el SIDA, según características seleccionadas.
- 16.9 Conocimiento espontáneo de las tres formas de prevención primaria de la transmisión sexual del VIH, según lugar de residencia.
- 16.10 Conocimiento espontáneo de las tres formas de prevención primaria de la transmisión sexual del VIH, según características seleccionadas.
- 16.10 Creencias no documentadas sobre la transmisión del VIH, según lugar de residencia.
- 16.11 Creencias no documentadas sobre la transmisión de VIH, según características seleccionadas.
- 16.12 Mujeres que han oído hablar sobre la prueba del VIH, saben donde la hacen y se han hecho alguna vez la prueba, según lugar de residencia.
- 16.13 Mujeres que han oído hablar sobre la prueba del VIH, saben donde la hacen y se han hecho alguna vez la prueba, según características seleccionadas.
- 16.14 Lugar donde se hizo la última prueba del VIH, según lugar de residencia.
- 16.15 Lugar donde se hizo la última prueba del VIH, según características seleccionadas.
- 16.16 Voluntariedad para hacerse la última prueba del VIH, según lugar de residencia.
- 16.17 Voluntariedad para hacerse la última prueba del VIH, según características seleccionadas.
- 16.18 Tiempo (en meses) desde que se hizo la última prueba del VIH, según lugar de residencia.
- 16.19 Tiempo (en meses) desde que se hizo la última prueba del VIH, según características seleccionadas.
- 16.20 Consejería antes de hacerse la última prueba, recepción de resultados y consejería antes de recibir los resultados de la prueba del VIH, según lugar de residencia.
- 16.21 Consejería antes de hacerse la última prueba, recepción de resultados y consejería antes de recibir los resultados de la prueba del VIH, según características seleccionadas.
- 16.22 Razón para no hacerse la prueba del VIH, por lugar de residencia.
- 16.23 Disposición para hacerse la prueba del VIH si fuese accesible económicamente, según características seleccionadas.
- 16.24 Razón por la cual no se haría la prueba del VIH, aunque fuera accesible económicamente, por área.
- 16.25 Actitudes de aceptación frente a las personas que viven con el VIH, según lugar de residencia.
- 16.26 Actitudes de aceptación frente a las personas que viven con el VIH, según características seleccionadas.
- 16.27 Percepción de riesgo de infectarse del VIH/SIDA, según lugar de residencia.
- 16.28 Percepción de riesgo de infectarse del VIH/SIDA, según características seleccionadas.
- 16.29 Razón por la cual piensa que tiene algún riesgo de infectarse del VIH/SIDA, según lugar de residencia.
- 16.30 Razón por la cual piensa que tiene algún riesgo de infectarse del VIH/SIDA, según características seleccionadas.
- 16.31 Razón por la cual piensa que no tiene ningún riesgo de infectarse del VIH/SIDA, según lugar de residencia.
- 16.32 Razón por la cual piensa que no tiene ningún riesgo de infectarse del VIH/SIDA, según características seleccionadas.
- 16.33 Uso del condón en la última relación sexual, según lugar de residencia.
- 16.34 Uso del condón en la última relación sexual, según características seleccionadas.
- 16.35 Propósito de uso del condón en la última relación sexual, según características seleccionadas.
- 16.36 Razón por la cual no usó el condón en la última relación sexual, según características seleccionadas.
- 16.37 Disposición de usar el condón si la pareja sexual lo propone, según características seleccionadas.
- 16.38 Percepción de reacción de la pareja al solicitarle que usen el condón, según características seleccionadas.

Capítulo 17

- 17.1 Características de hijos(as) de 6 a 14 años de edad al inicio del año lectivo 2003-2004, por región, según características seleccionadas.
- 17.2 Niños(as) que han asistido al Kinder, por edad, según lugar de residencia.

- 17.3 Niños(as) que han asistido al Kinder, por edad, según características seleccionadas.
- 17.4 Niños(as) por grado asistido en año lectivo 2003-2004.
- 17.5 Asistencia escolar en año lectivo 2003-2004, según lugar de residencia.
- 17.6 Asistencia escolar en año lectivo 2003-2004, según características seleccionadas.
- 17.7 Edad cuando el niño(a) comenzó el primer grado, según lugar de residencia.
- 17.8 Edad cuando el niño (a) comenzó el primer grado, según características seleccionadas.
- 17.9 Repetición de grados, según lugar de residencia.
- 17.10 Repetición de grados, según características seleccionadas.
- 17.11 Tipo de establecimiento al que asiste el niño(a), según lugar de residencia.
- 17.12 Tipo de establecimiento al que asiste el niño(a), según características seleccionadas.
- 17.13 Grado más alto aprobado por niños(as) que abandonaron sus estudios, según características seleccionadas.

Capítulo 18

- 18.1 Afiliación de la población a seguro de salud, según lugar de residencia.
- 18.2 Afiliación de la población a seguro de salud, según características seleccionadas.
- 18.3 Razones por las cuales la población no está afiliada o cubierta por el IESS y SSC, según lugar de residencia.
- 18.4 Razones por las cuales la población no está afiliada o cubierta por el IESS y SSC, según características seleccionadas.
- 18.5 Problemas de salud durante los últimos 30 días y hospitalización en últimos 12 meses, según lugar de residencia.
- 18.6 Problemas de salud durante los últimos 30 días y hospitalización en últimos 12 meses, según características seleccionadas.
- 18.7 Tipo de problemas de salud que afectaron a la población durante los últimos 30 días, según lugar de residencia.
- 18.8 Tipo de problemas de salud que afectaron a la población durante los últimos 30 días, según características seleccionadas.
- 18.9 Acciones tomadas para resolver los problemas de salud de la población que tuvo al menos un problema de salud durante los últimos 30 días, según lugar de residencia.
- 18.10 Acciones tomadas para resolver los problemas de salud de la población que tuvo al menos un problema de salud durante los últimos 30 días, según características seleccionadas.
- 18.11 Número de visitas a establecimientos de salud de la población que tuvo al menos un problema de salud durante los últimos 30 días, según lugar de residencia.
- 18.12 Número de visitas a establecimientos de salud de la población que tuvo al menos un problema de salud durante los últimos 30 días, según características seleccionadas.
- 18.13 Tipo de establecimiento visitado para resolver los problemas de salud. Población que tuvo al menos un problema de salud durante los últimos 30 días, según lugar de residencia.
- 18.14 Tipo de establecimiento visitado para resolver los problemas de salud. Población que tuvo al menos un problema de salud durante los últimos 30 días, según características seleccionadas.
- 18.15 Motivo por el que no hizo nada para resolver cualquier problema de salud. Población que tuvo al menos un problema de salud durante los últimos 30 días, según lugar de residencia.
- 18.16 Motivo por el que no hizo nada para resolver cualquier problema de salud. Población que tuvo al menos un problema de salud durante los últimos 30 días, según característica seleccionadas.
- 18.17 Secuencia de acciones tomadas para resolver el primer problema de salud durante los últimos 30 días, según lugar de residencia.
- 18.18 Secuencia de acciones tomadas para resolver el primer problema de salud durante los últimos 30 días, según características seleccionadas.
- 18.19 Secuencia de acciones tomadas para resolver el segundo problema de salud durante los últimos 30 días, según lugar de residencia.
- 18.20 Secuencia de acciones tomadas para resolver el segundo problema de salud durante los últimos 30 días, según características seleccionadas.
- 18.21 Atención de servicios de salud preventiva y tipo de establecimiento al que acudió la población durante los últimos 30 días, según lugar de residencia.
- 18.22 Atención de servicios de salud preventiva y tipo de establecimiento al que acudió la población durante los últimos 30 días, según características seleccionadas.
- 18.23 Mujeres de 15 a 49 años de edad que estuvieron embarazadas durante los últimos 12 meses y número de controles prenatales, según lugar de residencia.
- 18.24 Mujeres de 15 a 49 años de edad que estuvieron embarazadas durante los últimos 12 meses y número de controles prenatales, según características seleccionadas.
- 18.25 Control prenatal, por tipo de establecimiento utilizado, según lugar de residencia.
- 18.26 Motivos para elegir el establecimiento de salud público o privado para el control prenatal, según lugar de residencia.
- 18.27 Motivos para elegir el establecimiento de salud público o privado para el control prenatal, según características seleccionadas.
- 18.29 A Atención del parto durante los últimos 12 meses, según lugar de residencia.

- 18.29 B Mujeres de 15 a 49 años de edad que dieron a luz durante los últimos 12 meses, por tipo de establecimiento o lugar donde dieron a luz, según lugar de residencia.
- 18.30 A Atención del parto durante los últimos 12 meses, según características seleccionadas.
- 18.30 B Mujeres de 15 a 49 años que dieron a luz durante los últimos 12 meses, por tipo de establecimiento o lugar donde dieron a luz, según características seleccionadas.
- 18.31 Motivos para elegir el establecimiento de salud público o privado para la atención del parto, según lugar de residencia.
- 18.32 Motivos para elegir el establecimiento de salud público o privado para la atención del parto, según características seleccionadas.
- 18.33 Uso de antiparasitarios por parte de niños(as) menores de 15 años de edad, durante los últimos 12 meses, según lugar de residencia.
- 18.34 Uso de antiparasitarios por parte de niños(as) menores de 15 años de edad, durante los últimos 12 meses, según características seleccionadas.
- 18.35 Fuente de antiparasitarios usados por niños(as) menores de 15 años en los últimos 12 meses, según lugar de residencia.
- 18.36 Fuente de antiparasitarios usados por niños(as) menores de 15 años en los últimos 12 meses, según características seleccionadas.

Capítulo 19

- 19.1 A Gasto total en salud anualizado, por gasto total del hogar y per cápita, según características seleccionadas.
- 19.1 B Gasto total en salud anualizado, por gasto total del hogar y per cápita, según características seleccionadas.
- 19.2 A Gasto total en salud anualizado, por gasto directo, gasto de transporte y pérdida de ingresos, según características seleccionadas.
- 19.2 B Gasto total en salud anualizado, por gasto directo, gasto de transporte y pérdida de ingresos, según características seleccionadas.
- 19.2 C Gasto total en salud anualizado, por gasto directo, gasto de transporte y pérdida de ingresos, según características seleccionadas.
- 19.3 A Gasto en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días, por gastos del hogar, per cápita y por enfermo, según características seleccionadas.
- 19.3 B Gasto en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días, por gastos del hogar, per cápita y por enfermo, según características seleccionadas.
- 19.3 C Gasto en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días, por gastos del hogar, per cápita y por enfermo, según características seleccionadas.
- 19.4 A Gasto en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días, por gastos directos, gastos en transporte y pérdida de ingresos, según características seleccionadas.
- 19.4 B Gasto en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días, por gastos directos, gastos en transporte y pérdida de ingresos, según características seleccionadas.
- 19.4 C Gasto en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días, por gastos directos, gastos en transporte y pérdida de ingresos, según características seleccionadas.
- 19.5 Gasto en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días, de hogares con personas que realizaron acciones para curarse, según características seleccionadas.
- 19.6 Gasto en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días, de hogares con personas que realizaron acciones para curarse, por área, región y dominio de estudio, según acción realizada para curarse.
- 19.7 Gasto en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días, de hogares con personas que realizaron acciones para curarse, por grupo étnico y quintil económico, según acción realizada para curarse.
- 19.8 Gasto en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días, de hogares con personas que realizaron acciones para curarse, por área, región y dominio de estudio, según tipo de gasto.
- 19.9 Gasto en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días, de hogares con personas que realizaron acciones para curarse, por grupo étnico y quintil económico, según tipo de gasto.
- 19.10 A Gasto en hospitalización durante los últimos 12 meses, por gasto del hogar y persona hospitalizada, según características seleccionadas.
- 19.10 B Gasto en hospitalización durante los últimos 12 meses, por gasto del hogar y persona hospitalizada, según características seleccionadas.
- 19.11 A Población hospitalizada durante los últimos 12 meses, forma de pago y mecanismos de financiamiento, según lugar de residencia.
- 19.11 B Población hospitalizada durante los últimos 12 meses, forma de pago y mecanismos de financiamiento, según lugar de residencia.
- 19.12 A Población hospitalizada durante los últimos 12 meses, forma de pago y mecanismos de financiamiento, según características seleccionadas.
- 19.12 B Población hospitalizada durante los últimos 12 meses, forma de pago y mecanismos de financiamiento, según características seleccionadas.
- 19.13 A Gasto en atención preventiva durante los últimos 30 días, por gasto del hogar, per cápita y persona que recibió el servicio, según características seleccionadas.

- 19.13 B Gasto en atención preventiva durante los últimos 30 días, por gasto del hogar, per cápita y persona que recibió el servicio, según características seleccionadas.
- 19.13 C Gasto en atención preventiva durante los últimos 30 días, por gasto del hogar, per cápita y persona que recibió el servicio, según características seleccionadas.
- 19.14 Gasto en atención de salud preventiva durante los últimos 30 días, de hogares con personas que recibieron el servicio, según características seleccionadas.
- 19.15 Gasto en control prenatal durante los últimos 12 meses, según características seleccionadas.
- 19.16 Gasto en control prenatal durante los últimos 12 meses, de hogares con mujeres embarazadas, por gasto total y gasto directo, según características seleccionadas.
- 19.17 Gasto en atención del parto durante los últimos 12 meses, según características seleccionadas.
- 19.18 Gasto en atención del parto durante los últimos 12 meses, de hogares con mujeres que dieron a luz, por gasto directo, según características seleccionadas.
- 19.19 A Gasto en antiparasitarios durante los últimos 12 meses, por gasto del hogar y niño desparasitado menor de 15 años de edad, según características seleccionadas.
- 19.19 B Gasto en antiparasitarios durante los últimos 12 meses, por gasto del hogar y niño desparasitado menor de 15 años de edad, según características seleccionadas.
- 19.20 Gasto total en salud en relación al gasto de consumo del hogar, según características seleccionadas.

Índice de Gráficos

Capítulo 3

- 3.1.1 Tipo de vivienda, según quintil económico
- 3.2 Tenencia de la vivienda, según quintil económico
- 3.3 Abastecimiento de agua, según quintil económico
- 3.4 Disponibilidad de servicio higiénico, según quintil económico
- 3.5 Hogares con servicio telefónico, según quintil económico
- 3.6 Equipamiento de los hogares
- 3.7 Hogares con suficiente comida, según quintil económico
- 3.8 Migrantes en el exterior, según grupo de edad

Capítulo 4

- 4.1 Población de 12 años y más por estado civil, según área, región y dominio
- 4.2 Población de 10 años y más, según condición de empleo
- 4.3 Población por quintil económico, según lugar de residencia

Capítulo 5

- 5.1 Mujeres indígenas de 15 a 49 años de edad, por provincia
- 5.2 Mujeres en edad fértil, por área de residencia, según quintil económico
- 5.3 Nacidos vivos, por área de residencia, según grupo étnico y quintil económico
- 5.4 Mujeres entrevistadas y nacidos vivos, según área y nivel de instrucción de la madre

Capítulo 6

- 6.1 Evolución de la tasa global de fecundidad (TGF)
- 6.2 Tasa global de fecundidad (TGF) en países seleccionados de América Latina
- 6.3 Tasas específicas de fecundidad, por área de residencia, según edad
- 6.4 Tasa global de fecundidad (TGF), por provincia
- 6.5 Tasa global de fecundidad (TGF), según características seleccionadas
- 6.6 Número promedio de hijos nacidos vivos, según edad actual de la mujer
- 6.7 Edad mediana al momento de cada evento, según quintil económico
- 6.8 Estado civil o conyugal, según edad actual
- 6.9 Mediana del intervalo de tiempo de nacimientos que ocurrió desde el nacimiento anterior, según área y quintil económico
- 6.10 Duración promedio de la amenorrea postparto, abstinencia sexual postparto y del período no susceptible para embarazarse, según nivel de instrucción
- 6.11 Tasa global de fecundidad (TGF), deseada y no deseada, según características seleccionadas

Capítulo 7

- 7.1 Evolución del uso de métodos anticonceptivos
- 7.2 Principales métodos anticonceptivos utilizados actualmente por mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años de edad
- 7.3 Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de mujeres casadas o unidas de 15 a 19 años de edad, por provincia
- 7.4 Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, según características seleccionadas
- 7.5 Uso de métodos anticonceptivos en países seleccionados de América del Sur
- 7.6 Ministerio de Salud como fuente de obtención de métodos anticonceptivos modernos, por provincia
- 7.7 Fuente de anticonceptivos modernos
- 7.8 Tiempo promedio (minutos) para llegar a la fuente de anticonceptivos, según características seleccionadas
- 7.9 Evolución del uso de la esterilización femenina, según nivel de instrucción

Capítulo 8

- 8.1 Deseo de usar anticonceptivos, según área y grupo étnico
- 8.2 Método anticonceptivo preferido y fuente donde iría para obtener el método
- 8.3 Mujeres que necesitan servicios de planificación familiar, según características seleccionadas

Capítulo 9

- 9.1 Intervalos de confianza para la estimación de mortalidad materna, usando el método de "la hermana viva"
- 9.2 Primer control prenatal en el primer trimestre, por provincia
- 9.3 Cumplimiento de normas de atención del control prenatal, según características seleccionadas
- 9.4 Atención del parto en establecimientos de salud, por provincia
- 9.5 Atención del parto profesional, según características seleccionadas
- 9.6 Partos por cesárea, por provincia
- 9.7 Partos por cesárea, según características seleccionadas
- 9.8 Control postparto, según características seleccionadas
- 9.9 Recepción en toda la vida de dos o más dosis de vacuna antitetánica, por provincia
- 9.10 Uso de alguna vez del examen de Papanicolaou, por provincia
- 9.11 Citología cérvico vaginal en los dos últimos años, según características seleccionadas
- 9.12 Examen de mamografía, según características seleccionadas

Capítulo 10

- 10.1 Lugar del parto, según características seleccionadas
- 10.2 Gastos para la atención del parto o para los insumos o medicamentos, según lugar del parto
- 10.3 Razones por las cuales se decidió dar a luz en la casa
- 10.4 Acciones realizadas al percibir complicaciones durante el embarazo y el parto

Capítulo 11

- 11.1 Tendencia de la tasa de mortalidad infantil y en la niñez
- 11.2 Tasa de mortalidad infantil, por provincia
- 11.3 Mortalidad infantil, según características seleccionadas

Capítulo 12

- 12.1 Duración promedio de lactancia materna completa, según características seleccionadas
- 12.2 Lactancia exclusiva (0 – 5 meses), según características seleccionadas
- 12.3 Desnutrición crónica (talla para edad), por provincia
- 12.4 Desnutrición crónica (talla para edad) en menores de 5 años, según características seleccionadas
- 12.5 Prevalencia de bajo peso para edad, por provincia.
- 12.6 Distribución porcentual de los puntajes-z para los tres indicadores antropométricos
- 12.7 Indicadores antropométricos. Promedio del puntaje Z por edad en meses

Capítulo 13

- 13.1 Nacimientos no registrados en el Registro Civil, según área y quintil económico
- 13.2 Control del recién nacido durante el primer mes de nacido, por provincia
- 13.3 Control del recién nacido durante el primer mes de nacido, según características seleccionadas
- 13.4 Prevalencia de diarrea por clasificación de la enfermedad, según área de residencia
- 13.5 Prevalencia de infecciones respiratorias, por clasificación de la enfermedad, según área de residencia
- 13.6 Inmunización completa (todas las vacunas), de niños(as) de 12 a 23 meses de edad, según características seleccionadas de la madre
- 13.7 Inmunización completa (todas las vacunas), por provincia.

Capítulo 14

- 14.1 Conocimiento sobre temas en sexualidad y salud reproductiva, por área de residencia
- 14.2 Primera experiencia sexual, por tipo de relación, según quintil económico
- 14.3 Primera relación sexual antes de cumplir 18 años, por provincia.
- 14.4 Mediana de edad (años) a la primera relación sexual, según nivel de instrucción
- 14.5 Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, según características seleccionadas
- 14.6 Primer embarazo, por clasificación del embarazo, según edad actual
- 14.7 Condición de estudio o trabajo al tiempo de tener el primer embarazo
- 14.8 Consecuencias educativas y laborales a causa del primer embarazo

Capítulo 15

- 15.1 Maltrato físico o psicológico antes de cumplir 15 años, según características seleccionadas
- 15.2 Violencia de pareja en mujeres alguna vez casadas o unidas
- 15.3 Violencia física de pareja, en mujeres alguna vez casadas o unidas en últimos 12 meses, según grupo étnico y quintil económico
- 15.4 Situaciones particulares en que se produce la agresión física o sexual
- 15.5 Búsqueda de atención o ayuda por violencia física o sexual recibida en últimos 12 meses, según características seleccionadas
- 15.6 Sexo forzado (con penetración) o abuso sexual (sin penetración) durante toda la vida, según área y estado civil o conyugal actual de la mujer

Capítulo 16

- 16.1 Conocimiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)
- 16.2 Conocimiento espontáneo del VIH/SIDA, por provincia.
- 16.3 Conocimiento espontáneo del VIH/SIDA, según características seleccionadas
- 16.4 Conocimiento espontáneo de las tres formas de prevención primaria de la transmisión sexual del VIH, según área de residencia
- 16.5 Conocimiento sobre la prueba del VIH, sabe dónde la hacen y se ha hecho la prueba, según quintil económico
- 16.6 Percepción de riesgo de infectarse del VIH/SIDA, por provincia.
- 16.7 Percepción de riesgo de infectarse del VIH/SIDA, según área y nivel de instrucción
- 16.8 Mención del uso del condón como forma o manera de prevenir infectarse del VIH/SIDA, por provincia
- 16.9 Propósito del uso del condón en la última relación sexual

Capítulo 17

- 17.1 Niños(as) que han asistido a Kinder, según grupo étnico y quintil económico
- 17.2 Asistencia escolar al año lectivo 2003-2004, por provincia.
- 17.3 Asistencia escolar al inicio del año lectivo 2003-2004, según edad actual
- 17.4 Repetición de grado, según características seleccionadas

Capítulo 18

- 18.1 Afiliación de la población a seguro de salud, por provincia
- 18.2 Afiliación de la población a seguro de salud, según nivel de instrucción y quintil económico
- 18.3 Razones por las cuales la población no está afiliada o cubierta por el IESS/SSC
- 18.4 Presencia de problemas de salud durante los últimos 30 días, por provincia
- 18.5 Presencia de problemas de salud, según sexo y grupos de edad
- 18.6 Población hospitalizada, según área y región
- 18.7 Tres principales problemas de salud que afectan a la población, según sexo y edad
- 18.8 Visita a un agente de salud para resolver problemas de salud en los últimos 30 días, por provincia
- 18.9 Acciones tomadas para resolver los problemas de salud, según quintil económico
- 18.10 Tipo de establecimiento para resolver los problemas de salud, según quintil económico
- 18.11 Motivos por los que no hizo nada para resolver cualquier problema de salud, según quintil económico
- 18.12 Acciones tomadas para resolver el primer problema de salud
- 18.13 Tipo de establecimiento en el que tuvo el control prenatal, según quintil económico
- 18.14 Tipo de establecimiento utilizado por las mujeres que dieron a luz, según quintil económico

Capítulo 19

- 19.1 Promedio de gasto per cápita anualizado en salud (todos los hogares), por provincia
- 19.2 Gasto en salud per cápita anualizado (todos los hogares), según grupo étnico y quintil económico
- 19.3 Gasto promedio en atención curativa ambulatoria mensual per cápita (todos los hogares), según provincia
- 19.4 Gasto promedio mensual por enfermo en atención curativa ambulatoria, según área y quintil económico
- 19.5 Gasto promedio en atención curativa ambulatoria, de hogares con personas que realizaron acciones para curarse, según región y quintil económico
- 19.6 Gasto promedio en automedicación, de hogares con personas que realizaron acciones para curarse, según área y quintil económico
- 19.7 Gasto promedio en atención curativa ambulatoria, de hogares con personas que realizaron acciones para curarse, por tipo de gasto, según quintil económico
- 19.8 Gasto promedio del hogar en hospitalización durante los últimos 12 meses, según quintil económico
- 19.9 Forma de pago de los gastos en hospitalización, según quintil económico
- 19.10 Mecanismos de financiamiento de los gastos en hospitalización, según área y quintil económico

- 19.11 Promedio de gasto en control prenatal durante los últimos 12 meses, por provincia
- 19.12 Gasto directo en control prenatal, de hogares con mujeres embarazadas, según quintil económico
- 19.13 Promedio de gasto en atención del parto durante los últimos 12 meses, por provincia
- 19.14 Gasto directo en atención del parto, de hogares con mujeres que dieron a luz, según quintil económico
- 19.15 Gastos más altos en salud respecto al total de gastos de consumo de los hogares, por provincia
- 19.16 Gastos más altos en salud respecto al total de gastos de consumo de los hogares, según quintil económico

Presentación

El Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR), pone a disposición del país, el Informe Final de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN 2004), conducida bajo la responsabilidad directa de la institución y la participación activa del Comité Técnico de la encuesta, integrado por: Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) -Fondo Japonés-, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Programa Mundial de Alimentos (PMA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (UNIFEM), Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (STFS) y Fundación Observatorio Social del Ecuador (OSE), algunas de ellas brindaron también el apoyo económico para realizar la investigación. En todo este proceso, como en encuestas anteriores, se contó con la asistencia técnica de la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, y en esta primera vez, del Proyecto MEASURE de la Universidad de Carolina del Norte.

Al poner a disposición el presente Informe Final de la ENDEMAIN 2004, el CEPAR y los organismos participantes en la investigación, mantienen como propósito fundamental, satisfacer oportunamente las necesidades de información sobre población y salud de las instituciones gubernamentales, organismos privados, agencias de cooperación internacional e investigadores, para implementar políticas, diseñar, administrar y evaluar programas actualmente existentes, y orientar la definición de una agenda de políticas sociales a mediano plazo, a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida y especialmente la salud de los(las) ecuatorianos(as).

En este Informe se presentan los resultados más importantes sobre los temas investigados por la encuesta, contenidos en 19 capítulos y 6 anexos, a nivel nacional, por área, región, dominios de estudio, y nivel provincial, los mismos que a su vez incorporan nuevos temas específicos sobre mortalidad materna, antropometría, asistencia escolar, uso de servicios y gastos en salud.

La elaboración de este informe, además del personal del CEPAR involucrado, contó con el apoyo de funcionarios de la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, del Proyecto MEASURE de la Universidad de Carolina del Norte, y del Proyecto de Garantía de Calidad (URC).

Con esta publicación y la de los informes provinciales, concluye con éxito un trabajo multidisciplinario y responsable, que ha permitido en tan corto tiempo, contar con información analítica confiable y poner a disposición nacional e internacional los resultados de la investigación en forma oportuna.



Lcda. María Elena Yépez
DIRECTORA EJECUTIVA

Quito, octubre del 2005

Agradecimiento

La encuesta ENDEMAIN 2004 para su realización ha contado con el aporte económico de varias instituciones nacionales e internacionales, entre las cuales están: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), USAID, Banco Interamericano de Desarrollo (BID) -Fondo Japonés-, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Programa Mundial de Alimentos (PMA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (UNIFEM), y del Proyecto MEASURE de la Universidad de Carolina del Norte.

Con estas y otras organizaciones se suscribió un Convenio Marco de Cooperación y cada una de ellas integró el Comité Técnico de la ENDEMAIN, cuyas principales funciones fueron las de apoyar la realización de la encuesta a través de aportes económicos, de asesoramiento técnico y colaboración en la diseminación de los resultados.

Se contó además, con la asistencia técnica de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta y de la Universidad de Carolina del Norte, a través del Proyecto MEASURE, y con el apoyo del Ministerio de Salud Pública, de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, de la Fundación Observatorio Social del Ecuador (OSE) y del Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE).

El CEPAR, deja constancia de su agradecimiento a todas estas entidades que hicieron posible la ejecución con éxito de este importante trabajo que constituye un gran aporte para el país. Hago llegar nuestro profundo reconocimiento por la importante asesoría en algunas fases de la investigación a: Paul Stupp, Alicia Ruiz, Fernando Carlosama, Dick Monteith, Mary Goodwin y Stephen McCracken, funcionarios de la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, y a Gustavo Angeles y Daniel Williams, funcionarios del Proyecto MEASURE de la Universidad Carolina del Norte, y Alberto Valle, Consultor Nacional del mismo.

Por el importante apoyo brindado para la realización de la investigación, a Kelly Flynn-Saldaña, Susan Thollaug y Paulina de Martínez, funcionarias de USAID, y Mario Sánchez, del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en Washington. Para el doctor Arturo Pozo, por su escrupuloso trabajo de revisión de textos y aporte al enriquecimiento de los análisis efectuados.

Finalmente debo reconocer el trabajo profesional y esforzado de José Ordóñez Sotomayor, Director Técnico de la encuesta, destacar la calidad y dedicación al trabajo del personal técnico, administrativo y financiero de la institución, la mística y responsabilidad del personal de campo contratado para la recolección y procesamiento de la información, y sobre todo, la buena disposición y el valioso tiempo que nos dedicaron las personas entrevistadas, que en forma voluntaria proporcionaron la información para la consecución de los objetivos de la ENDEMAIN 2004.



María Elena Yépez
DIRECTORA EJECUTIVA

Resumen General

Introducción

A partir de 1987, el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (**CEPAR**) ha desarrollado, de manera periódica, la **Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN)**. La presente encuesta del 2004 es la séptima de la serie de investigaciones realizadas en el país sobre esta materia y la quinta que realiza la institución, es así mismo la segunda que cuenta con información representativa a nivel nacional; urbano, rural; regional y provincial.

El objetivo general de las encuestas ENDEMAIN es obtener información actualizada, sistemática y desagregada sobre la dinámica demográfica y el estado de salud de las madres y niños, con el fin de consolidar políticas, diseñar, administrar y evaluar programas actualmente existentes, y orientar la definición de una agenda de políticas sociales a mediano plazo. Complementariamente, conocer y estudiar niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad, mortalidad infantil y de la niñez; salud sexual y reproductiva; regulación de la fecundidad; infecciones de transmisión sexual y SIDA, y otros temas de gran importancia. La ENDEMAIN 2004, agrega información sobre mortalidad materna, antropometría, violencia contra la mujer, asistencia escolar, uso de servicios y gastos en salud, y gastos de consumo de los hogares, temas que marcarán un nuevo hito en la investigación nacional.

Organización de la encuesta

Dada la magnitud de la investigación y la necesidad de encontrar el apoyo técnico y financiero adecuado, se conformó el Comité Técnico de la encuesta y la firma del Convenio Marco correspondiente, con la participación de varios organismos auspiciantes de este proyecto, entre los cuales están: Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), Fondo Japonés, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Programa Mundial de Alimentos (PMA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fundación Observatorio Social del Ecuador (OSE), Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (UNIFEM), y Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (STFS). Con el apoyo de la USAID, se consiguió el asesoramiento técnico de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta y del Proyecto MEASURE de la Universidad de Carolina del Norte.

Los roles principales de las instituciones participantes han sido: apoyar a la encuesta a través de la asesoría y coordinación con el equipo técnico responsable; asegurar la calidad y oportunidad necesaria; aportar técnica y económicamente a su realización; conocer los resultados, y coadyuvar a la diseminación y uso de los mismos.

Metodología

La ENDEMAIN-2004 es un estudio de cobertura nacional con representatividad urbana y rural, por regiones y provincias del país, que recopila información sobre la vivienda y el hogar; composición y características de sus miembros. En algunos hogares se realizaron entrevistas individuales a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad y en otros hogares entrevistas al hogar para recabar información sobre uso de servicios de salud, gastos en salud y gastos de consumo de los hogares. Se utilizó como marco muestral el Censo de Población y Vivienda del 2001 (INEC). La muestra es probabilística, estratificada y multietápica, de la población civil no institucional.

La selección de la muestra de la encuesta se realizó en tres etapas. La primera etapa de selección consistió en tomar al azar los segmentos de 17 estratos establecidos (regiones Insular y Amazónica, 10 provincias de la Sierra y 5 de la Costa). De esta manera, se seleccionaron 692 segmentos, en los cuales se realizó la actividad de actualización cartográfica, a fin de garantizar que en cada uno de los segmentos se tendría la enumeración correcta de las viviendas. La segunda etapa de selección

consistió en seleccionar 42 viviendas dentro de cada segmento seleccionado en forma aleatoria. Dentro de estas 42 viviendas, de manera alternada fueron seleccionadas 24 viviendas para desarrollar el cuestionario MEF y 18 para diligenciar el cuestionario Hogar. La tercera etapa de selección, utilizada para las 24 viviendas seleccionadas para aplicar el cuestionario MEF, consistió en tomar en forma aleatoria solamente una mujer en edad fértil de 15 a 49 años de edad por cada vivienda.

Características de las unidades de análisis

Según la ENDEMAIN 2004, el 68 por ciento de las viviendas en el país son catalogadas como casa o villa, el 14 por ciento como departamento y el restante 18 por ciento conformado por: mediagua, cuarto de inquilinato, rancho, choza y de otro tipo. A nivel nacional, el 63 por ciento de hogares cuenta con vivienda propia, el 18 por ciento con vivienda cedida, arrendada el 17 por ciento y alrededor del 2 por ciento con otras formas de tenencia.

Menos de la mitad de los hogares del país (48%) cuenta con abastecimiento de agua dentro de la vivienda y excusado conectado al alcantarillado (44%), así como en un 34 por ciento tienen la práctica de botar o quemar la basura. Mientras en el área urbana el 89 por ciento de los hogares dispone de agua por tubería, sea dentro o fuera de la vivienda, en la rural el 60 por ciento tiene acceso bajo cualquiera de las dos formas.

Sólo el 44 por ciento de hogares ecuatorianos posee servicio higiénico conectado al alcantarillado, 20 por ciento tiene servicio higiénico conectado a pozo séptico, 25 por ciento a pozo ciego, río, quebrada o tiene una letrina, y el 11 por ciento no tiene servicio higiénico. Los otros servicios como alumbrado y teléfono alcanzan coberturas importantes a nivel nacional. El 96 por ciento de los hogares ecuatorianos cuenta con servicio eléctrico, el 32 por ciento con servicio de telefonía convencional y el 31 por ciento con telefonía celular.

La ENDEMAIN 2004 ratifica que la población ecuatoriana mantiene un equilibrio por sexo, e identifica al país como de población eminentemente joven; más de la mitad de su población es menor de 24 años. El área rural concentra el mayor número de población joven (56%). Cerca de la mitad de la población de 6 años y más de edad tiene nivel de instrucción primaria. Con nivel secundario se identifica el 30 por ciento de la población nacional, mayor en el área urbana, Costa e Insular. El 10 por ciento de la población ha completado algún año de instrucción superior. Según datos de la encuesta, más de la mitad de los habitantes del área rural de la Sierra y de la Amazonía, así como las dos terceras partes del área rural de la Costa, se ubican en los dos quintiles más pobres.

La quinta parte de las mujeres en edad fértil entrevistadas son menores de 20 años y la proporción disminuye hasta el 9 por ciento para mujeres de 45-49 años; así mismo, un poco más de la mitad son menores de 30 años. Cerca de la tercera parte son solteras y más de la mitad están en unión (unidas y casadas). Es evidente el mejoramiento en el nivel educativo de las mujeres con respecto a la encuesta de 1999, menores porcentajes de mujeres sin instrucción, mayores en el nivel secundario y especialmente en el superior.

La auto-declaración de mujeres mestizas llega al 82 por ciento a nivel nacional. Cerca del 8 por ciento de las mujeres se auto-declararon indígenas, el 16 por ciento en los sectores rurales, 13 por ciento en la región Sierra y un mayor porcentaje en la Amazonía (20%). En el área rural de la Sierra, casi una de cada cuatro mujeres se auto-declaró como indígena. El porcentaje de registro de negra como grupo étnico, es más importante en la Costa (4.6%), por la influencia del mayor porcentaje de mujeres de esta raza en la provincia de Esmeraldas (37%).

A nivel nacional, el 85 por ciento de los nacidos vivos son de mujeres casadas o unidas y un 5 por ciento de madres solteras. Uno de cada cinco nacimientos son de mujeres menores de 20 años, dos de cada cuatro de mujeres de 20 a 29 años y uno de cada cuatro de madres entre 30 y 39 años de edad. Más de la mitad de los nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta son de mujeres sin instrucción o con nivel primario. El 54 por ciento de mujeres viven en el área urbana y su complemento

en la rural, pero las primeras aportan el 45 por ciento de los nacimientos y las segundas el 55 por ciento. Aquellas mujeres que tienen bajos niveles de escolaridad (ninguno y primario) representan el 40 por ciento del total y aportan con más de la mitad de los nacimientos.

Fecundidad

La fecundidad es una de las variables más importantes para evaluar la tendencia de crecimiento de la población. En el Ecuador la tasa global de fecundidad, para el período 1999-2004, fue de 3.3 hijos por mujer. Esto representa un descenso de un nacimiento por mujer desde la TGF de 4.3 en el período 1982-1987, pero es poco apreciable un cambio entre las últimas tres encuestas ENDEMAIN. La TGF de 3.3 para 1999-2004 es muy semejante a la TGF de 3.4 para 1994-1999, siendo lento el descenso de las tasas específicas por edad y ocurre lo contrario con la tasa específica de fecundidad de las adolescentes, la cual de 91, calculada para los dos quinquenios anteriores, en el último período aumenta a 100.

La actual TGF registra importantes diferencias según nivel de instrucción de las mujeres (diferencia de 3.8 nacidos vivos entre los extremos) y quintil económico (diferencia de 3.2 nacidos vivos entre los grupos más pobre y más rico). Por primera vez, ENDEMAIN-2004 permite medir fecundidad según grupo étnico, encontrándose un gran diferencial entre la población auto-identificada como indígena (4.9 vs. 3.1 nacimientos por mujer).

La edad mediana de la primera relación sexual es 18.7 años, comparado con 20.6 años para la edad de la primera unión y 21.2 años para la edad del primer nacimiento. La edad mediana de la primera relación sexual entre las que tienen educación superior es 5.7 años mayor que entre quienes no tienen educación formal, 6.2 años mayor para la primera unión y 6.6 años mayor para el primer nacimiento.

Del total de nacimientos analizados, el 73.1 por ciento ocurrieron dentro de los cinco años después del nacimiento anterior. La cuarta parte de los nacimientos ocurrió dentro de los dos años después del nacimiento anterior (25.8%), y el 50.8 por ciento ocurrió dentro de tres años, siendo la mediana del intervalo al nivel nacional de 35 meses.

La duración promedio total del período no susceptible de embarazo es de 8.4 meses, la duración promedio de amenorrea de 7.8 meses y la duración promedio de la abstinencia postparto de 2.3 meses. Las mujeres que residen en áreas rurales tienen en promedio 3.8 meses más de tiempo postparto no susceptible al embarazo que las de áreas urbanas.

El 63.6 por ciento de los nacimientos en el período 1999-2004 fue "planeado", el 17.6 por ciento "deseado pero no previsto" y el 18.7 por ciento "no deseado". El porcentaje "no deseado" aumenta con la edad y el orden de nacimiento, y es mayor entre los grupos de menor educación y del quintil económico más bajo. La TGF deseada es de 2.6 hijos por mujer, la cual resulta ser un 21 por ciento menor que la observada (3.3 hijos por mujer). La TGF deseada es mayor en áreas rurales que en urbanas (3.1 contra 2.3) y es de un nacimiento mayor para mujeres indígenas que para mestizas (3.5 contra 2.5).

Planificación familiar

En el Ecuador, el 96.0 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad ha oído hablar de al menos un método anticonceptivo y el 95.5 por ciento de un método moderno. Los métodos más conocidos son las pastillas, la esterilización femenina, los condones, el DIU y la inyección. El nivel de conocimiento de al menos un método anticonceptivo varía del 97.8 por ciento entre la población mestiza al 74.9 por ciento entre la indígena. A mayor nivel de instrucción y nivel económico de las mujeres, es mayor la proporción que tiene conocimiento de los métodos.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas o unidas, tenía un valor de 33.6 por ciento en la encuesta ENF de 1979 y en la ENDEMAIN 2004 alcanza 72.7 por ciento, un incremento de más del doble en los últimos 25 años. De la cifra actual, el 59 por ciento corresponde a

métodos modernos y un 14 por ciento a los tradicionales de menor eficacia (ritmo y retiro). La esterilización femenina ocupa el primer lugar como preferencia de uso con el 24 por ciento.

En el área urbana el uso es del 76.6 por ciento y en la rural del 67.1 por ciento. El uso más bajo corresponde a mujeres en unión de 15 a 19 años de edad (56.1%), pero aumenta rápidamente al 80.5 por ciento entre aquellas de 30 a 34 años de edad. En la medida que aumenta el nivel de instrucción formal, también aumenta la prevalencia de uso de anticonceptivos, pasando del 51.0 por ciento entre mujeres sin educación formal al 79.9 por ciento entre aquellas con instrucción superior.

Las tres fuentes más importantes para la obtención de métodos anticonceptivos modernos son el Ministerio de Salud Pública (MSP), las farmacias particulares y las clínicas o consultorios médicos privados, las cuales brindan servicios de anticoncepción al 82 por ciento de las usuarias. El MSP es la fuente principal en el área rural y en la Sierra, Amazonía e Insular; es así mismo la principal fuente para la esterilización femenina y el DIU. La principal fuente de métodos modernos en el país es el sector privado con el 63.3 por ciento de la oferta. El sector público provee el 35.6 por ciento de métodos, su principal oferente sigue siendo el MSP.

Mujeres que no usan anticonceptivos

El 27.3 por ciento de las mujeres en unión de 15 a 49 años de edad no estaba usando un método anticonceptivo en los 30 días previos a la entrevista. El porcentaje que nunca ha usado varía del 5.9 por ciento entre mujeres del área urbana al 17.4 por ciento en la rural. El porcentaje que nunca ha usado un método es casi 5 veces mayor en la población indígena comparado con la población mestiza, y es mayor entre aquellas que no tienen hijos vivos y entre las sin educación formal.

A nivel nacional, el 48.3 por ciento de las mujeres desea usar anticonceptivos, el 10.3 por ciento en el presente y el 38.0 por ciento en el futuro. El deseo de usar es mayor entre quienes no tienen o tienen sólo un hijo, en comparación con las que tienen 2 ó más hijos. Los métodos con mayor demanda potencial son la inyección y la esterilización femenina.

Al hacer la estimación del indicador de mujeres que necesitan los servicios de planificación familiar, es decir, de mujeres fecundas, que no están embarazadas ni desean estarlo y que tienen el riesgo de un embarazo por no estar usando algún método anticonceptivo, el mismo es del 5.0 por ciento, el cual varía del 1.2 por ciento en mujeres solteras al 7.4 por ciento entre mujeres en unión. La mayor necesidad de servicios de planificación familiar se encuentra entre mujeres del área rural, mujeres en unión, indígenas y las sin educación formal.

Salud Materna

En la ENDEMAIN-1994 se presentaron estimaciones sobre la razón de mortalidad materna por no contar con otra fuente de datos que midiera la mortalidad materna del país. Con este propósito, también en la ENDEMAIN-2004 se incluyó el módulo para recolectar la información básica que requiere la metodología de la "hermana viva." Aunque la muestra es suficientemente grande para estudiar la mayoría de indicadores de la salud reproductiva, no resulta ser suficiente para medir los cambios en la razón de mortalidad materna. El valor estimado para la razón de mortalidad materna bajó de 159 para el período 1988-1994 a 107 para el período 1994-2004, sin embargo, este cambio no es estadísticamente significativo.

Para los niños nacidos vivos en el período de julio de 1999 a junio de 2004, en el 84.2 por ciento de los casos, las madres tuvieron al menos un control prenatal. Para el 64.6 por ciento, el primer control prenatal fue en las 12 semanas de embarazo, varía del 74.7 por ciento en el área urbana al 52.8 por ciento en la rural, asciende del 35.5 por ciento entre nacimientos de madres que no tienen educación formal, al 88.1 por ciento entre aquellos de madres con instrucción superior. Sólo el 33.2 por ciento de nacidos vivos de madres indígenas recibió su primer control durante el primer trimestre. El 57.5 por ciento recibió 5 controles, varía del 70.7 por ciento en el área urbana al 41.9 por ciento en la rural. El

porcentaje que recibió 5 ó más controles asciende del 21.9 por ciento entre mujeres sin educación formal al 87.6 por ciento entre aquellas con instrucción superior. Para el 52.0 por ciento de los niños se brindó un control prenatal más integral, por haberse inscrito durante el primer trimestre de embarazo y haber tenido al menos 5 controles. El cumplimiento de ambas condiciones varía del 64.6 por ciento en el área urbana al 37.0 por ciento en la rural.

Del total de nacimientos para los cuales las madres tuvieron al menos un control prenatal, el 63.5 por ciento recibió el control en los establecimientos del MSP y el 22.3 por ciento en clínicas o de médicos privados. El MSP es la fuente principal para la mayoría de la población indígena que tuvo al menos un control prenatal.

El 74.2 por ciento de los partos tuvieron atención profesional, la cifra cambia del 88.6 por ciento en el área urbana al 57.1 por ciento en la rural. De los partos clasificados como "en casa" (23.8%), el 12.7 por ciento fue atendido por una partera, especialmente en el área rural (21%). La atención profesional del parto sube del 36.7 por ciento en el grupo sin educación formal al 93.7 por ciento en el de instrucción superior. Del total de partos de mujeres indígenas, sólo el 30.1 por ciento tuvo atención profesional.

La tasa general de cesáreas informada es de 25.8 por ciento. Este indicador se lo podría considerar relativamente alto, estas intervenciones quirúrgicas son más frecuentes en el área urbana (34.0%) que en la rural (16.1%). Las mujeres con instrucción superior tienen la tasa más alta (49.1%), casi cinco veces a la de mujeres sin educación formal. Las tasas más elevadas se encuentran en establecimientos del IESS (50.0%) y en las clínicas, hospitales y médicos privados (49.8%).

Entre los servicios de salud materna investigados, el control postparto es el menos utilizado en el Ecuador, en el sentido que sólo el 36.2 por ciento recibió al menos un control. Esta cifra cambia del 44.4 por ciento en el área urbana al 26.4 por ciento en la rural. Sólo el 24.9 por ciento recibió el primer control antes de cumplir los 41 días posteriores al parto. La proporción que tuvo el primer control en el transcurso de los primeros 40 días cambia del 29.4 por ciento en el área urbana al 19.5 por ciento en la rural. El MSP se constituye en la fuente de control postparto para el 52.9 por ciento de las púerperas.

El 74.8 por ciento de mujeres de 15 a 49 años había recibido al menos una dosis de TT, y el 25.0 por ciento 3 ó más. El grupo de mujeres con la probabilidad de contar con al menos una dosis de TT tiende a disminuir con la edad y el número de embarazos. El 39.2 por ciento de la población indígena no recibió vacuna alguna.

Sólo el 34.7 por ciento de mujeres reportó haber recibido información sobre cáncer del útero. Del total de mujeres de 15 a 49 años de edad con experiencia sexual, el 64.3 por ciento reportó que al menos en una oportunidad ha hecho uso del servicio de citología vaginal, proporción que varía del 71.7 por ciento entre mujeres del área urbana al 52.6 por ciento en la rural.

El 71.7 por ciento de mujeres de 15 a 49 años respondió que ha oído hablar del cáncer de mama, cifra que asciende al 81.6 por ciento entre mujeres del área urbana y baja al 56.3 por ciento en la rural. Se evidencia que el conocimiento es muy bajo entre mujeres indígenas y en las sin educación formal. Sólo el 7.2 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad contestó haberse hecho alguna vez el examen de mamografía.

Factores que influyen en la búsqueda de atención para el parto y las complicaciones obstétricas

A nivel nacional, "*Factores económicos*" es la razón principal por la que las entrevistadas con nacidos vivos a partir de enero del 2002, seleccionaron el establecimiento de salud en el cual dieron a luz. Este factor fue expresado por 34.4 por ciento de las mujeres encuestadas. El factor "*Confianza con el personal de salud o con el establecimiento*", fue expresado por un 23.2 por ciento de las encuestadas. La "*Atención de emergencia*", "*Seguridad en caso de una complicación*", y "*Personal capacitado o experimentado*", fueron manifestados como criterios de selección por un 34.5 por ciento.

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) de Ecuador garantiza a toda mujer ecuatoriana "Una atención básica y gratuita de salud, orientada a la reducción de la mortalidad materno-infantil". Esta ley comprende la prestación de servicios "Gratuitos y de calidad" durante el embarazo, el parto y el posparto, a través de los establecimientos del MSP. En este contexto, la cifra más sobresaliente en cuanto a gastos durante el parto es que el 28.0 por ciento de las mujeres atendidas por el MSP reporta haber pagado la atención, el 26.1 por ciento haber tenido que comprar insumos o medicamentos y el 44.7 por ciento no haber tenido que hacer ningún gasto, lo cual señala que esta Ley todavía no se cumple en la mayoría de los casos.

Entre las encuestadas que dieron a luz en casa a su último hijo(a), la primera razón manifestada para ello fue "*Por costumbre*", mencionada por un 37.4 por ciento de las parturientas. Esta respuesta se evidencia más frecuentemente en las áreas rurales y en la Sierra. El 29.0 por ciento se refirió a "*Factores económicos*", y por el 25.8 por ciento a la existencia de "*Barreras para llegar*" al establecimiento de salud, o físicas o sociales. Casi igual importancia tiene un "*Mal concepto del establecimiento*", lo cual opina un 24.6 por ciento de las encuestadas. Una minoría (10.5%) asevera sentir "*Más seguridad y confianza en casa*". Entre las encuestadas con partos domiciliarios, la mayoría fue atendida por parteras tradicionales (47.0%) o por familiares (43.0%). Una notable proporción (7.3%) reporta haberse atendido por sí sola.

Tres de cada cuatro mujeres que afirmaron haber identificado algún problema grave durante el embarazo, reportan haber acudido en primera instancia a un establecimiento de salud o recurren a personal de salud, ya sea dentro o fuera de su casa. Esta proporción se presenta mayormente en mujeres que residen en el área urbana con un 82.6 por ciento. La segunda opción al momento de percibir un problema de salud es quedarse en casa y/o usar remedios caseros (16.5%). Esta alternativa está asociada íntimamente con el nivel educativo y económico de la madre.

En cuanto a complicaciones percibidas durante el parto, la principal alternativa manejada por las mujeres que tuvieron su último parto en casa, es la de quedarse en casa y/o usar remedios caseros, en un 45.7 por ciento; en segunda instancia, acudir a un personal tradicional (31.2%). Menos de 10 por ciento que percibió una complicación durante un parto domiciliario acudió en primera instancia a un establecimiento de salud. En áreas rurales el porcentaje desciende a sólo el 7.3 por ciento, y baja aún más en mujeres indígenas y analfabetas.

Mortalidad Infantil y en la Niñez

La tasa de mortalidad infantil estimada para el período de 5 años entre julio de 1999 y junio de 2004 es de 29 muertes por mil nacidos vivos, casi igual a la tasa estimada para los 5 años previos a la ENDEMAIN-1999. La mortalidad neonatal y postneonatal también se mantuvieron casi a los mismos niveles registrados por la encuesta anterior. La estabilidad en el nivel de mortalidad en los últimos 5 años interrumpe la tendencia de las últimas 4 encuestas entre 1987 y 1999 cuando la mortalidad infantil descendió de 58 a 30 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos.

Entre las dos últimas encuestas la mortalidad en la niñez se redujo de 9 a 5 muertes por cada 1.000 niños(as) que sobrevivieron su primer año de vida, continuando la tendencia entre 1987 y 1999 cuando esta tasa bajó de 25 a 9 muertes por 1.000. La mortalidad en áreas rurales mantiene su reducción de 52 entre 1989-1994 a 32 entre 1999-2004, pero no hay un cambio en la mortalidad para áreas urbanas y posiblemente ha subido en los últimos 5 años de 22 a 28, dato que no tiene diferencia significativa. Las regiones Sierra y Costa mantienen sus tasas a casi el mismo nivel en las encuestas de 1999 y 2004 (de 26 a 27 en la Costa y de 34 a 35 en la Sierra).

La mortalidad en todas las edades menores de 5 años es mayor para hijos(as) de madres indígenas que de mestizas y lo es también para hijos(as) de madres sin instrucción. Casi no se observa una diferencia en mortalidad infantil según el quintil económico de los hogares, y la diferencia no es muy pronunciada para mortalidad en la niñez. Los valores en la mortalidad postneonatal son notables

también en hijos(as) de madres indígenas y de sin instrucción. Lo más sorprendente es la diferencia en mortalidad infantil para hombres y mujeres (34 contra 25). La mortalidad es mayor para hijos(as) de madres de menor y mayor edad (36 si tiene menos de 20 años y 74 si tiene 40 o más años) y para niños(as) cuyo orden de nacimiento es mayor (49 si es orden 7 ó más). Como se ha observado respecto a la fecundidad, no se evidencian cambios en la misma en los últimos 5 años, por lo que no deben esperarse reducciones en mortalidad infantil basados en estos factores.

La tasa de mortalidad perinatal es de 28 por mil partos, los nacidos muertos representan el 53.6 por ciento de dicha estimación. La tasa de mortalidad neonatal temprana de 13 (0 a 7 días) representa el 76.5 por ciento de la tasa de mortalidad neonatal (17 por mil), lo que indica la importancia de la mortalidad neonatal temprana como componente de la mortalidad infantil. El menor riesgo de muerte perinatal se observa en madres menores de 30 años y el mayor en las de 30 ó más años.

Lactancia materna y nutrición

En el Ecuador la lactancia materna es una práctica generalizada, ya que se inicia en el 96.7 por ciento de los recién nacidos. La proporción de madres que inician la lactancia durante la primera hora es mayor en la Sierra que en la Costa. Las mujeres más pobres tienden a iniciar más temprano la lactancia que mujeres de los quintiles más altos. El 41.2 por ciento de madres recibió consejería sobre lactancia materna, proporción que varía entre 48.3 por ciento en áreas urbanas y 31.8 por ciento en rurales.

La duración promedio de la lactancia materna total es de 16.2 meses. La lactancia completa (lactancia materna junto con otros líquidos pero sin el uso de otras leches), tiene una duración promedio de 4.1 meses y la lactancia exclusiva (lactancia materna sin el uso de otras leches ni otros alimentos), es de 2.7 meses. La duración de lactancia total, completa y exclusiva, es más alta en el área rural que en la urbana, particularmente mayor en la Sierra que en la Costa. Las madres indígenas exhiben una mayor duración en los tres tipos de lactancia materna.

El 4.3 por ciento de los niños menores de seis meses no está recibiendo leche materna. Sólo el 39.6 por ciento de los niños menores de seis meses reciben lactancia exclusiva; ésta es más frecuente en el área rural, para los de madres del quintil más bajo y para los niños de madres que no trabajan. El porcentaje que recibe lactancia exclusiva es mucho mayor en la Sierra que en la Costa, y más que el doble para niños de madres indígenas que para aquellos de madres mestizas.

La complementación alimentaria a la lactancia ocurre más temprano que lo recomendado. El 18.4 por ciento de los niños menores de seis meses de edad recibe lactancia predominante (consumo de agua u otros líquidos, excluyendo otras leches). Al acumular estos porcentajes con los de la lactancia exclusiva, el 58.0 por ciento de los menores de seis meses de edad reciben lactancia completa, el resto no está siendo lactado o recibe otros alimentos no recomendados para los niños en esas edades.

La OMS recomienda que, de ser posible, la lactancia continúe al menos hasta que el niño(a) cumpla dos años de edad. Entre los niños de 12 a 15 meses de edad, el 62.0 por ciento está siendo lactado con cualquier tipo de lactancia y el 22.7 por ciento entre los que tienen de 20 a 23 meses de edad.

Esta es la primera encuesta ENDEMAIN que incluye una clasificación del estado nutricional de los niños y las madres, basado en mediciones antropométricas de peso y talla. Esta información permite calcular tasas de desnutrición basadas en comparaciones con valores internacionales de referencia. En cuanto a la relación de talla por edad por debajo de -2.0 DE (desviación estándar) que representa un retardo en la estatura (desnutrición crónica), el valor observado a nivel nacional es de 23.2 por ciento. Dentro de este grupo, el 5.9 por ciento cae por debajo de -3.0 DE en la población de referencia, clasificado con desnutrición crónica severa. La desnutrición crónica en el área rural (30.7%), es mucho más alta que en la urbana (17.0%) y el indicador de la región Sierra (32.0%) es casi el doble que el de la Costa (15.7%). La desnutrición de los niños cuyas madres no tienen educación formal es más de tres veces (38.1%) que la estimada para los niños de madres con instrucción superior. El porcentaje para el

quintil económico bajo (30.0%) es casi tres veces el valor del quintil alto (11.4%). El porcentaje para hijos(as) de madres indígenas (46.7%) es mucho mayor que para los otros grupos étnicos, los cuales varían entre 14.0 y 21.2 por ciento.

El indicador peso para la edad caracteriza la desnutrición global (bajo peso). Los resultados muestran que en el Ecuador, el 9.4 por ciento de los niños(as) menores de cinco años presentan bajo peso para su edad y el 1.3 por ciento está clasificado como desnutrición global severa. Las diferencias ya mencionadas para desnutrición crónica se repiten para desnutrición global, pero los diferenciales no son tan pronunciados. El indicador bajo peso para talla caracteriza a la desnutrición aguda. Sólo el 1.7 por ciento de los niños(as) menores de cinco años de edad tiene un valor de peso para talla que está por debajo de -2.0 DE, porcentaje que es menor al esperado en la población de referencia (2.3%), lo cual refleja que no existe mayor problema de emaciación en el país.

De acuerdo con el indicador "Índice de masa corporal" de las madres, no se observa mayor problema de bajo peso (1.9%), pero el 40.4 por ciento de madres estaban clasificadas con sobrepeso y otro 14.6 por ciento como obesas, de modo que 55.0 por ciento tiene un peso más que normal para su talla. La estatura promedio de las mujeres con hijos menores de cinco años es de 151.2 centímetros. El 13.8 por ciento de mujeres tienen una estatura menor de 145 cm. (considerando 145 cm. como valor crítico), problema que es más frecuente en la Sierra que en la Costa. Hay evidencia que las cohortes de mujeres nacidas más recientemente son más altas que las cohortes nacidas en el pasado.

Salud del niño(a)

Según las normas del MSP, el primer control del niño debe realizarse durante el transcurso del primer mes de vida y mantenerse periódicamente hasta cumplir los 5 años de edad. El 93.6 por ciento de niños fue llevado para el control por lo menos en una oportunidad. El cumplimiento de esta norma varía del 50.1 por ciento en el área urbana al 39.6 por ciento en la rural. El 35.8 por ciento de niños del nivel económico bajo es llevado en el transcurso del primer mes de vida, cifra que asciende al 60.0 por ciento entre quienes pertenecen al nivel alto. Sólo el 29.0 por ciento de niños de población indígena concurren a su primer control durante el primer mes de vida. Los establecimientos del MSP son la principal fuente de atención del primer control de recién nacido.

El 21.7 por ciento de los niños menores de 5 años de edad había tenido diarrea durante las dos semanas previas a la entrevista. La prevalencia en el área rural es un poco mayor que en la urbana. El 91.4 por ciento de los niños que tuvieron diarrea recibió alguna forma de tratamiento. El 30.7 por ciento de los niños recibió suero oral y el 26.5 por ciento suero casero.

El 42.3 por ciento de los niños menores de 5 años de edad tuvo infección respiratoria durante las últimas dos semanas previas a la entrevista. El porcentaje cambia del 45.7 por ciento en el área urbana al 38.3 por ciento en la rural. Del total de niños que tuvieron infección respiratoria, la misma duró en promedio 7.3 días, lo cual puede identificarse como una infección respiratoria aguda. El 89.4 por ciento de las madres hizo algo para aliviar o curar la infección respiratoria y otro 58.3 por ciento consultó con alguien sobre la infección de su niño.

Sólo el 63.7 por ciento de las madres de niños menores de 5 años tenía o podía mostrar el Carné de Salud Infantil al momento de la entrevista. Este porcentaje es ligeramente mayor en el área urbana que en la rural. La tenencia del carné disminuye a medida que aumenta la edad de la madre o del niño. El grupo de madres sin educación formal presenta la menor proporción de posesión del carné. Se puede afirmar que el carné no está siendo usado para los propósitos que fue diseñado.

Hasta la ENDEMAIN 1999 se mantuvo como criterio que un niño tenía el esquema completo de vacunación con BCG y sarampión cuando le habían aplicado una dosis, y para polio y DPT cuando le habían aplicado 3 dosis. Para la ENDEMAIN 2004 el criterio incluye la pentavalente, en combinación o sustitución de la DPT, y la SRP o la SR, en reemplazo de la vacuna contra el sarampión. Con respecto a la BCG, los resultados de ENDEMAIN 2004 indican que del total de niños de 12 a 23 meses de edad, el

96.7 por ciento ha recibido al menos una dosis, y el 74.6 por ciento las 3 dosis de DPT / pentavalente. Sólo el 52.1 por ciento de los niños de la población indígena tiene inmunización completa de DPT / pentavalente. El 71.8 por ciento de niños de 12 a 23 meses de edad ha recibido las tres dosis de la vacuna oral contra la poliomielitis. Las coberturas de vacunación con SRP, SR o la del sarampión es de sólo el 65.9 por ciento. Sólo el 38.0 por ciento de los niños de madres indígenas está vacunado contra el sarampión.

Del total de niños de 12 a 23 meses, sólo el 53.5 por ciento tiene en conjunto los esquemas de vacunación completos de acuerdo a su edad. La relativamente baja cobertura de sarampión hace que este indicador también resulte bajo. La cobertura de las 4 vacunas no presenta mayor variación atendiendo al sexo del niño, pero hay diferencias notables según lugar de residencia, y nivel educativo y económico de la madre.

Actividad sexual y salud reproductiva en mujeres de 15 a 24 años de edad (adolescentes y jóvenes)

La mayoría de mujeres de 15 a 24 años de edad tuvo la menarquia entre los 12 y 13 años de edad, siendo la edad promedio de 12.9 años. Entre las mujeres que han menstruado, la mayoría conocía sobre la menstruación al momento en que este evento ocurrió, siendo la madre la principal fuente de información sobre qué es la menstruación o regla.

El 81.6 por ciento de mujeres de 15 a 24 años ha recibido alguna información sobre temas de sexualidad, cifra que varía de 91.4 por ciento en el área urbana al 67.6 por ciento en la rural. La población indígena presenta una menor probabilidad de recibir información, con cifras muy bajas sobre el "VIH/SIDA" y los "métodos anticonceptivos".

Del total de mujeres adolescentes y jóvenes, el 46.7 por ciento ya ha tenido relaciones sexuales. La población indígena declara en menor proporción haber tenido experiencia sexual (43.7%). De las mujeres que han tenido relaciones sexuales, el 37.2 por ciento declaró que la primera relación sexual fue premarital. El 56.7 por ciento de mujeres sin instrucción ha tenido relaciones sexuales premaritales. Las mujeres del nivel más pobre, muestran un mayor riesgo de tener relaciones sexuales premaritales que las del nivel más rico. Para el área rural la edad mediana a la primera relación sexual es 18.7 años y 19.3 años en la urbana.

De las mujeres de 15 a 24 años de edad con experiencia sexual, el 13.5 por ciento declaró haber usado un método anticonceptivo en su primera relación sexual, siendo su uso menor en el área rural, en la población indígena y en mujeres con menor instrucción. Sólo el 7.1 por ciento de mujeres cuya relación sexual fue antes de los 15 años usó algún método. El uso de métodos es mayor cuando la relación fue premarital que cuando fue marital.

El 38.9 por ciento de adolescentes y jóvenes ha tenido al menos un embarazo, el 22.0 por ciento clasificado como marital y el 16.9 por ciento como premarital. La proporción de mujeres alguna vez embarazada es más alta en el área rural. La proporción de mujeres con al menos un embarazo varía del 67.8 por ciento en mujeres sin instrucción formal al 24.0 por ciento en las del nivel superior.

La frecuencia de embarazos premaritales es mayor en mujeres separadas, viudas o divorciadas (44.3%) que en las actualmente casadas o unidas (30.6%). Con excepción de las mujeres de 15 años, las madres solteras, las mujeres con instrucción superior y las de nivel económico más alto, la proporción de mujeres con embarazo marital es mayor que la de embarazos premaritales.

Cuando la mujer quedó embarazada por primera vez, el 45.3 por ciento "no estudiaba, ni trabajaba", el 23.5 por ciento "sólo estudiaba" y el 25.9 por ciento "sólo trabajaba". La condición de "sólo estudiaba", es más alta en el área urbana; cuando "sólo trabajaba" tiene valores más elevados en el área rural y en la Sierra y en las del grupo indígena. La gran mayoría de mujeres no era estudiante en el momento de quedar embarazadas (71.2%). Entre las mujeres que eran estudiantes cuando supieron de su primer embarazo, más de la mitad interrumpió sus estudios y la tercera parte dejó de trabajar.

Violencia contra la mujer

Del total de mujeres de 15 a 49 años de edad, un 42 por ciento había observado alguna forma de violencia entre sus padres; el 35.9 por ciento observó maltratos físicos cuando ellas eran menores de 15 años de edad, y un 39.6 por ciento fue testigo de violencia psicológica. El 31 por ciento declaró haber recibido algún tipo de maltrato, 28 por ciento físico y 25 por ciento psicológico. Las tasas más altas de violencia se encuentran entre mujeres indígenas y en mujeres con baja escolaridad. Las personas responsables del maltrato físico y/o psicológico durante su niñez fueron en su mayoría las madres y los padres, hermanos o hermanas.

Durante toda la vida, el 41 por ciento de las mujeres alguna vez casadas o unidas reportó que había recibido maltratos verbales o psicológicos, el 31 por ciento violencia física, y el 12 por ciento violencia sexual por parte de alguna pareja o ex-pareja. Los porcentajes de mujeres que reportaron estos tres tipos de violencia en los últimos 12 meses, fueron: violencia verbal/psicológica 15 por ciento, violencia física 10 por ciento, y violencia sexual 4 por ciento. No se observan diferencias significativas según área de residencia.

El marido o compañero actual fue nombrado como el responsable de la violencia en alrededor de 80 por ciento de casos. En toda la vida, el 14 por ciento de mujeres reportó sólo violencia verbal, 17 por ciento verbal y física, y 9 por ciento verbal, física y sexual. En total, el 46 por ciento de mujeres alguna vez casadas o unidas sufrieron por lo menos uno de los tres tipos de violencia. En el último año, el 18 por ciento de mujeres sufrió alguno de los tres tipos de violencia.

Del total de mujeres que reportó al menos un acto de violencia física o sexual en los últimos 12 meses, el 21 por ciento no mencionó ninguna consecuencia de la violencia de pareja y el 46 por ciento respondió haber buscado ayuda. El buscar ayuda es menos común entre mujeres indígenas, las de mayor edad, y las ubicadas en el quintil económico más bajo.

Casi el 10 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad reportó que en el transcurso de su vida había experimentado alguna forma de violencia sexual, el 7 por ciento que fue violada (con penetración) y el 4 por ciento alguna situación de abuso sexual (sin penetración). Estas formas de violencia sexual son más frecuentes en mujeres con residencia urbana, divorciadas, separadas o viudas, mujeres de 35 a 39 años de edad, y mujeres con bajos niveles de instrucción y en difícil situación económica. En la mayoría, en ambos casos de violencia sexual, los responsables resultaron ser personas conocidas: 86 por ciento en la violación y 81 por ciento en el abuso sexual.

El porcentaje de mujeres que reportó el primer abuso sexual (sin penetración) a una edad menor de los 15 años (42%), fue mayor que el porcentaje que reportó la primera violación antes de esa edad (23%). Para el 7 por ciento de las mujeres violadas, la primera vez ocurrió cuando tenían menos de diez años de edad, y para el 16 por ciento cuando tenían entre 10 a 14 años.

Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

Excluyendo el VIH/SIDA, existe un alto desconocimiento de la mayoría de las otras ITS. La ITS más reconocida es la gonorrea, seguida por la sífilis. En general, el conocimiento de las ITS es bajo entre mujeres de 15 a 24 años de edad y en indígenas. Al nivel nacional, el 91.2 por ciento de las mujeres reconoce la existencia del SIDA, pero sólo el 62.5 por ciento de ellas lo mencionó en forma espontánea. El conocimiento espontáneo del SIDA es más alto entre mujeres que viven en el área urbana (73.1%), en mujeres solteras (67.0%) y mujeres sin experiencia sexual (67.9%). Sólo el 75.1 por ciento de mujeres sabe que una persona puede estar contagiada con el VIH y no presentar signos o síntomas y poco más del 82 por ciento sabe que no existe curación para el SIDA.

El 22.5 por ciento de mujeres no mencionó alguna forma de prevención y sólo el 40.3 por ciento mencionó dos o más formas para evitar el contagio. El conocimiento de dos o más formas es mayor en el área urbana que en la rural. Entre mujeres indígenas el conocimiento es de sólo del 18.1 por ciento.

Las tres principales formas de prevención más frecuentemente mencionadas en forma espontánea fueron: uso de condones (51.9%), monogamia (31.4%) y la abstinencia (17.1%). Sólo el 8.5 por ciento de mujeres mencionó espontáneamente las tres formas en conjunto.

A nivel nacional, el 65.9 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad ha oído hablar de la prueba del VIH, el 44.2 por ciento sabe donde la hacen y el 13.6 por ciento se ha realizado la prueba. El porcentaje de mujeres del área urbana que se ha hecho la prueba en alguna oportunidad es casi tres veces mayor que en el área rural y pasa del 8.4 por ciento entre mujeres sin instrucción al 32.3 por ciento entre aquellas con instrucción superior.

El 71.1 por ciento de mujeres estaría dispuesta a recibir y cuidar en su casa un pariente enfermo de SIDA, el 58.1 por ciento aceptaría que una profesora infectada por el VIH, aunque no se vea enferma, siga dando clases, y el 48.3 por ciento estaría dispuesta a comprar verduras o alimentos a un vendedor con SIDA. También el 54.6 por ciento informó que sería aceptable que niños o niñas infectados con el virus del SIDA asistan a la misma escuela o colegio donde van los niños y niñas de su familia.

El 59.5 por ciento de las mujeres considera que no tiene riesgo personal de adquirir el VIH/SIDA y el 28.2 por ciento cree que si lo tiene. Las mayores proporciones de mujeres que consideran que tienen riesgo personal de adquirir el VIH/SIDA viven en el área urbana, son separadas, divorciadas o viudas, tienen 45 a 49 años de edad, con instrucción superior y son clasificados ser del nivel económico alto.

El 42.5 por ciento de las mujeres sexualmente activas usaría los condones si su pareja lo propusiera, entre ellas sobresalen las solteras, las que tienen instrucción superior, las del nivel económico alto y las que viven en el área urbana. Llama la atención que sólo el 47.5 por ciento de las mujeres que perciben tener algún riesgo de contraer el VIH estaría dispuesta a usar el condón si la pareja sexual lo propone.

Asistencia escolar de niños(as) de 6 a 14 años de edad en el año lectivo 2003/2004

El 66.4 por ciento de los niños(as) de 5 a 14 años de edad había asistido alguna vez al Kinder. El 72.3 por ciento de las niñas y niños con 5 a 9 años de edad ha asistido alguna vez al Kinder, comparado con solamente el 59.4 por ciento en el grupo de 10 a 14 años.

Del total de niños de 6 a 14 años de edad, el 80.0 por ciento asiste al grado esperado o a uno superior; por diferencia, el 20.0 por ciento ha experimentado al menos una de las tres barreras para su desarrollo normal dentro del sistema educativo (entran tarde al sistema, lo abandonan, o no progresan de grado a grado como se espera). El abandono escolar es más crítico a partir de los 11 años de edad, subiendo rápidamente de 9.3 por ciento en los de 11 años de edad al 26.9 por ciento en los de 14 años. En el año lectivo 2003/2004, el 10.4 por ciento de niños(as) asistía a un grado inferior al esperado para su edad. Este porcentaje es más alto entre niños(as) de 14 años de edad.

Solamente el 8.0 por ciento de niños(as) que entraron de 6 años de edad ha abandonado la escuela, en comparación con el 23.1 por ciento para quienes entraron con 8 ó más años de edad. El ingreso temprano al primer grado (antes de los 6 años cumplidos), es bastante común en el Ecuador. Del total de niños(as) de 6 a 14 años, el 21.8 por ciento entró al primer grado antes de cumplir 6 años de edad, aún en grupos con más desventajas sociales y económicas.

A nivel nacional, el 8.5 por ciento estaba repitiendo el grado al que asistió en 2003/2004. Esta cifra varía según edad cuando comenzó el primer grado, número de hermanos que tiene, tipo de escuela, quintil económico y nivel de instrucción de la madre. La repetición era especialmente común para los que comenzaron con 8 ó más años de edad (22.5%) y para los que tienen 7 ó más hermanos (16.9%).

El grado en que la mayor parte de estudiantes abandonan el sistema educativo es después de completar el sexto grado. El 65.9 por ciento de los que terminaron sus estudios lo hizo después de aprobar el sexto grado (séptimo de básica). Este porcentaje sube al 71.6 por ciento en la Sierra y baja al 60.2 por ciento en la Costa, y 56.3 por ciento en la Amazonía.

Uso de servicios de salud

En el Ecuador, el 80.8 por ciento de la población no tiene ningún seguro de salud. Sólo el 19.2 por ciento está afiliada a un seguro. De esta proporción, el 7.5 por ciento está cubierta por el seguro general del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), y el 7.7 por ciento por el Seguro Social Campesino (SSC). En conjunto, la gran mayoría de la población asegurada está cubierta por el IESS y/o SSC, cobertura que representa solamente el 16.5 por ciento de la población total. El porcentaje de personas que está asegurada es mayor en el área rural (20.5%) que en la urbana (18.2%). La probabilidad de estar afiliado(a) a un seguro es mayor en la Sierra que en la Costa (23.4% contra 14.4%). La gran mayoría de la población ecuatoriana se halla sin cobertura de seguro de salud.

Cerca de la mitad de la población encuestada percibió que se encontraba enferma o que había tenido algún problema de salud durante los 30 días previos a la entrevista. Las personas que viven en el área urbana percibieron en mayor proporción tener problemas de salud que las del área rural (51.0% contra 46.8%). Las mujeres manifiestan problemas de salud en mayor medida que los hombres (51.8% contra 46.6%), son particularmente elevados en menores de cinco años (60.4%) y en los mayores de 74 años (76.4%).

Para el 24.8 por ciento de los residentes habituales de los hogares entrevistados, se reportó algún problema respiratorio, en un distante segundo lugar se encuentran los problemas crónicos (6.7%), seguido por problemas digestivos o vómitos (5.9%) y problemas de nervios o musculares (4.7%), principalmente.

El 41.9 por ciento de las personas que tuvieron al menos un problema de salud buscaron atención con visita a un agente de salud y el 47.8 por ciento se automedicó. El uso de la automedicación tiene relación inversa con el nivel económico y es particularmente alta en grupos indígenas. El 15.3 por ciento de la población con al menos un problema de salud siguió el tratamiento recomendado por el médico y el 8.4 por ciento de las personas no hizo nada para resolver estos problemas. El tipo de establecimiento de salud visitado para resolver los problemas de salud son principalmente los consultorios médicos (14.2%), establecimientos del MSP (11.5%) y las farmacias particulares (6.2%).

Sólo el 5.6 por ciento de la población usó servicios preventivos de salud durante los 30 días previos a la entrevista, cifra que aumenta al 6.8 por ciento en el área urbana y baja al 4.0 por ciento en la rural. Los resultados son más bajos de lo esperado, lo cual en parte puede deberse al corto periodo de tiempo de referencia para esta parte de la investigación.

El 60.1 por ciento de niños menores de 15 años tomó al menos una dosis de antiparasitarios durante los 12 meses previos a la entrevista. Las fuentes principales de antiparasitarios son las farmacias, el Programa de Atención Escolar y el MSP.

Gastos en salud

El gasto anual promedio en salud de los hogares ecuatorianos la encuesta ENDEMAIN 2004 lo estima en US \$541.9, cifra que asciende a US \$576.2 si se excluye el 6 por ciento de hogares que no tuvieron problemas de salud o no usaron servicios. Para todos los hogares, el gasto promedio es mayor en el área urbana que en la rural (US \$613.3 contra US \$438.0), pasa de US \$277.5 en hogares del quintil más bajo a US \$873.0 en los del quintil más alto. El gasto promedio anual per cápita se estima en US \$147.9, valor que aumenta a US \$157.3 si se excluyen los hogares sin problemas de salud.

Los gastos directos en salud anualizados (consultas, medicamentos, exámenes en general y de laboratorio, atención de salud preventiva, control prenatal, atención del parto, administración de antiparasitarios y gastos de hospitalización) se estiman en US \$513.9, valor que aumenta a US \$546.5 si se excluyen hogares sin problemas de salud. Este gasto representa casi el 95.0 por ciento del gasto total anual. El gasto promedio anual en transporte para ir a los servicios de salud se estima en US

\$27.9, cifra que es US \$29.7 si se excluyen hogares sin problemas de salud. Las pérdidas de ingresos promedio ocurridas cuando algún miembro del hogar estuvo enfermo es de US \$90.4, valor que aumenta a US \$96.1 excluyendo hogares sin problemas de salud o que no usaron servicios de salud.

El gasto promedio mensual para atención curativa ambulatoria sin hospitalización es de US \$35.1, cifra que asciende a US \$40.7 si se excluye al 13.8 por ciento de hogares sin problemas de salud. El gasto per cápita mensual, se estima en US \$9.7, cifra que aumenta a US \$11.3 si se excluyen los hogares sin problemas de salud. El gasto mensual por enfermo se estima en US \$17.4, cifra que aumenta a US \$20.2 al excluir hogares sin problemas de salud.

El 12.0 por ciento de hogares tuvo al menos un miembro hospitalizado durante los últimos 12 meses a la fecha de la encuesta y el 1.2 por ciento de personas hospitalizadas no gastó por la hospitalización. El gasto promedio anual por hogar es de US \$47.6, cifra que aumenta a US \$396.9 cuando se considera solamente los hogares con hospitalización. El gasto por persona hospitalizada es de US \$43.8, valor que aumenta a US \$365.9 cuando se considera solamente hogares con al menos un hospitalizado.

El 13.6 por ciento de los hogares tenía al menos una mujer embarazada durante los 12 meses previos a la entrevista. El gasto promedio en atención prenatal de todos los hogares entrevistados es de sólo US \$1.7, cifra que asciende a US \$12.8 si se considera solamente hogares con alguna embarazada. El gasto en hogares indígenas en promedio es de US \$4.4. Los hogares con gastos menores de US \$10.0 representan el 66.8 por ciento, con relación al gasto directo (71.2%), lo cual determina que en el país el uso de control prenatal es de bajo costo para una gran mayoría de mujeres embarazadas.

El 8.7 por ciento de los hogares tenía al menos una mujer que dio a luz durante los 12 meses previos a la entrevista. El gasto promedio en atención del parto de todos los hogares es de US \$8.3, cifra que asciende a US \$94.6 si se considera solamente aquellos que tuvieron al menos una mujer que dio a luz. Los hogares del nivel económico superior gastaron en promedio US \$384.1, casi diez veces más que los del nivel inferior (US \$41.3).

El 12.9 por ciento de los hogares no gastó nada en salud durante el período anualizado. Para el 72.3 por ciento, el gasto en salud representó menos del 10 por ciento del gasto total de consumo, para el 14.0 por ciento entre el 10 y 19 por ciento y para el 5.8 por ciento entre el 20 y 29 por ciento. Para el 9.1 por ciento de hogares los gastos incurridos en salud representan el 30 por ciento o más del gasto total de consumo del hogar.

El porcentaje de hogares que gastó el equivalente a menos del 10 por ciento del gasto total de consumo, varía del 69.6 por ciento en el área rural al 72.3 por ciento en la urbana. El 27.2 por ciento de hogares indígenas no gastó nada, mientras que el 44.8 por ciento gastó menos del 10 por ciento del gasto total. A medida que aumenta el nivel económico, se incrementa el porcentaje de hogares que gastó menos del 10 por ciento del gasto total. Los porcentajes más altos de gastos en salud se encuentran en hogares del área rural, en la Sierra, en hogares de población mestiza y en los del quintil económico más pobre.

Datos Básicos de la Encuesta ENDEMAIN – 2004

Indicadores	Total	Urbana	Rural
Tamaño de la muestra:			
Viviendas para diligenciar el cuestionario MEF	16530	8865	7665
Mujeres en edad fértil elegibles	11148	6074	5074
Viviendas para diligenciar el cuestionario Hogar	12378	6633	5745
Total viviendas	28908	15498	13410
Población de la muestra:			
Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad	10814	5876	4938
Niños nacidos vivos en los últimos 5 años	6140	2926	3214
Características de las viviendas y de los hogares (%):			
Cocinan con leña o carbón	10.8	1.7	24.0
Agua de río, acequia, manantial	5.2	0.2	12.6
No hay servicio higiénico	10.5	2.4	22.2
No hay servicio telefónico convencional	68.4	55.3	87.5
La basura la botan al patio, quebrada, río, lote, etc.	8.5	1.8	18.1
Tenencia de la vivienda en arriendo	16.8	24.8	5.1
No hay suficiente comida para alimentar a los miembros del hogar	16.0	13.4	19.7
Si hay dificultades para pagar los gastos de alimentación	28.1	25.2	32.3
Hogares con migrantes en el exterior	9.3	10.0	8.3
Hogares en quintiles de gasto 1 y 2 (más pobres)	43.5	28.1	63.9
Características de las mujeres en edad fértil (%):			
Mujeres con instrucción secundaria completa y superior	31.5	42.1	14.9
Mujeres indígenas por auto-declaración	7.5	2.3	15.8
Afiliada o beneficiaria del Seguro Social público	15.7	13.9	18.4
Disponen de seguro médico público o privado	11.0	11.1	10.9
Trabaja en alguna actividad económica	44.1	45.6	41.9
Mujeres en quintiles de gasto 1 y 2 (más pobres)	43.3	29.0	65.4
Fecundidad y sus determinantes			
Tasa global de fecundidad observada (hijos/as por mujer)	3.3	2.9	3.9
Tasa global de fecundidad deseada (hijos/as por mujer)	2.6	2.3	3.1
Edad mediana a la primera relación sexual (años)	18.7	19.0	18.3
Edad mediana a la primera unión (años)	20.6	20.9	20.1
Edad mediana al primer nacimiento (años)	21.2	21.7	20.5
Mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años de edad (%)	59.2	57.4	62.1
No deseo de más hijos(as) (%)	52.4	49.6	56.3
Planificación familiar (mujeres casadas o unidas) (%)			
Uso de anticonceptivos (cualquier método)	72.7	76.6	67.1
Uso de anticonceptivos modernos	58.7	63.2	52.0
Mujeres esterilizadas	24.2	25.5	22.3
Ministerio de Salud como fuente de métodos anticonceptivos	30.7	25.9	39.1
Mujeres que necesitan servicios de planificación familiar	5.0	3.6	7.0
Salud materna (%)			
Tasa de mortalidad materna 1994-2004 (por 100.000 nacidos vivos)	107.0	N/D	N/D
Recibió al menos un control prenatal	84.2	90.8	76.4
Control prenatal en el primer trimestre	64.6	74.7	52.8
Cumplimiento normas atención prenatal (1er. control 1er. trimestre y 5 contr.)	52.0	64.6	37.0
Parto con atención profesional	74.2	88.6	57.1
Partos con cesárea	25.8	34.0	16.1
Recibió control postparto antes de los 41 días	24.9	29.4	19.5
Toxoide tetánico dos o más veces	48.1	49.0	46.6
Examen de Papanicolaou en últimos 2 años	40.7	45.8	32.6
Examen de los senos (mamografía)	7.2	9.1	4.2

Indicadores	Total	Urbana	Rural
Salud del niño(a) (%)			
Se pesó al niño / niña al nacer	80.6	91.8	67.4
Control de niño sano en el primer mes	45.3	50.1	39.6
Prevalencia de diarrea en menores de 5 años	21.7	20.6	23.0
Prevalencia de diarrea con deshidratación grave	6.3	4.8	7.9
Uso de suero oral	30.7	35.4	25.5
Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años	42.3	45.7	38.3
Prevalencia de síntomas asociados a neumonía (grave y no grave)	17.3	16.3	18.6
Tenencia de carné infantil (niños menores de 5 años)	63.7	65.6	61.6
Imunización completa: BCG, Polio, DPT, Sarampión (12-23 meses)	53.5	57.8	48.5
Imunización completa: BCG, Polio, DPT, Sarampión (12-59 meses)	67.4	70.6	63.5
Lactancia y nutrición (%)			
Recibió pecho en la primera hora	26.4	22.4	31.7
Lactancia exclusiva 0 - 3 meses	48.5	32.0	64.1
Desnutrición crónica (baja talla para edad) (niños/niñas 0-59 meses)	23.2	17.0	30.7
Desnutrición global (bajo peso para edad) (niños/niñas 0-59 meses)	9.4	7.8	11.3
Desnutrición aguda (bajo peso para talla) (niños/niñas 0-59 meses)	1.7	1.7	1.6
Experiencia sexual y embarazo de mujeres de 15 a 24 años de edad (%):			
Mujeres con experiencia sexual	46.7	46.8	46.6
Mujeres con experiencia sexual premarital	37.2	39.1	34.6
Uso de anticonceptivos en la primera experiencia sexual premarital	14.5	17.0	10.4
Mujeres alguna vez embarazadas	38.9	37.0	40.3
Mujeres con embarazo premarital	16.9	17.5	16.0
Violencia contra la mujer (%):			
Maltrato físico antes de cumplir 15 años	27.7	26.9	29.0
Maltrato psicológico antes de cumplir 15 años	24.9	24.4	25.7
Maltrato físico en la vida marital (mujeres alguna vez casadas o unidas)	31.0	32.1	29.2
Maltrato psicológico en la vida marital (mujeres alguna vez casadas o unidas)	40.7	42.0	38.5
Violación con penetración (todas las mujeres de 15 - 49 años)	7.2	7.8	6.3
VIH/SIDA (%)			
Conocimiento espontáneo del VIH/SIDA	62.5	73.1	45.9
Conoce tres formas de prevención (abstinencia, monogamia, condón)	8.5	10.4	5.0
Conoce el examen detector del SIDA	65.9	75.7	47.4
Se ha hecho examen del VIH	13.6	17.2	6.7
Percepción de riesgo de infectarse del VIH/SIDA	28.2	29.2	26.3
Asistencia escolar de niños(as) de 6-14 años (año lectivo 2003-04) (%):			
Asiste al grado esperado o mayor	80.0	86.8	71.7
Asiste al grado menor que esperado	10.4	8.1	13.3
Abandono escolar	8.2	4.1	13.1
Asiste a establecimiento fiscal (español)	72.0	65.2	81.3
Asiste a establecimiento particular	23.1	31.3	12.0
Afiliación de la población a seguro de salud (%):			
Seguro Social (IESS y Seguro campesino) únicamente	15.2	12.5	18.9
Algún otro seguro de salud	4.0	5.7	1.6
Uso de servicios de salud (%):			
Población con un problema de salud (últimos 30 días)	42.5	43.8	40.9
Hospitalización (últimos 12 meses)	3.0	3.4	2.5
Acciones tomadas para resolver el primer problema de salud (últimos 30 días)			
Visitó a un agente de salud	41.9	45.6	36.5
Se automedicó	47.8	45.1	51.6
No hizo nada	8.4	7.2	10.2
Lugar a donde acudió para resolver el primer problema de salud (últimos 30 días)			
Establecimientos públicos	13.7	14.0	13.4
Establecimientos privados (incluye farmacia o botica)	23.7	26.7	19.6
Gastos en salud en los últimos 30 días (Dólares)			
Promedio de gastos del hogar en salud curativa ambulatoria	40.7	45.5	33.8
Promedio de gastos per cápita en salud curativa ambulatoria	11.3	12.7	9.2
Promedio de gastos por enfermo en salud curativa ambulatoria	20.2	22.8	16.5

1. Introducción

1.1 Antecedentes

A partir de 1987, el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (**CEPAR**) ha desarrollado, de manera periódica, la **Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN)**. La presente encuesta del 2004 es la séptima de la serie de investigaciones realizadas en el país sobre esta materia y la quinta que realiza la institución, es así mismo la segunda que cuenta con información representativa a nivel nacional; urbano, rural; regional y provincial.

El objetivo general de las encuestas ENDEMAIN es obtener información actualizada, sistemática y desagregada sobre la dinámica demográfica y el estado de salud de las madres y niños. Complementariamente, conocer y estudiar los niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad, mortalidad infantil y de la niñez, salud sexual y reproductiva, y regulación de la fecundidad.

En cada encuesta se han incorporando nuevos temas, de modo que la de 1999 incluyó información sobre roles de género; violencia intra-familiar; prácticas, conocimiento y actitudes sobre enfermedades de transmisión sexual y SIDA; cuidado de la salud; y aspectos laborales de la mujer. La ENDEMAIN 2004, agrega información sobre mortalidad materna, antropometría, asistencia escolar, uso de servicios y gastos en salud, y gastos de consumo de los hogares, temas que marcarán un nuevo hito en la investigación nacional.

1.2 Objetivos de la ENDEMAIN 2004

La encuesta tiene como principales objetivos, los siguientes:

- Mantener una evaluación periódica y proporcionar información oportuna y de alta calidad a todas las instituciones gubernamentales, privadas, agencias de cooperación internacional e investigadores, sobre indicadores demográficos, salud de la madre y el niño, salud sexual y reproductiva, violencia contra la mujer, infecciones de transmisión sexual y SIDA, cuidado de la salud y otras variables de gran importancia, a fin de consolidar políticas, diseñar, administrar y evaluar programas actualmente existentes, y orientar la definición de una agenda de políticas sociales a mediano plazo;
- Asegurar a las instituciones de desarrollo social e investigación, el acceso libre y permanente a indicadores actuales y oportunos, a fin de establecer líneas de base para nuevos programas de salud y de lucha contra la pobreza, especialmente a nivel regional, provincial y local, en sus poblaciones urbana y rural;
- Comparar sus resultados con variables investigadas en el último censo de población y vivienda del 2001 y las encuestas ENDEMAIN de los años 1987, 1989, 1994 y 1999, a fin de examinar niveles, tendencias y diferenciales, especialmente de fecundidad, mortalidad infantil y en la niñez, regulación de la fecundidad, y salud de la madre y el niño;
- Incorporar en la encuesta nuevos temas específicos sobre: mortalidad materna; antropometría (peso y talla de niños menores de cinco años y de la mujer entrevistada); asistencia escolar de niños de 5 a 16 años; uso de servicios y gastos en salud; gastos de consumo de los hogares; y
- Propiciar una cultura democrática de la información, mediante una amplia y adecuada difusión.

1.3 Organización de la encuesta

Dada la magnitud de la investigación y la necesidad de encontrar el apoyo técnico y financiero adecuado, se conformó el Comité Técnico de la encuesta y la firma del Convenio Marco correspondiente, con la participación de varios organismos auspiciantes de este proyecto, entre los

cuales están: Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), Fondo Japonés, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Programa Mundial de Alimentos (PMA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fundación Observatorio Social del Ecuador (OSE), Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (UNIFEM), Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (STFS). Con el apoyo de la USAID se consiguió el asesoramiento técnico de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta y del Proyecto MEASURE de la Universidad de Carolina del Norte.

Entre los roles principales de las instituciones participantes están: apoyar a la encuesta a través de la asesoría y coordinación con el equipo técnico responsable; asegurar la calidad y oportunidad necesaria; aportar técnica y económicamente a su realización; conocer los resultados y coadyuvar a la disseminación y uso de los mismos.

El CEPAR es la institución encargada de la ejecución de todas las actividades previstas para la encuesta, conforme al Protocolo de Propuesta Técnica y Económica previamente elaborado, con la asistencia técnica del CDC – Atlanta y del Proyecto MEASURE de la Universidad de Carolina del Norte.

1.4 Dinámica poblacional y perspectivas demográficas del Ecuador

La población del Ecuador pasó de 3.4 millones de habitantes en 1950 a 12.3 millones en el año 2000. Este aumento absoluto de 9 millones de personas es el resultado de las altas tasas de crecimiento demográfico, que hasta la década de los 60' llegó a cerca del 3% promedio anual. Dicho crecimiento fue el resultado de una baja continua de la mortalidad y de la persistencia de elevadas tasas de fecundidad. Estas tendencias se hicieron presentes - al menos hasta casi fines de la década de los 70' - simultáneamente con un crecimiento económico sostenido y de mayor importancia a raíz del "boom petrolero" iniciado en 1972.

En este contexto, y apoyado en buena medida por los programas de planificación familiar, se inicia en nuestro país una importante disminución de la fecundidad, medida en base al número de hijos por mujer. El proceso de aumento de la tasa de crecimiento poblacional hasta el período 1960-70 se revierte, hecho que fue más evidente durante el decenio de los 80', disipando - al menos en parte - los temores de un crecimiento incontrolado de la población.

La crisis económica que comienza a afectar desde finales de los años 70', genera un deterioro en los niveles de vida de la población y un aumento en los niveles de pobreza e indigencia. Es necesario señalar que, en los momentos en que la crisis cobra más fuerza, el país se encuentra ya en "plena transición demográfica", es decir con las tendencias de cambio relacionadas con natalidad moderada, urbanización relativa y población joven, lo cual implica expectativas y presiones de diverso orden sobre la inversión social y los recursos naturales. Por otra parte, este proceso de transición demográfica aparentemente no sufre alteraciones, aunque sin duda ha tenido efectos demográficos importantes en otros aspectos, tales como la composición de la familia, la nupcialidad y los movimientos migratorios internos e internacionales, particularmente en los sectores más afectados por la crisis.

1.4.1 Componentes del cambio demográfico

Fecundidad. En el segundo quinquenio de los años 60', recién comienza en el Ecuador un leve descenso de la fecundidad, el mismo que persiste y se acentúa en los siguientes años. Desde 1950 hasta 1965, la fecundidad promedio se mantenía cercana a los 7 hijos por mujer. En el período 1995-2000, la tasa global de fecundidad descendió a 3.3 hijos, operándose una reducción de más de 3 hijos y del orden del 53%.

El descenso de la fecundidad está asociado al hecho de que la misma tiende a concentrarse en las mujeres jóvenes, con un aporte mayor al número total de hijos por parte de mujeres entre 20 y 34 años

(68% entre 1995-2000). En el grupo de mujeres mayores de 34 años es donde se han evidenciado los más importantes descensos de la fecundidad. Por otra parte, además de una estabilización en las tasas de fecundidad en madres menores a los 20 años, el número absoluto de nacimientos ha aumentado, debido al incremento en el número de adolescentes, producto de las más altas tasas de fecundidad en el pasado.

Existen múltiples evidencias que señalan la existencia de una estrecha relación entre menores niveles de desarrollo - o situaciones de pobreza en general - y mayores tasas de crecimiento de la población, producto principalmente de la elevada fecundidad. En efecto, el comportamiento demográfico promedio del país, oculta diferencias muy importantes, tanto entre áreas geográficas como entre distintos sectores sociales de la población.

Con relación a los contextos geográficos, el comportamiento de los indicadores de la reproducción biológica obedece a las especificidades socioeconómicas y culturales de cada uno de ellos y no a una simple distinción taxativa de los mismos. Esta heterogeneidad, en general, lleva consigo situaciones de inequidad en términos de posibilidades de acceso a los beneficios del desarrollo.

Se identifican grupos de alta fecundidad que representan una proporción muy importante de población, y que están ligados principalmente a la residencia en áreas rurales, bajos niveles de instrucción, grupo étnico y situación socioeconómica precaria, con diferencias que llegan hasta cerca de 4 hijos. Según la ENDEMAIN-2004, las mujeres que viven en áreas rurales, aquellas sin instrucción, mujeres indígenas y las del quintil económico más pobre, tienen en promedio 4 o más hijos, mientras que las que residen en ciudades tienen 3 hijos y las que han aprobado algún año de instrucción superior o del quintil económico más rico, sólo 2 hijos. Estas evidencias dejan en claro que cualquier programa de población tendiente a brindar servicios de atención materno-infantil, o para afectar el nivel de fecundidad, tendría necesariamente que extender sus servicios a sectores rurales y a mujeres pobres, indígenas y de bajo nivel educativo.

Como factores que han condicionado el descenso de la fecundidad en general, se encuentran la concentración de la población en centros urbanos, la expansión de la educación y la ampliación de la cobertura de salud. Estos factores, sin embargo, no han afectado a la fecundidad en forma directa, sino a través de otras variables que a su vez inciden sobre ella. Existe consenso en señalar que, entre los determinantes próximos de la fecundidad, el más asociado en su descenso en el país es el uso de anticonceptivos, determinante que es analizado a profundidad en este informe.

Mortalidad. Uno de los avances notables en América Latina y en nuestro país ha sido la reducción de la mortalidad general, que se ha traducido en un significativo aumento de la esperanza de vida al nacer. Este indicador en el Ecuador se situaba en torno a los 48 años en 1950-55; aumentó en promedio 2.6 años por cada cinco años transcurridos, con lo cual llegó a 74 años estimado para el período 2000-2005.

La mortalidad infantil ha bajado de manera importante en los últimos 30 años. La ENDEMAIN-2004 registra para el período 1999-2004 un nivel de 29 por mil nacidos vivos, 28 en el área urbana y 32 en la rural, a pesar de que este nivel se ha estabilizado en los últimos 10 años. Las estimaciones sugieren así mismo que la mortalidad materna ha disminuido de aproximadamente 159 por cien mil nacidos vivos entre 1982-1994 a alrededor de 107 durante el período 1994-2004, significando alrededor de 300 muertes maternas cada año, tasa y número de defunciones que a pesar de su reducción siguen siendo muy elevadas.

Los logros anteriores no pueden, sin embargo, llevar a pensar que la lucha contra la muerte está ganada. Cuando se observa lo que sucede al interior del país, puede verse la existencia de diferencias importantes en la mortalidad infantil y materna, según grupo social y geográfico al que pertenecen. Persisten altos niveles de riesgo de muerte en sectores pobres, en hijos de mujeres indígenas y madres de bajo nivel de instrucción o de malas condiciones económicas.

Al igual que lo observado con la fecundidad, las estimaciones de mortalidad infantil, muestran diferencias importantes. Los niños con mayor riesgo de morir durante el primer año de vida se ubican en las áreas rurales (32 por mil n.v.) y proceden de madres indígenas (41 por mil n.v.), y analfabetas (48 por mil n.v.). Los hijos de estas últimas tienen probabilidades de morir que, en varios casos triplican las correspondientes a los hijos de madres con estudios secundarios o superiores.

La evolución de la mortalidad que se sitúa en la llamada "transición demográfica", forma parte de lo que más recientemente se ha denominado "transición epidemiológica", que no sólo alude a los cambios de mortalidad por sexo y edad, sino también por causas de muerte. La relativa reducción de las enfermedades infecciosas y parasitarias ha sido uno de los elementos para esta evolución. Como el control de las enfermedades se asocia con la reducción de la mortalidad en la infancia y la niñez, en la estructura de defunciones por causa, cobran cada vez más importancia las enfermedades crónicas de la edad adulta, y también las relacionadas con la violencia, las cuales están contribuyendo con mayor peso a la disminución de los años de vida productiva de los adultos.

Distribución espacial y urbanización. En el proceso de distribución de la población ecuatoriana existe una combinación de tendencias concentradoras con una ampliación de los horizontes de ocupación territorial. Si bien se advierte que sólo tres provincias (Guayas, Pichincha y Manabí) concentran más de la mitad (55%) de la población nacional, esto no ha impedido la apertura de áreas des pobladas hacia las cuales se han ido desplegando un creciente número de efectivos demográficos, tan es así que la región Amazónica, con el 48% del territorio nacional, multiplicó en nueve veces su número de habitantes entre 1950 y el 2000.

Uno de los rasgos socio-demográficos distintivos del país es su relativamente elevado ritmo de urbanización. En 1950 sólo 28 de cada 100 ecuatorianos residían en centros urbanos; hacia el 2001, en cambio, el 61 por ciento de la población fue clasificada como urbana. Si bien el grado de urbanización se ha ido acentuando con el transcurso del tiempo, el ritmo de aumento de esa proporción ha sufrido alteraciones. Presentó una importante aceleración hasta 1960, perdió bríos hacia 1970, cuando se hizo manifiesta la tendencia hacia una reducción de la fecundidad, cuyos primeros síntomas e intensidades se presentaron justamente dentro de los contextos urbanos. En todo caso, dado el ya elevado porcentaje urbano de la población, no debiera asombrar que la tasa de urbanización se muestre declinante en las dos últimas décadas del siglo pasado.

Si el aumento en el porcentaje urbano de la población ha sido notable, las cifras absolutas parecerían ser aún más impresionantes. En efecto, el número de habitantes urbanos aumentó de 956 mil en 1950 a 7.5 millones en el 2001, 8 veces la cifra inicial. Entre 1970 y 1980 el 69 por ciento del incremento de la población ecuatoriana fue "absorbido" por el área urbana; entre 1980 y 2001 la absorción llegó ya al 84 por ciento.

Una perspectiva diferente, aunque complementaria, se obtiene cuando se observa lo ocurrido con la población rural. No obstante que, en general, ésta ha presentado tasas de crecimiento natural superiores a las de su contraparte urbana, el impacto erosivo ocasionado por la migración neta y la re-clasificación de localidades (nuevas cantonizaciones) ha minado severamente su potencial demográfico.

1.4.2 Perspectivas demográficas

De acuerdo a las estimaciones y proyecciones demográficas (INEC, CEPAL, 2003), se espera que la población ecuatoriana alcance los 17.1 millones en el año 2025, significando un aumento de aproximadamente 4.8 millones, respecto al tamaño estimado para el 2000. La tasa global de fecundidad descendería de 2.8 a 2.1 hijos por mujer; y se espera una ganancia en la expectativa de vida de 3 años. Es decir, el tamaño de familia se reducirá al igual que las probabilidades de muerte, especialmente de la población menor a un año de edad. La disminución prevista en la fecundidad contribuirá a atenuar el ritmo de crecimiento demográfico, pero éste se verá compensado, en parte, por

la mayor sobrevivencia de la población, de modo tal que la tasa de crecimiento disminuirá de 1.5 por ciento a 1.1 por ciento en el transcurso de los próximos 25 años.

Este proceso de crecimiento, involucra algunas modificaciones en la estructura por edad de la población. La proporción de menores de 15 años disminuirá continuamente durante el período de proyección, contrariamente a lo observado con los mayores de 15 años, lo que inducirá a la continuación del proceso de envejecimiento "relativo", que se traducirá en el incremento de la edad mediana y la disminución del índice de dependencia demográfica. La población en edad de trabajar (15-64 años de edad), sería la que manifieste mayores tasas de crecimiento. El grupo poblacional que sobrepasa los 64 años casi triplicará su tamaño, lo cual obliga a la planificación e implantación oportuna de programas destinados a la "tercera edad".

Como hipótesis, se calcula que el país podría llegar a una combinación de fecundidad y mortalidad tal que, en promedio, cada mujer tenga alrededor de 2 hijos en el año 2025, y de ellos, al menos una hija que la reemplace en su función reproductiva. De ser así, se llegaría a una tasa de crecimiento "cero" y a una población estacionaria límite que luego sufriría pocas variaciones. Sin embargo, por su distribución por edades aún juvenil, esta situación se alcanzaría muchos años después, probablemente con posterioridad al año 2050.